

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE



GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

90166

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, BLACHEZ, A. HÉNOCQUE, L. LEREBoulLET

90166

DEUXIÈME SÉRIE — TOME XIII — 1876

90166



PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE.

M DCCC LXXVI

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE

Adressez ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 6 janvier 1876.

Académie de médecine et Société de biologie : LES ACONITES ET LES ACONITINES : MM. OULMONT ET LABORDE. — DÉCLARATION DE NAISSANCE : RESPONSABILITÉ DU MÉDECIN.

Les aconites et les aconitines.

(Troisième article.)

Ce que nous avons dit précédemment (*Gaz. heb.*, n° 53) des effets physiologiques produits par l'aconitine : sur le système nerveux moteur (parésie); sur le système nerveux sensitif (anesthésie); sur la circulation (sédation); sur la respiration (ralentissement); enfin sur la température (abaissement), fait assez prévoir quels secours le médecin peut attendre d'un médicament qui produit chez l'homme des effets aussi puissants à la dose de 1/4 de milligramme.

Nous passerons successivement en revue les différentes applications de l'aconitine, en suivant l'ordre que nous avons adopté pour l'exposition de ses effets physiologiques. De ce rapprochement on a peut-être mieux à attendre que d'une exposition purement empirique.

1^o Emploi des propriétés de l'aconitine sur le système nerveux moteur. — L'application à la thérapeutique de cet ordre de phénomènes physiologiques ne saurait encore aujourd'hui se résumer en conclusions bien nettes. L'amélioration qu'on aurait obtenue dans la *contracture*, la *crampe*, la *chorée*, semble d'ailleurs être plutôt la conséquence indirecte des phénomènes d'anesthésie que l'effet direct de la parésie musculaire; c'est ainsi que nous disions précédemment que la perte de l'action réflexe semblait, sous l'influence de l'aconitine, être moins un effet de l'action directe de cette substance sur la moelle qu'une conséquence forcée de la perte de la sensibilité périphérique, point de départ de l'action réflexe.

Après tout, l'explication importe peu, et, directe ou indirecte, la guérison des affections spasmodiques n'en serait pas moins bonne à noter, si les observations précises permettaient aujourd'hui, en dehors de tout autre traitement employé, de conclure dans tous les cas aux bons effets de l'aconitine. Cette conclusion ne saurait aujourd'hui être posée d'une manière générale.

Le *tétanos*, contre lequel on a conseillé l'aconitine, semble chez l'homme rester trop souvent au-dessus des efforts de la thérapeutique; les vétérinaires seraient mieux favorisés. En Angleterre, plusieurs vétérinaires distingués employaient volontiers l'aconitine contre cette affection, qui n'est pas rare chez le cheval. En France, le savant directeur de l'École d'Alfort, M. Raynal (communication orale) l'a vu souvent réussir; il emploie l'aconit en frictions au niveau des masséters et obtient ainsi la cessation du trismus, qui permet au cheval de man-

ger, point qu'il regarde comme capital. On aurait avantage à se servir ici des injections d'aconitine au voisinage des masséters.

2^o Emploi des propriétés de l'aconitine sur le système nerveux sensitif. — C'est le côté essentiel de l'application de l'aconitine en thérapeutique. Ce que nous avons dit de son action sur la sensibilité le fait assez prévoir : Stoerk, Murray, Addington Symonds, Fleming, Morson l'ont employée avec succès contre les névralgies les plus diverses; mais les propriétés en quelque sorte électives de l'aconitine sur la face (fourmillements aux ailes du nez, au pourtour des lèvres, gonflement de ces parties) appellent surtout son emploi dans les névralgies de cette région (Trousseau et Pidoux, Gubler, Colson, Roots, Brookes, Schroff). Avec l'aconitine cristallisée à la dose progressivement atteinte de 3 à 4 milligrammes par jour, M. Gubler a réussi à supprimer un *tic douloureux* des plus cruels et des plus invétérés. Il cite également le fait d'une névralgie du trijumeau ancienne qui avait poussé le malade à plusieurs tentatives de suicide et qui guérit, au moment où Nélaton, qui avait déjà en vain pratiqué la résection de toutes les branches du trijumeau, se disposait à extirper le ganglion de Gasser. L'intervention de l'habile chirurgien fut rendue inutile par l'emploi de 7 milligrammes par jour d'aconitine de Hottot.

D'une façon générale, les *névralgies congestives* qui s'exacerbent par la chaleur, augmentent sous l'influence de l'opium et se trouvent bien du froid, du sulfate de quinine, de l'ergot de seigle et sont passibles de l'aconitine.

L'influence toute spéciale de cet alcaloïde sur la sensibilité périphérique l'a fait recommander dans les névralgies *acrodyniques* (Gubler) qui ont leur siège dans les extrémités des membres, là où abondent les corpuscules de Pacini, et dans les diverses *dermodynies*.

Ces propriétés si puissantes sur la sensibilité, point de départ de l'action réflexe, justifient pleinement l'emploi de l'aconitine, recommandé par le docteur Paquet (de Lille) chez tous les blessés ou opérés, comme *préventif du télanos*, et surtout comme *préventif* des accidents de *péritonisme* qui peuvent se déclarer à la suite de l'opération de la *hernie étranglée*. M. Paquet a employé l'aconitine de Merck à la dose de 1/2 milligramme.

L'aconitine est certainement indiquée dans l'*angine de poitrine*, la *migraine*, diverses *céphalées*. On l'a conseillée contre la toux *convulsive*; mais les expériences comparatives de Wolkenstein, qui a titillé, à l'aide d'une plume passée au travers d'une boutonnière trachéale, le larynx d'animaux soumis préalablement à différents agents distantspasmodiques, ont été contraires à l'aconitine, qui n'empêchait en rien la toux de se produire.

Il serait superflu d'examiner toutes les indications que peut présenter l'élément douleur; c'est contre lui qu'a été dirigée l'aconitine, recommandée par Fleming dans le *squirrhé*, etc.

3° *Emploi des propriétés de l'aconitine sur la circulation et sur la température.* — Lombard (de Genève) a recommandé l'aconit dans l'hypertrophie du cœur; indication à notre avis beaucoup trop générale pour être suffisante. Ce que nous savons de son action sur la contractilité vasculaire en fait du reste un auxiliaire de la digitale. Hirtz a souvent employé l'aconit avec succès là où la digitale avait échoué.

L'aconitine peut rendre de grands services dans tous les phénomènes locaux ou généraux de fluxion congestive, délire congestif, certaines formes de congestion diffuse des méninges. C'est à titre d'anémiant des tissus qu'il a pu être conseillé avec quelque chance de succès dans la tuberculose; on ne saurait, en effet, viser ici autre chose que la congestion, qui se produit au pourtour des tubercules, qui les précède ou les accompagne, et dans tous les cas en accroît la symptomatologie.

Mais sa double action sur la circulation et sur la température fait surtout de l'aconitine un antiphlogistique puissant. Les médecins anglais sont du reste beaucoup plus habitués que nous à l'employer comme tel: Wilks, James, Reith, Ringer, l'emploient presque exclusivement contre les plegmatics; ils attachent une grande importance à donner ce médicament dans la période d'invasion, ou au moins dans le premier stade de la maladie; la sensation d'aiguilles et de picotements à la peau est pour eux le signe d'une action nécessaire et suffisante. Burness, Mayon, l'emploient journellement dans le rhumatisme articulaire aigu, dans la pleurésie, dans la péricardite. C'est au même titre qu'on l'emploie dans la goutte, ou plutôt contre la fluxion de l'attaque de goutte. C'est encore comme antiphlogistique que les vétérinaires l'emploient chez le cheval dans la bronchite, dans l'entérite, dans la péritonite, etc. M. Gubler l'emploie depuis longtemps dans le rhumatisme articulaire aigu, où, joint à l'application de compresses d'eau froide sur les articulations, il calme l'érythème général et local. On trouve dans la thèse de M. Franceschini plusieurs observations intéressantes qui ont trait à cet emploi. Giuseppe Lévi a vu chez les animaux l'état fébrile tomber rapidement sous l'influence de ce médicament.

4° *Emploi de quelques-unes des actions secondaires de l'aconitine.* — Pallas rapporte qu'en Sibérie il est d'usage populaire de combattre par l'aconit les *bourdonnements d'oreille*. Cette médication empirique a trouvé chez nous des imitateurs qui n'ont pas manqué, comme cela devait être, d'obtenir quelques succès. L'idée de combattre les bourdonnements d'oreille par un agent qui les provoque quelquefois à titre de phénomènes physiologiques a-t-elle été suggérée par la doctrine de *similia similibus*? je ne saurais le dire; on aurait des motifs du même genre et plus puissants encore de choisir, dans ces cas, le sulfate de quinine. Ces deux médicaments n'auraient du reste chance de succès que dans les bourdonnements d'oreille d'origine congestive.

Il en est de même de l'emploi de l'aconitine contre l'*amaurose*. Outre que le mot amaurose n'a plus aujourd'hui de signification bien précise, l'action mydriatique de l'aconitine est loin d'être constante. L'oculiste qui a mieux que l'aconitine à sa disposition.

Les troubles locaux déterminés par l'aconitine sur la *tube digestif* pourraient expliquer les succès obtenus par son emploi dans la dysentérie. Cette méthode ne s'est pas généralisée; l'irritation en quelque sorte substitutive de l'intestin serait d'ailleurs mieux obtenue par l'ipéca.

Quant à son emploi dans l'infection purulente, la morve, le

farcin, la syphilis, etc., le temps a fait justice des espérances que quelques médecins avaient pu conserver à cet égard.

Les cas, où l'aconitine est indiquée et où elle peut rendre d'incontestables et de rapides services sont assez nombreux pour qu'il soit inutile d'étendre inutilement son emploi. C'est en le bornant aux cas nettement indiqués par l'expérience et par la connaissance de ses propriétés physiologiques qu'on pourra lui rendre la confiance des praticiens.

D^r A. BORDIER.

M. le docteur Berrut a intenté un procès à M. le maire du septième arrondissement de Paris, pour le contraindre à recevoir une déclaration de naissance d'un enfant, sans indication de père ni de mère, et sans désignation de la maison où l'accouchement de la mère a eu lieu avec l'assistance du médecin. M. le maire du septième arrondissement motivait son refus de procéder à la réception de la déclaration de naissance sur ce que le domicile où l'accouchement a eu lieu n'était pas désigné.

Nous appelons l'attention sur le jugement rendu, à l'audience du 30 décembre, par la première chambre du tribunal civil de la Seine, contre les conclusions de M. Laval, substitut. M. Berrut a soutenu en personne le bon fond de sa demande, qui a été accueillie par le tribunal (voy. aux *Varités*, p. 14).

On remarquera que si le jugement vise spécialement l'obligation imposée au maire de recevoir telle quelle la déclaration du médecin, le tribunal penche vers cette doctrine: que le médecin, couvert par l'article 378 du Code pénal, n'est pas tenu d'indiquer le domicile même où est né l'enfant. Plusieurs arrêts de Cassation ont déjà prononcé dans ce sens.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie chirurgicale.

DES CAUSES DU RACCOURCISSEMENT RÉEL DU MEMBRE À LA SUITE DES COXALGIES SANS LUXATION OU DÉPLACEMENT DE LA TÊTE FÉMORALE, par M. VIENNOIS (de Lyon). Communication faite au Congrès de Nantes.

Les causes du raccourcissement réel du membre à la suite de la coxalgie sont multiples, mais elles sont en rapport avec le siège réel de la lésion et le mode de développement du fémur. La coxalgie n'est pas une: on désigne sous ce nom des affections diverses qui n'ont de commun que le siège de la douleur, la tuméfaction et la déformation du membre; il y en a trois principales.

L'arthrite coxo-fémorale ou coxalgie vraie;

L'ostéite primitive de l'extrémité supérieure de la diaphyse du fémur;

L'ostéite primitive d'une des pièces du bassin qui concourt à la formation de la cavité cotyloïde.

Ces deux dernières lésions ne sont pas primitivement des coxalgies, mais donnent lieu nécessairement (Ollier) à une inflammation concomitante ou consécutive de l'articulation, puisque la portion osseuse malade fait partie de l'articulation elle-même.

Indépendamment de ces trois espèces, on peut encore admettre deux autres catégories de lésions inflammatoires de la hanche, mais elles rentrent alors dans les pseudo-coxalgies; je veux parler de l'inflammation des parties osseuses voisines de l'articulation, mais qui n'ont pas de rapports avec la synoviale (grand trochanter par exemple), et enfin des inflammations parostales qui peuvent se développer dans le

tissu cellulaire et les gaines de la région pelvi-trochantérienne; ces dernières lésions donnent lieu aux péri-arthrites coxo-fémorales.

Ces diverses affections influent d'une manière très-inégalement sur l'accroissement du membre. L'expérimentation et la physiologie pathologique le faisaient pressentir, l'observation le confirme complètement.

M. Ollier (1) a fait connaître, dans ses recherches sur l'accroissement normal et pathologique des os, les deux causes qui amènent cet arrêt d'accroissement en longueur du squelette: 1^o l'atrophie générale du membre maintenu longtemps dans l'immobilité par un appareil ou dans l'inaction par la douleur; 2^o l'inflammation localisée vers l'une ou l'autre des deux extrémités de l'os, qui arrête le développement de l'organe par un trouble apporté dans l'évolution du cartilage d'accroissement de l'os, ou bien par la destruction de ces éléments.

La première cause se retrouve dans toutes les coxalgies, quelles qu'elles soient; elle est proportionnelle à la longueur de la maladie, à la durée de l'enveloppement du membre dans des bandages et à l'altération de la santé générale.

La seconde s'observe dans les ostéites primitives de l'extrémité supérieure de la diaphyse du fémur; elle est proportionnelle à l'intensité de l'inflammation. Si elle amène la destruction totale du cartilage, elle peut se traduire par un arrêt de développement considérable. Nous en avons observé de 6 à 7 centimètres, et il est admissible que si la destruction du cartilage était absolument complète, l'arrêt d'accroissement serait plus considérable encore. Tout dépend, du reste, de l'âge auquel s'est développée la maladie. L'accroissement est d'une manière générale proportionnel au rôle que joue dans l'allongement de l'os le cartilage affecté. Or, nous savons par la loi d'accroissement des os longs du membre que le cartilage de conjugaison supérieur du fémur prend à l'accroissement de l'os une part moins grande que le cartilage inférieur, mais nous savons aussi que cette différence entre les deux cartilages n'est pas aussi grande que pour les os du membre supérieur; voilà pourquoi, quel que soit le cartilage affecté, le membre inférieur subira toujours un arrêt d'accroissement très-sensible.

Dans la pratique, ces deux causes: atrophie du membre par l'immobilité et atrophie du membre par la lésion du cartilage de conjugaison, s'ajoutent l'une à l'autre. Voilà pourquoi il pourra arriver des arrêts d'accroissement énormes, par exemple de 8 à 10 centimètres et plus pour la totalité du membre dans les ostéites primitives de l'extrémité supérieure du fémur avec invasion consécutive de l'articulation, et cela sans le moindre déplacement de la tête. Il est bien entendu, du reste, que je ne m'occupe que des cas où le chirurgien a pu, par un traitement bien dirigé, arrêter toute luxation et tout déplacement de la tête fémorale. Un pareil raccourcissement ne s'observe que chez les sujets atteints dès leur première enfance et chez lesquels l'accroissement du fémur aura été non-seulement arrêté à son extrémité supérieure par la destruction de son cartilage de conjugaison, mais encore entravé dans son ensemble par la longue inaction à laquelle le membre aura été condamné dans cette cure laborieuse. Le plus souvent, on trouve un raccourcissement de 1, 2 ou 3 centimètres, soit parce que le cartilage n'a pas été complètement détruit, soit parce que la lésion étant survenue dans la seconde enfance, vers l'âge de dix à douze ans ou même plus tard, le cartilage avait un rôle moins actif à remplir. Cet arrêt d'accroissement du fémur est encore plus sensible, je l'ai déjà dit, après la destruction du cartilage de conjugaison inférieur.

Lorsqu'on a affaire à une coxalgie vraie, c'est-à-dire à une synovite coxo-fémorale, cette cause de raccourcissement n'existe pas, et si le fémur reste plus court, on ne peut invoquer que l'atrophie due au repos du membre; dans ce cas, c'est l'ensemble du squelette du membre qui a subi une diminution dans la longueur; l'atrophie porte non pas sur le fémur seul, mais sur les os de la jambe et du pied.

M. Ollier a indiqué le moyen de distinguer par l'examen extérieur du membre et mieux encore par l'étude des pièces anatomiques les causes du raccourcissement du membre. L'atrophie, due à l'immobilité, est caractérisée par la diminution de l'os dans tous ses diamètres; l'os est non-seulement plus court, mais surtout plus mince, et les chairs sont amaigries. Lorsque la diminution de longueur est due à l'ostéite primitive de l'extrémité supérieure du fémur, le corps de l'os est tuméfié et sensiblement plus épais, du moins dans sa moitié supérieure. Si l'activité du cartilage de conjugaison a été diminuée, celle du périoste a été surexcitée par l'inflammation; de là une augmentation de l'os en épaisseur.

Le premier genre d'atrophie peut être prévenu ou au moins diminué par les moyens propres à activer la nutrition du membre: électricité, frictions stimulantes, et surtout par l'exercice du membre dès que l'état de l'articulation permet des mouvements. Des tractions douces avec une bande de caoutchouc sont un moyen qu'il ne faut pas négliger et qui agit de deux manières, d'abord en empêchant la pression de la tête contre la cavité cotyloïde, puis en aidant par lui-même l'accroissement de l'os en longueur.

Je dois signaler ici les effets de l'atrophie sur le pied. Le squelette de cet organe présente, toutes choses égales d'ailleurs, une atrophie bien plus considérable proportionnellement que les os de la jambe et le fémur lui-même. Cette différence est explicable par les effets du repos sur les divers éléments d'accroissement de l'os.

Il y a deux éléments dans cet accroissement: le cartilage de conjugaison, qui est l'organe de l'accroissement de l'os en longueur, le périoste, qui est l'élément d'accroissement en épaisseur. Or, c'est dans le périoste, et par cela même dans l'accroissement en épaisseur, que l'atrophie se fait d'abord sentir. Nous savons même, par les expériences de M. Ollier, que le premier effet de l'immobilité sur les os qui s'accroissent par le cartilage est une légère augmentation de longueur; c'est ce que ce chirurgien appelle l'allongement atrophique.

Les os courts, qui forment la plus grande partie du squelette du pied, s'accroissant principalement par le périoste, ou du moins ne s'accroissant par le cartilage que dans la première enfance, doivent donc être influencés plus que les os longs par les diverses causes d'atrophie et en particulier par l'inaction et l'immobilité. De là ces raccourcissements de 15 à 20 et 25 millimètres pour la longueur du pied seul, dans les cas où l'on ne constate pas une différence de 1 centimètre pour toute la longueur du membre, de la cavité cotyloïde aux malléoles.

Je ne m'étendrai pas plus longtemps sur ces causes de raccourcissement indépendantes de la luxation ou du déplacement de la tête fémorale. Je me résumerai en disant que l'arthrite vraie, la synovite, n'est pas par elle-même une cause de raccourcissement considérable; ce n'est que lorsque l'extrémité juxta-épiphyse du fémur est atteinte primitivement ou simultanément que l'accroissement en longueur du membre est notablement troublé. En dehors de cette lésion osseuse, c'est dans l'atrophie générale de tous les tissus du membre qu'il faut chercher la cause du raccourcissement.

Dans les ostéites primitives, au contraire, les éléments d'accroissement de l'os sont directement intéressés; de là un raccourcissement immédiat et d'autant plus sensible que le sujet est plus jeune.

Ces causes de raccourcissement n'ayant jamais été analysées, nous avons porté notre attention sur ce point. En examinant un grand nombre de coxalgies chez les jeunes enfants,

(1) Ollier, *Traité de la régénération des os*, t. I, chap. XII. — *Nouvelles expériences sur l'accroissement normal et pathologique des os*, in *Archives de physiologie*, janvier 1872. — *De l'accroissement pathologique des os et des moyens chirurgicaux d'activer ou d'arrêter l'accroissement de ces organes*. Congrès de Lyon 1872.

dans ces dernières années, nous y avons trouvé la vérification complète des lois que M. Ollier a établies d'une manière générale pour l'accroissement normal et pathologique du tissu osseux. Tous les chirurgiens avaient bien remarqué l'atrophie du membre à la suite des excoalgies et de certaines lésions osseuses qui avaient tenu longtemps le malade dans l'inaction. M. Boeckel, de Strasbourg (*Archives de physiologie*, 1870), avait même publié un mémoire sur l'arrêt du développement dans la coxalgie, mais personne, que je sache, n'avait essayé jusqu'ici de faire l'analyse des diverses causes de raccourcissement dans les diverses lésions osseuses ou articulaires de la hanche. Ce sujet m'a paru d'autant plus intéressant que, à la suite des travaux de M. Ollier, de nouvelles recherches sur ce point ont été récemment faites à l'étranger, à Zurich par Haab (*Experimentelle Studien über das normale und pathologische Wachstum der Knochen*, Leipzig, 1875), qui parait très au courant de la question; à Berlin par Bidder (*Neue Experimente über die Bedingungen des krankhaften Längenwachstums von Rubrenknochen nebst Bemerkungen über Knochenbildung*, in *Arch. f. klin. Chir.*, XVIII^e vol., 4^e fasc., p. 603, 1875), et ont rappelé l'attention sur ce sujet. Il nous a paru, en outre, d'autant plus intéressant d'y insister que, au point de vue pratique, ces causes de raccourcissement peuvent être appréciées d'avance et forment des éléments importants de pronostic. Cette analyse nous permet ainsi, dans les cas complexes, de remonter à l'origine et à la nature de la lésion primitive.

La thérapeutique ne nous fournit pas le moyen de prévenir ce raccourcissement; nous pouvons cependant, par les moyens que j'ai indiqués, en diminuer l'étendue en combattant les causes qui le produisent, c'est-à-dire en stimulant la nutrition du membre par tous les moyens compatibles avec l'immobilité dans laquelle on est forcé de le maintenir.

On peut, en outre, en donnant au membre un allongement apparent, c'est-à-dire en le mettant dans l'abduction, diminuer au point de vue fonctionnel les effets du raccourcissement qu'on n'a pu éviter.

DERMATOLOGIE.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HERPÈS, par Ferdinand DREYFOUS, interne des hôpitaux.

L'herpès est une affection essentiellement bénigne : voilà ce qui fait l'intérêt de son étude; voilà pourquoi il importe de le distinguer des affections graves qu'il a le singulier privilège de simuler.

L'herpès généralisé fébrile a été pris pour une fièvre typhoïde, une méningite, comme le prouvent les faits cités par M. Parrot (*Fièvre herpétique*, in *Gaz. heb.*, 14 et 28 juillet 1874). Localisé à la gorge, il en a imposé pour une angine diphthérique. C'est à M. le professeur Gubler (*Mémoire sur l'herpès guttural et l'ophtalmie due à l'herpès de la conjonctive*, in *Un. méd.*, 1858) que revient le mérite d'avoir vulgarisé cette distinction si importante. Enfin, si nous passons du domaine de la pathologie générale au domaine plus restreint des affections vénériennes, l'herpès génital est une cause d'embarras presque quotidien pour le clinicien. Il n'est pas rare de voir prendre pour une syphilide une simple plaque d'herpès. L'erreur est le plus souvent facile à éviter. Mais combien de fois n'a-t-on pas, en présence d'une érosion vulvaire, à se poser la question suivante : Est-ce un chancre ? Est-ce de l'herpès ? M. Fournier (*Diagnostic général du chancre syphilitique*, 1874, *Leçons sur la syphilis*), dans ses leçons cliniques, a résolu ce problème en donnant des signes qui, dans la majorité des cas, permettront de poser ou pour le moins de soupçonner le diagnostic.

Outre l'intérêt pratique qui s'y rattache, l'étude de l'herpès soulève des questions de théorie des plus intéressantes : de

là les nombreux mémoires auxquels elle a donné lieu et que nous citerons chemin faisant. Mais à part les articles de M. Gintrac (*Cours théorique et clinique de pathologie interne*, 1859), de M. le professeur Hardy (art. *HERPÈS* du *Nouv. Dict. de méd. et de chir.*), de M. Bazin (*Leçons sur les maladies de la peau*, 1862), la plupart des travaux originaux ont été faits à un point de vue spécial et sur une variété à l'exclusion des autres. Aussi ont-ils laissés bien des points obscurs à élucider, bien des lacunes à combler. Peut-être y aurait-il avantage à considérer l'herpès d'ensemble, à se demander si, par exemple, entre l'herpès généralisé fébrile et l'herpès localisé, entre l'herpès vulgaire et le zona, il n'y a pas un lien, une analogie, non pas seulement dans la lésion anatomique, mais dans la pathogénie de cette lésion ?

Enfin, la fréquence de l'herpès à l'hôpital de Loureine en fait, pour ainsi dire, une question d'intérêt local; c'est à cet hôpital qu'ont été publiés les travaux de Legendre (*Arch. de méd.*, 5^e sér., t. I) sur l'herpès vulvaire, de M. Gueneau de Mussy (*Arch. de méd.*) sur l'herpisme utérin, ceux de M. Féron (thèse de Paris, 1858) et de M. Lasèque (*Traité des angines*, 1868) sur l'herpès guttural, et en 1873 M. Fournier y faisait sur l'herpès génital une de ses leçons cliniques.

Parmi les cas que nous avons pu observer, l'herpès guttural n'a figuré qu'une fois. Qu'il nous suffise donc de le signaler ici, de même que le zona (Buequoy, *France médicale*, 1875), pour n'y revenir qu'en parlant de l'étiologie de l'herpès en général.

Nous donnerons le résumé de quelques cas d'herpès localisés intéressants par leur siège ou leur étendue; nous citerons tout au long une observation d'herpès généralisé fébrile, affection encore rare et mal connue; enfin nous tirerons de nos observations quelques considérations relatives à l'étiologie de l'herpès.

HERPÈS GÉNITAL. — Il doit être étudié chez l'homme et chez la femme. Nous ne l'étudierons que chez cette dernière, renvoyant pour l'herpès préputial à la monographie de M. Doyon (*Herpès récidivant des parties génitales*, 1868) et à l'article de M. Hardy.

Méconnu par Bielt, l'herpès a été pour la première fois bien distingué des syphilides par Alibert et décrit sous le nom de « olophycitide progéniale ». Legendre a surtout insisté sur le diagnostic avec le chancre mou; toutefois, il fait remarquer avec raison combien il est facile de confondre les tubercules plats avec l'hypertrophie qui reste après le travail de cicatrisation. M. le professeur Hardy, dans son article tant de fois cité, ne signale pas les syphilides comme pouvant être la cause d'erreurs. Les notions précises de la syphilographie moderne permettent cependant aujourd'hui d'indiquer d'une façon précise le diagnostic de l'herpès génital.

Cet herpès occupe la peau ou les muqueuses; d'où la distinction naturelle :

Herpès cutané,

Herpès des muqueuses.

A. Herpès cutané. — Il est caractérisé par de petites vésicules grosses comme un grain de millet, isolées ou confluentes. Elles augmentent de volume, deviennent grosses comme un pois, une lentille. Le liquide qu'elles contiennent, d'abord transparent, clair, devient louche, purulent, quelquefois laiteux. Au bout de quelques jours, souvent de quelques heures, le liquide se résorbe, et l'on voit l'épiderme s'affaisser sous forme d'une pellicule blanchâtre qui ne tarde pas à se détacher. Ou bien il y a rupture de la vésicule; on n'en trouve plus que quelques débris sous forme d'un décollement épidermique à la périphérie de l'érosion. Ce qui reste alors surtout c'est une érosion ou une exulcération à fond rose, à bords irréguliers, polyépiques, ou mieux encore « microcylindriques » (Fournier).

Traînée, souvent même non traitée, l'érosion se répare rapidement sans laisser de cicatrice en général. Parfois, au

contraire, si un traitement convenable n'a pas été fait, et surtout si un traitement inopportun a été suivi, l'ulcération gagne en étendue et en profondeur et peut alors laisser après elle une cicatrice simulant à s'y méprendre la papule syphilitique.

On peut donc distinguer deux formes, qui se succèdent en général : l'herpès vésiculaire ; l'herpès érosif. Souvent on ne voit que le premier, et la réparation se fait si vite que l'érosion passe inaperçue. D'autres fois on arrive trop tard pour assister à l'éruption ; il ne reste que l'ulcération.

Siège. — Au point de vue du siège, on peut distinguer l'herpès vulvaire, périvulvaire, des plis génito-cruraux et périnéal.

Étendue. — Variable ; elle peut être parfois considérable. C'est à cette variété que M. Fournier donne le nom « d'herpès monstre ». Deux pièces du musée de Lourcine pourront en donner une idée exacte. L'observation suivante montre les véritables ravages qu'elle peut produire.

Obs. I. — Catherine F..., dix-neuf ans, entrée le 27 avril, salle Saint-Alexis, 21, service de M. Fournier. Constitution robuste ; bien réglée ; elle vient d'avoir ses règles ; se dit malade depuis douze jours. Elle avoue avoir eu des rapports contre nature, et cela à deux reprises différentes. C'est deux jours après le dernier rapport de ce genre qu'elle éprouva les premiers maux. Courbature générale ; douleur des reins ; lassitude des membres ; constipation qui aurait persisté neuf jours, et la première fois qu'elle alla à la selle ce ne fut pas sans une sensation de plaie, d'écorchure à l'anus ; elle rendit du sang par l'anus avant l'expulsion des matières elle-mêmes.

État actuel (28 avril). — Autour de l'anus, rougeur diffuse sans saillie, s'étendant sur une largeur de quatre travers de doigts de chaque côté de l'anus et se prolongeant vers la rainure interfessière ; rougeur analogue à la face interne de la cuisse gauche ; de petites plaques rouges isolées à la partie postérieure de la vulve. Au milieu de cette rougeur se voient des excoriations à bords nets, quoique peu saillants, et en pente douce vers le fond. Ces bords sont surtout irréguliers et formés de petits cercles qui se coupent, de façon à limiter un contour formé de lignes courbes alternant avec de petits angles rentrants. A gauche, une excoriation arrondie, creuse, à fond lardacé, simulait un chancre, n'était les bords polycycliques caractéristiques. En arrière, dans la rainure interfessière, une érosion très-longue, profonde, se prolongeant à plusieurs centimètres de l'anus ; ça et là, en arrière, des érosions irradiant vers l'anus ; l'une d'elles supporte des vésicules affaissées et simulait presque une syphilide. A l'anus des déchirures, traces du traumatisme. A la vulve et à la cuisse quelques vésicules. Ganglions inguinaux : à gauche, un gros comme une noix, douloureux depuis le début de la constipation ; à droite, quelques ganglions du volume d'une olive. Col sain. Vagin sain. Bouche : une vésicule d'herpès, datant de la même époque, siège à la lèvre inférieure. Rien à la gorge. Quelques vésicules sur le corps. Inoculation. — Traitement : Bains, liqueur Labarraque, oxyde de zinc.

Le 31 mai, se plaint de douleurs vagues dans les cuisses, les fesses, et remontant vers les lombes, plus fortes la nuit, paraissant suivre le trajet des sciatiques. La réparation se fait rapidement. Inoculation négative.

Le 8 juin, il reste une cicatrice périnéale, maculeuse, pigmentée. Tout est cicatrisé à l'anus et dans l'anus.

Le 14, douleurs vagues dans les régions cervicales et intercostales.

Le 18, à l'espace interdigital qui sépare l'index et le médius de la main gauche se voit un groupe d'herpès à petites vésicules ; une grosse vésicule au niveau du cinquième métacarpien ; à la cuisse gauche, groupe très-net d'herpès. Ces éruptions ont apparu hier soir. Hier, dans la journée, épistaxis. La malade attend ses règles la semaine prochaine. Rien à la vulve en ce moment. Les cicatrices périnéales sous plates. Nouvelle inoculation.

Le 19, l'herpès digital a disparu. Inoculation négative.

Le 27, la malade sort guérie. L'herpès périnéal est complètement effacé, il n'y en a plus trace. Dans le creux inguinal gauche, il reste une glande de la grosseur d'une olive.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. Je ferai remarquer l'étendue et l'aspect de la lésion vulvaire, la concomitance d'herpès sur d'autres points du corps. J'ajoute

enfin sur ces douleurs qui accompagnent et précèdent l'apparition de l'herpès.

Obs. II. — Céline S..., vingt et un ans, entrée le 7 septembre 1875, service de M. Fournier. Jamais bien réglée ; bien portante, sauf leucorrhée et dyspénie. Un enfant. Il y a quinze jours, lors de ses dernières règles, elle éprouva des coliques, des migraines ; l'écoulement sanguin était moins abondant ; enfin survinrent des boutons aux parties sexuelles et dans la tête.

État actuel. — Grandes érosions vulvaires, périvulvaires (sur les côtés de la fourchette) et périnéales. En certains points elles présentent des débris épidermiques, restes des vésicules, et ont des bords irréguliers, anguleux. Érosions et vésicules très-nettes sur les plis génito-cruraux. Col volumineux ; liquides des deux lèvres ; orifice entrouvert ; il laisse suinter un liquide inouï. Vagin sain. Ganglions inguinaux : on en sent un de chaque côté, indolent et peu volumineux. Rien à la tête. Sur le cou et le tronc, ad. Amygdale droite : deux vésicules blanches laissant à leur place une érosion franchement herpétique. — Diagnostic : herpès vulvaire et périvulvaire.

Le 8 septembre, inoculation.

Le 9, inoculation négative.

Le 10, nouvelles vésicules des plis génito-cruraux.

Le 16 restent des cicatrices saillantes, papuleuses, d'un gris violacé. Ganglions moins volumineux. Inoculation négative.

Le 18, cicatrices complètement affaissées.

Diagnostic. — On a pu confondre l'herpès génital avec : l'eczéma, le chancre mou, le chancre infectant, les syphilides.

M. Hardy renonce à faire le diagnostic entre l'herpès et l'eczéma génital. D'ailleurs cette distinction n'a en pratique qu'une importance secondaire.

C'est surtout l'érosion *chancreuse* qui est confondue avec l'herpès, et la difficulté est ici d'autant plus grande que les deux lésions peuvent coexister comme on le voit dans l'observation suivante :

Obs. III. — Léonie Ch..., vingt-trois ans, salle Saint-Alexis, n° 3, service de M. Fournier, entrée le 19 janvier 1875. A cette époque elle a ses règles. On constate l'existence d'un herpès *vésiculeux* très-confluent de la grande lèvre gauche, avec odène de cette lèvre. Quelques ganglions inguinaux ; rien de net. On diagnostique sans hésiter herpès.

Le 25 janvier, sur le bord libre de la grande lèvre, on constate aujourd'hui un type de chancre infectant à base cartilagineuse, ayant environ 2 centimètres de hauteur et 1 centimètre de largeur, couleur chair musculaire, uni de surface. Il persiste encore quelques érosions miliaires herpétiques au voisinage, et l'éruption persiste dans les plis génito-cruraux. C'est donc là un type d'herpès symptomatique du chancre.

Quelquefois l'érosion est cicatrisée complètement, et le diagnostic reste encore douteux. L'induration, l'adénopathie, persistant, mais la roséole se fait attendre. Tout traitement prématuré est alors téméraire. Exemple :

Obs. IV. — Marie B..., dix-huit ans, entrée au service de M. Fournier, salle Saint-Alexis, n° 22. Depuis huit jours, elle s'est aperçue d'une écorchure, pour laquelle elle n'a fait aucun traitement.

État actuel (13 juillet). — Sur la petite lèvre gauche se voit une érosion à bords irréguliers. Quelques érosions périnéales. Ganglions inguinaux indolents, peu volumineux ; il n'y en a pas un plus gros que les autres. Vagin et col sains. Rien sur le corps ni à la gorge. M. Fournier diagnostique herpès en ajoutant : « Il simule tout à fait un chancre ».

Le 18 juillet l'érosion persiste, superficielle, rosée, à base papyracée. Diagnostic probable : chancre.

Le 28, cicatrisation complète ; reste un petit noyau papyracé ; rien sur le corps.

Le 3 août, rien sur le corps. Elle sort.

Ces exemples peuvent surabondamment l'intéresser qui se rattache à ce problème ; et cependant il n'a guère été entrevu et résolu que dans ces dernières années, grâce aux travaux de M. Fournier (*loco citato*). Tous les auteurs parlent du chancre simple comme souvent confondu avec l'herpès. Legendre avait déjà indiqué quelques-uns des signes diagno-

stiques. M. Fournier y a ajouté quelques données nouvelles dans son article *Chancres mou* du NOUVEAU DICTIONNAIRE DE MÉDECINE.

Il paraît au premier abord inutile de faire le diagnostic entre l'herpès et les syphilides. Il n'en est rien. En effet, l'herpès peut acquérir des dimensions exceptionnelles. La lésion peut être aussi profonde dans un cas que dans l'autre alors que des exulcérations, des ulcérations, succèdent à l'érosion herpétique. La difficulté peut tenir encore à la concomitance de l'herpès et de la syphilis, à l'application antérieure de substances caustiques, ou enfin au défaut d'attention de la part de l'observateur. On est trop habitué à regarder à priori comme des plaques muqueuses toutes les ulcérations vulvaires ou périvulvaires un peu étendues; or, c'est là une erreur gravement préjudiciable et au malade et au médecin.

Quels signes aurons-nous donc pour faire le diagnostic?
1° Le décollement épidermique sur les bords de l'érosion et la concomitance de vésicules dans les régions voisines.
Ce caractère n'est pas absolu; puisque les deux lésions peuvent coexister.

2° Le contour à petits segments polycycliques, qui persiste toujours en certains points sur les bords de l'ulcération.

Les syphilides peuvent être polycycliques, mais elles offrent alors de larges segments de cercle auxiliaires ne peut donner lieu la rupture de petites vésicules auxiliaires.

À ces deux signes vraiment importants ajoutons les caractères suivants :

a. Les ganglions sont plutôt engorgés, sont plus nombreux, plus durs, plus indolents dans les syphilides; ils sont plus rares, souvent douloureux dans l'herpès.

b. L'herpès s'accompagne de démangeaisons, de prurit, de gêne pour marcher, aller à la selle, etc. Les syphilides peuvent acquérir des dimensions vraiment énormes sans que le malade s'aperçoive de leur présence.

c. L'herpès débute brusquement, apparaît vite et guérit de même; il s'accompagne au début de troubles nerveux plus ou moins intenses. — Les syphilides ont un début latent par excellence qui leur permet d'acquies progressivement des dimensions considérables.

d. La cicatrisation est en général plus rapide pour l'herpès que pour les syphilides; la surface humide ne tarde pas à se dessécher, mais alors même qu'il reste une cicatrice, elle est rosée, d'un gris rose qui le plus souvent ne ressemble pas à la coloration *civrière* ou « *jambon fumé* » caractéristique de la syphilis.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 27 DÉCEMBRE 1875.

PRÉSIDENCE DE M. FREMY.

PRIX DÉCERNÉS.

GRAND PRIX MONTYON DE MÉDECINE ET CHIRURGIE (10 000 fr.). — A M. le docteur *Onimus*, pour ses *Recherches sur l'application de l'électricité à la thérapeutique*.

PRIX MONTYON DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — A M. *Faivre*, doyen de la Faculté des sciences de Lyon, pour l'ensemble de ses travaux sur les fonctions du système nerveux chez les insectes.

PRIX MONTYON POUR LES ARTS INSALUBRES. — A M. *Denarrouze*, ancien élève de l'École polytechnique, pour les perfectionnements qu'il a apportés dans les appareils destinés à protéger les ouvriers qui séjournent dans un milieu irrespirable.

PRIX MONTYON DE STATISTIQUE. — A M. le docteur *Borius*, pour ses *Recherches sur le climat du Sénégal*. Cet ouvrage est accompagné d'une carte et de tableaux météorologiques.
Rappel des prix précédemment décernés à M. le docteur *Chenu*

pour la suite de ses travaux sur le service des ambulances et hôpitaux de la Société française de secours aux blessés en 1870 et 1871.

Mention honorable à M. le docteur *Maher*, pour sa statistique médicale de Rochefort;

Mention honorable à M. le docteur *Ricoux*, pour ses *Études sur l'acclimatation des Français en Algérie*;

Mention honorable à M. le docteur *Leclaire*, pour sa brochure intitulée : *Le Havre en 1873*, considéré sous le rapport statistique jet médical;

Mention honorable à M. le docteur *Trémeau de Rochebrune*, pour son *Essai de statistique médicale sur les ambulances créées à Angoulême*;

Mention honorable à M. *Rouilliet*, pour ses *Études statistiques sur les mort-nés*.

AUTRES RÉCOMPENSES. — L'Académie décerne encore sur la fondation Montyon :

Un prix de 2500 francs à M. le docteur *Alph. Guérin*, pour l'emploi du bandage ovalé dans la thérapeutique des plaies;

Un prix de 2500 francs à M. le professeur *Legonst*, pour son *Traité de chirurgie d'armée*;

Un prix de 2500 francs à M. le docteur *Magitot*, pour son *Traité des anomalies du système dentaire chez les Mammifères*;

Une mention de la valeur de 1500 francs à M. le docteur *Berrier-Fontaine*, pour ses *Observations sur le système artériel*;

Une mention de la valeur de 1500 francs à M. le docteur *Pauly*, pour son ouvrage intitulé : *Climats et endémies; esquisse de climatologie comparée*;

Une mention de la valeur de 1500 francs à M. le docteur *Raphael Veyssiére*, pour ses *Recherches cliniques et expérimentales sur l'hémianesthésie de cause cérébrale*.

La commission de l'Académie cite honorablement : MM. *Budin et Coyne, Cézard, Herrgott, Luton, Morache, Ollivier, Raimbert, Saint-Cyr*.

FONDATION CHAUSSIER (médecine pratique et médecine légale).

— 5000 francs à M. le docteur *Gubler*, pour un livre qui a pour titre : *Histoire de l'action physiologique des effets thérapeutiques des médicaments inscrits dans la pharmacopée française*;

2000 francs à M. le docteur *Legrand du Saulle*, pour son *Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale*;

2000 francs à MM. *Bergeron et l'Hôte*, pour leurs *Études sur les empoisonnements lents par les poisons métalliques*;

1000 francs à M. le docteur *Manuel*, pour un travail relatif à la *Constitution de l'assistance médicale en service public rétribué par l'Etat*.

PRIX BARDIER. — A M. *Rigaud*, pour son travail sur le *Traitement curatif des dilatations varicaveuses des veines superficielles des membres inférieurs ainsi que du varicocèle*.

Deux encouragements de 1500 francs à MM. *Aib. Robin et Hardy*, pour leur travail sur un médicament nouveau importé du Brésil, le *Jaborandi*, qui est un sudorifique énergique et qui paraît agir d'une manière efficace dans les cas de rhumatisme.

PRIX GODARD. — A M. *Herrgott*, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, pour ses travaux d'anatomie et de physiologie.

FONDATION SERRES. — L'Académie accorde à titre de récompense : une somme de 3000 francs à M. *Campana*, pour ses *Recherches sur l'anatomie et la physiologie des osseaux*; et une même somme de 3000 francs à M. *Pouchel*, pour ses observations sur le développement du squelette, et en particulier du squelette céphalique des poissons osseux.

PRIX JECKER (chimie organique). — A M. *Grimaux*.

PRIX LACAZE (chimie). — A M. *Marscart*, pour ses travaux sur la lumière.

PRIX LACAZE (chimie). — A M. *Favre*, correspondant de l'Académie, doyen de la Faculté des sciences de Marseille, pour son grand travail sur la transformation et l'équivalence des forces chimiques, physiques et mécaniques.

PRIX LACAZE (physiologie). — A M. le professeur *Chauveau*, directeur de l'École vétérinaire de Lyon, pour l'ensemble de ses travaux sur les maladies virulentes.

PRIX BIENNAL, 20 000 francs (attribué à la découverte la plus propre à honorer ou à servir le pays). — L'Institut, sur la proposition de l'Académie des sciences, a décrété cette année le grand prix biennal de 20 000 francs à M. *P. Bert*, pour l'ensemble de ses recherches sur l'influence que les modifications dans la pression barométrique exercent sur le phénomène de la vie.

PRIX PROPOSÉS

POUR LES ANNÉES 1876, 1877, 1878, 1879, 1880 ET 1883.

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES (concours prorogé à 1876). — La question proposée est la suivante : « *Etude du mode de distribution des animaux marins du littoral de la France.* »

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés au secrétariat de l'Institut avant le 1^{er} juin 1876.

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES. — Question proposée pour l'année 1877 : « *Etude comparative de l'organisation intérieure des divers crustacés écriophthalmes qui habitent les mers d'Europe.* »

PRIX BORDIN. — La commission nommée par l'Académie pour lui proposer la question dont la solution donnerait droit à l'obtention du prix Bordin de l'année 1876 l'a formulée ainsi qu'il suit : « *Trouver le moyen de faire disparaître ou au moins d'atténuer sérieusement la gêne et les dangers que présentent les produits de la combustion sortant des cheminées sur les chemins de fer, sur les bâtiments à vapeur, ainsi que dans les villes à proximité des usines à feu.* »

PRIX L. LAZARÉ. — L'Académie décernera pour la troisième fois, dans sa séance publique de l'année 1877, trois prix de dix mille francs chacun aux ouvrages ou mémoires qui auront le plus contribué aux progrès de la physiologie, de la physique et de la chimie.

PRIX MONTYON (statistique). — Parmi les ouvrages qui auront pour objet une ou plusieurs questions relatives à la Statistique de la France, celui qui, au jugement de l'Académie, contiendra les recherches les plus utiles sera couronné dans la prochaine séance publique. Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de quatre cent cinquante-trois francs.

PRIX JECKER. — L'Académie décernera chaque année, dans sa séance publique, un ou plusieurs prix aux travaux qu'elle jugera les plus propres à hâter le progrès de la chimie organique.

PRIX BARBIER. — M. Barbier, ancien chirurgien en chef de l'hôpital du Val-de-Grâce, a légué à l'Académie des sciences une rente de deux mille francs, destinée à la fondation d'un prix annuel « pour celui qui fera une découverte précieuse dans les sciences chirurgicales, médicale, pharmaceutique, et dans la botanique ayant rapport à l'art de guérir ».

PRIX BIÉANT. — Par son testament en date du 28 août 1849, M. Biéant a légué à l'Académie des sciences une somme de cent mille francs pour la fondation d'un prix à décerner « à celui qui aura trouvé le moyen de guérir du choléra asiatique ou qui aura découvert les causes de ce fléau. »

PRIX CHAUSSIER. — L'Académie propose de décerner ce prix, de la valeur de dix mille francs, dans sa séance publique de l'année 1879, au meilleur ouvrage sur la médecine pratique ou la médecine légale paru dans les quatre années qui auront précédé son ugement.

PRIX MONTYON (médecine et chirurgie). — Découvertes ou ouvrages jugés les plus utiles à l'art de guérir et nouveaux moyens de rendre un art ou un métier moins insalubre.

Les ouvrages ou mémoires présentés au concours doivent être envoyés au secrétariat de l'Institut avant le 1^{er} juin.

PRIX SERRES (prix triennal sur l'embryologie générale appliquée autant que possible à la physiologie et à la médecine). — L'Académie propose de décerner un prix de la valeur de sept mille cinq cents francs, dans sa séance publique de l'année 1878, au meilleur ouvrage qu'elle aura reçu sur cette importante question.

Les mémoires devront être déposés au secrétariat de l'Institut avant le 1^{er} juin 1878.

PRIX GODARD. — Prix de 1000 francs à accorder à l'auteur du meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires.

PRIX DUSGATE. — Prix quinquennal de deux mille cinq cents francs, à délivrer tous les cinq ans à l'auteur du meilleur ouvrage sur les signes diagnostiques de la mort et sur les moyens de prévenir les inhumations précipitées.

Les ouvrages ou mémoires seront reçus au secrétariat de l'Institut jusqu'au 1^{er} juin 1880.

PRIX MONTYON (physiologie expérimentale). — L'Académie annonce qu'elle adjugera une médaille d'or de la valeur de sept cent soixante quatre francs à l'ouvrage, imprimé ou manuscrit, qui lui

paraîtra avoir le plus contribué aux progrès de la physiologie expérimentale.

PRIX MONTYON (arts insalubres). — Les ouvrages ou mémoires présentés au concours doivent être envoyés au secrétariat de l'Institut avant le 1^{er} juin de chaque année.

PRIX CUVIER (à décerner, tous les trois ans, à l'ouvrage le plus remarquable, soit sur le règne animal, soit sur la géologie). — L'Académie décernera ce prix dans la séance publique de 1876. Ce prix consistera en une médaille de la valeur de quinze cents francs.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 4 JANVIER 1875. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. le ministre de l'Instruction publique adresse à l'Académie une lettre relative aux réceptions officielles du nouvel an.

M. le ministre de la guerre transmet à l'Académie les passages du rapport de l'Inspection médicale pour l'année 1873.

M. le ministre de l'Agriculture et du Commerce transmet à l'Académie : a. Des formules destinées au service de la vaccine. (*Commission de vaccins.*) — b. Des pièces relatives à une demande faite par le sieur Fouquet d'exploiter pour le service médical les eaux d'une source située à Ain-Nouisy en Algérie. (*Commission des eaux minérales.*)

L'Académie reçoit : a. Une lettre de remerciements de M. le docteur Raimbert à l'occasion de sa nomination au titre de correspondant national. — b. Une note de M. le comte de Fournet Castellan sur le traitement du rage.

M. Chatin dépose sur le bureau un ouvrage de M. Millard intitulé : *Études sur l'hygiène et la chirurgie en Italie.*

M. Legouin présente, au nom de M. le docteur Lepas, un rapport sur l'hôpital thermal d'Hamman-Rir.

M. Bergeron offre, de la part de M. le docteur Jeanne Rendu, une brochure sur une épidémie de variole à Lyon, étudiée au point de vue de la contagion.

CHANGEMENT DE PRÉSIDENT. — M. Gosselet, avant de céder le fauteuil présidentiel à M. Chatin, donne lecture d'un très-court résumé où il récapitule l'ensemble des travaux et des actes de l'Académie pendant l'année 1875.

M. Chatin remercie ses collègues de l'insigne honneur qu'ils lui ont fait en lui confiant la présidence de l'Académie et invite M. Bouley à prendre place à côté de lui.

M. Bouley adresse à son tour quelques paroles de remerciements à l'Académie pour l'unanimité avec laquelle elle l'a appelé au fauteuil présidentiel annexe, suivant son expression.

VERTIGE MENTAL. — M. Lasègue donne lecture d'un travail sur le vertige mental.

Il s'est proposé d'étudier une catégorie de perversions intellectuelles qu'il désigne, faute de mieux, sous le nom de vertige mental. Il reconnaît que sans doute l'expression est déficiente, mais il est difficile d'en trouver une meilleure, et c'est la seule qui rende bien compte des impressions éprouvées par les malades. Cet état présente du reste dans son évolution la plus grande analogie avec le vertige simple, qui se produit au sommet d'une tour ou d'un lieu élevé.

Après avoir fait une description détaillée de ce vertige des altitudes, l'auteur établit qu'il existe tout un ensemble de perversions intellectuelles qu'on ne peut comprendre et classer qu'à la condition de les rattacher au type vertigineux.

C'est à cette classe qu'il a donné le nom de vertige mental, indiquant par là que la maladie est constituée par un malaise physique définissable sinon défini, et une angoisse morale qui peut aller jusqu'au délire de la folie.

Ces états vertigineux ne sont pas absolument identiques ; aussi doit-on les placer sous des chefs différents, suivant la prédominance de tels ou tels symptômes.

Dans une première catégorie, le point de départ visuel est manifeste. Une jeune fille, par exemple, sera prise d'un malaise physique et intellectuel en se regardant dans la glace ; un autre éprouvera cette sensation pénible en fermant brusquement les yeux ; un troisième, enfin, au moment du passage du sommeil à la veille. Cet état anormal a ceci de particulier, que les malades gardent la pleine conscience de leur situation pendant toute la durée de l'accès.

Dans des cas moins simples et qui sont la transition vers des types plus graves, l'acte visuel se limite à un objet, et le malade est pris de crise à l'aspect d'une épiglotte, d'une allumette, d'un fragment de verre ou d'un animal: les manifestations physiques sont les mêmes, mais l'état mental est plus caractérisé. Le malade éprouve tout à coup à la vue de l'objet en question une sensation d'angoisse vertigineuse; il se demande si cet objet ne serait pas l'occasion de quelque malheur. A partir de ce moment, chaque nouvelle rencontre ramène une nouvelle anxiété.

La seconde catégorie, de beaucoup la plus importante, comprend les malades chez lesquels le stade visuel n'existe pas ou passe inaperçu. La crise débute ou semble débiter d'emblée par des troubles généraux et par le vertige mental. Aussi peut-on méconnaître le point de départ et croire à des conceptions délirantes qui échappent à tout classement, mais si l'on interroge avec soin, on y trouve une relation intime avec le vertige: ainsi les malades déclarent que leur affection débute par des accès brusques; ils éprouvent, comme dans le vertige, un malaise initial d'abord précardial, épigastrique, mais qui bientôt se généralise. Ils ont, en outre, une préoccupation continuelle, invincible, présentant ce caractère *pathognomonique* de ne s'appuyer sur aucun fait passé et de viser uniquement l'*avenir*; ils ont peur d'être ruinés, déconsidérés; ils tremblent pour eux, pour leur famille, pour leurs amis. La raison reste intacte, et le malade sait parfaitement que ses appréhensions sont fausses, absurdes, et pourtant il ne peut en triompher.

Le délire vertigineux n'étant qu'une affaire de sensation et de sentiment, son pronostic est favorable.

Quant aux causes qui lui donnent naissance, elles peuvent se résumer dans l'impression que provoque un péril invraisemblable, mais possible; l'appréhension raisonnée n'y joue aucun rôle. Enfin, on fait à noter, c'est que les individus sujets au vertige mental le sont habituellement au vertige des altitudes; la réciproque n'existe pas.

M. Lasègue termine en faisant remarquer qu'à côté de ces cas où l'intelligence ne joue aucun rôle, il en est d'autres où elle intervient. Comment expliquer les sensations? Le malade devient délirant. C'est une autre variété de vertige mental.

DISCUSSION SUR LA MYOPIE (suite et fin). — M. J. Guérin, à l'occasion du procès-verbal, revient sur la proposition de nommer une commission chargée d'examiner comparativement sa doctrine et celle de l'école ophtalmologique moderne. Il dépose sur le bureau 150 observations qui prouvent en faveur de ses doctrines.

L'Académie demande à passer outre, et nous ferons remarquer à cette occasion que déjà, dans la dernière séance, la proposition de M. J. Guérin de nommer une commission avait été *rejetée* à l'unanimité et *non adoptée*, comme on nous l'a fait dire par erreur typographique dans le dernier compte rendu.

Une discussion assez confuse s'engage ensuite entre MM. Maurice Perrin, Giraud-Teulon, Bouillaud, Larrey et Legouest sur la question de savoir s'il y a lieu oui ou non de renvoyer le travail et les conclusions de M. Giraud-Teulon aux ministres de la guerre et de la marine.

M. Bouillaud pense que ce renvoi serait inopportun.

M. Larrey partage son opinion, et, s'il a demandé à ce que le vote sur cette question fût remis à la séance d'aujourd'hui, c'était à cause de l'absence de ses deux collègues, MM. Maurice Perrin et Legouest.

M. Giraud-Teulon avoue qu'il croyait être d'accord avec MM. Larrey et Legouest en demandant le renvoi aux ministres; il est du reste à la disposition de l'Académie et accepte d'avance sa décision.

M. Maurice Perrin ne voit aucune utilité à renvoyer le travail de M. Giraud-Teulon aux deux ministres.

Il reprend les deux conclusions de M. Giraud-Teulon. Pour la première, qui engage l'Académie à adhérer aux conclusions du Congrès de Bruxelles, il ne croit pas digne de l'Académie de venir sanctionner en seconde ligne les propositions adoptées à Bruxelles.

Quant à la seconde conclusion, dans laquelle M. Giraud-Teulon réclame l'adjonction d'un spécialiste aux conseils de révision, M. Maurice Perrin fait observer que son collègue ne voit qu'un côté de la question, celui qui intéresse plus particulièrement les maladies des yeux. Mais à côté il y a les affections des oreilles, puis les maladies de cœur, de poitrine, les hernies, etc.; il faudrait donc aussi un médecin spécialiste pour chacune de ces catégories d'affections; c'est évidemment impraticable. Il y a mieux à faire, et il avait proposé au Congrès de Bruxelles un projet qui malheureusement a été repoussé; il voudrait la création d'une commission chargée de classer tous les éléments du contingent d'après leurs qualités ou déficiences physiques; ces renseignements seraient inscrits sur le livret de chaque homme et le suivraient depuis le début jusqu'à la fin du service militaire, couronneraient ainsi au classement plus logique, et l'on donnerait satisfaction aux justes réclamations de M. Le Roy de Méricourt à propos du choix des hommes destinés au service de la marine. Il a soumis ce projet au ministre de la guerre et attend le résultat.

Il conclut en déclarant qu'il ne voit aucune utilité à renvoyer au ministère le travail de M. Giraud-Teulon.

M. Legouest ajoute qu'on n'en tiendrait probablement pas grand compte, par cette raison que les circulaires du conseil de santé ont déjà été critiquées et doivent être révisées sur la proposition du président même du conseil. En supposant même que le renvoi du travail de M. Giraud-Teulon fût adopté, on peut dire d'avance ce qu'il deviendra: le ministre de la guerre l'adresserait tout naturellement au conseil de santé qui sera chargé de l'examiner et de faire un rapport.

L'ordre du jour est mis aux voix, et le renvoi aux ministres n'est pas adopté.

DE LA LEUCOCYTOSE DANS LA MORVE ET LE FARCIN. — M. Colin donne lecture d'un travail sur la *leucocytose morveuse*.

Il se propose de résoudre les deux questions suivantes:

- 1° Y a-t-il une leucocytose dans les affections morvo-farci-neuses et quels en sont les caractères?
- 2° Cette leucocytose est-elle initiale ou secondairement symptomatique, et quel rôle joue-t-elle par rapport au développement des lésions anatomiques?

Sur le premier point, M. Colin croit pouvoir affirmer qu'il y a certainement une leucocytose morveuse dont le point de départ est dans le système lymphatique; elle coïncide avec les premières manifestations de la morve, même avec ses prodromes les plus vagues; le sang dès ce moment contient déjà une plus grande quantité de globules blancs qu'à l'état normal. Cette altération du sang s'accroît de plus en plus à mesure que les lésions des tissus s'étendent et prennent de la gravité; mais c'est surtout dans la forme chronique qu'elle se manifeste; elle se lie, dans ce cas, à d'autres altérations du sang, notamment l'anémie.

Quant à son rôle dans le développement des lésions caractéristiques de la morve et du farcin, M. Colin pense que les leucocytes viennent troubler la circulation capillaire, donnent naissance à des embolies et agissent au loin soit mécaniquement ou par une irritation de forme spéciale: il est probable que ces éléments lymphatiques une fois disséminés dans le liquide sanguin se rassemblent pour constituer des noyaux de pneumonie, des tubercules, des dépôts caseux, etc. Mais ces altérations admettent de nouvelles recherches.

Pour le moment, M. Colin pose les conclusions suivantes:

- 1° Il y a, dès le début de la morve et du farcin, surtout

dans la forme chronique, une leucocytose qui s'accroît à mesure que la maladie fait progrès.

2^e Cette leucocytose peut être facilement constatée et mesurée à l'aide des procédés hématométriques.

3^e Cet état du sang et de la lymphe s'associe souvent à l'anémie, surtout dans la morve chronique, lorsque l'état des poumons oppose des obstacles graves à de l'hématose.

4^e Enfin, la leucocytose morveuse, dont le point de départ principal est dans le système lymphatique, paraît jouer un rôle important, au moins dans le développement des lésions pulmonaires.

PARALÉPIE PAR OBLITÉRATION DE L'AORTE ABDOMINALE. — M. Desnos donne lecture d'une note très-intéressante sur un cas de paralépie par oblitération de l'aorte abdominale, de ses branches de terminaison et de leurs principales divisions.

Il s'agit d'un homme traité à la Pitié pour une maladie de cœur, puis d'une hémiplegie du côté gauche et d'accidents dysentériques. Cet homme, après avoir présenté des douleurs vives dans la cuisse gauche depuis la veille, fut pris tout à coup d'une paralépie absolue avec paralysie de la vessie et refroidissement des membres inférieurs; M. Desnos diagnostiqua une paralépie par oblitération de l'aorte abdominale consécutive à un caillot embolique ou autochthone.

L'autopsie vint confirmer le diagnostic: outre des lésions intéressantes du côté du cœur et du poumon, on trouvait au-dessus de la terminaison de l'aorte abdominale un caillot ayant 25 millimètres de long, 3 millimètres de diamètre antéro-postérieur et 2 centimètres de diamètre transversal. Ce caillot se prolongeait dans les deux iliaques primitives, puis à droite s'étendait dans la fémorale jusqu'à 2 centimètres environ du creux poplité; à gauche, il allait moins loin. Ces caillots étaient d'une teinte blanc grisâtre, homogènes et adhérents aux parois des vaisseaux. On trouvait également une coagulation sanguine dans l'artère rénale.

M. Desnos rapproche ce fait des cas de claudication intermittente observées chez l'homme et chez les animaux à la suite de coagulations sanguines de l'aorte abdominale, assez fréquentes chez le cheval. On rencontre quelquefois aussi dans l'espèce humaine cette variété de paralépies que M. Jaccoud a désignées sous le nom de paralysies ischémiques.

M. Desnos entre à ce sujet dans des considérations fort intéressantes sur ces paralépies par oblitération et examine, en les comparant au fait qu'il présente, les différentes observations publiées avant lui par M. Barth, Charcot, Gueneau de Mussy, Blache, Ollivier et Bourdon.

Société médicale des hôpitaux.

SEANCE DU 10 DÉCEMBRE 1875. — PRÉSIDENCE DE M. WOLLEZ.

LE VIOLET DE PARIS, RÉACTIF DES URINES ICTÉRIQUES. — DE LA MORT SUBITE PENDANT ET APRÈS LA THORACOCENTÈSE. — VARIÉTÉ DE TÆNIA.

M. C. Paul présente une brochure extraite du numéro d'octobre 1875 du RÉPERTOIRE DE PHARMACIE, dans laquelle sont relatées ses recherches sur le violet de Paris comme réactif des urines ictériques.

Dans une première partie de son travail, M. Paul a recherché comment se comportait le violet de Paris vis-à-vis des réactifs non colorés et montre que le violet change de couleur quand il est mis en contact avec des substances incolores, acides ou alcalines, non par suite d'un mélange de couleur, mais par le fait d'une action chimique.

Dans une seconde série d'expériences, l'auteur établit que le violet mêlé à une urine ordinaire jaune donne du bleu et

non une teinte rouge et que cette coloration est décroîtée, c'est-à-dire bleue par transparence et violette par réflexion. Enfin, par une troisième série d'expériences, il démontre que le violet de Paris mêlé à une urine ictérique vire au rouge carminé, ce qui n'a pas lieu si l'on fait le mélange du violet avec une urine ordinaire à laquelle on a ajouté de la bile. Dans les urines ictériques, c'est à l'action de la bilirubine que le violet doit de changer de couleur.

Ce réactif des urines ictériques paraît donc d'une sensibilité supérieure à celle de l'acide nitrique.

— M. Marrotte, revenant sur la question des morts subites pendant ou après la thoracocentèse et en particulier sur le cas communiqué en juillet dernier par M. Legroux, déclare qu'il partage l'opinion exprimée alors par ce dernier et qu'il croit qu'en effet la mort subite peut être attribuée à la syncope. Mais il considère que, dans le cas dont il s'agit, la syncope doit être attribuée à la position assise qu'avait prise le malade. Toutefois, il est vraisemblable qu'une part doit revenir dans la production de la syncope à la dérivation sanguine résultant de l'évacuation d'une grande quantité de liquide.

Dans certaines maladies, en particulier dans la fièvre typhoïde, on a observé assez souvent une syncope mortelle survenant au moment où le malade était assis sur son séant. Pendant une même année, dans le service de M. Gendrin et dans celui de M. Marrotte, on a constaté sept cas de mort subite pendant la convalescence de fièvre typhoïde, et chaque fois la mort était survenue pendant que les malades étaient assis.

M. Desnos rappelle que, à l'autopsie de son malade, M. Legroux avait constaté un certain degré de congestion pulmonaire et qu'il est impossible de ne pas en tenir compte au point de vue des causes de la mort subite.

— M. Laboulbène montre les fragments d'un tænia de coloration ardoisée, d'une espèce particulière, recueillis dans les circonstances suivantes:

Un homme ayant habité longtemps l'Amérique et mené une existence fort aventureuse, par suite de revers de fortune, présentait des phénomènes épileptiformes pour lesquels il fut soigné par Trouseau et par M. Le Roy de Méricourt. Ni l'un ni l'autre ne pensèrent avoir affaire à de l'épilepsie vraie. Cet individu présenta il y a quelque temps à M. Laboulbène des débris noirâtres qu'il avait trouvés dans ses garderobes, débris qui étaient des anneaux de tænia. Un tænicide fit rendre au malade un tænia vivant de 6 mètres de long et de couleur ardoisée. La femme du malade prétendait que les nègres rendaient souvent des vers de cette couleur. C'est la première fois que M. Laboulbène observait un cas de ce genre.

M. C. Paul, qui s'est beaucoup occupé dans ces dernières années des médicaments tænicides, dit que depuis un certain nombre d'années les tænia qu'il observe sont des tænia inermes, tandis qu'autrefois on ne rencontrait le plus souvent en France que des tænia armés. Parmi ces tænia inermes, les uns sont très-pigmentés à la tête, tandis que les autres ne le sont pas, si bien qu'on pourrait distinguer des tænia à tête blanche et des tænia à tête noire.

M. C. Paul signale en passant le procédé du docteur Créquy pour obtenir les tænia dans leur entier, procédé qui consiste à faire aller les malades à la garde-robe dans un vase plein d'eau.

M. Laboulbène dit qu'à l'hôpital Necker, où l'on soigne beaucoup de gens atteints du tænia, il observe environ un tænia armé pour vingt tænia inermes. Ces derniers s'échappent spontanément sous l'influence d'un tænicifuge, sont très-agiles et doués de mouvements très-accusés; ils sont plus grands, plus larges que les tænia armés; leur tête, généralement repliée sur le corps, tendant qu'elle est droite chez le tænia armé, présente quatre ventouses noirâtres pigmentées. La variété de tænia dont il s'agit paraît provenir du veau ou

du bœuf, et M. Laboulbène est disposé à admettre que l'usage des viandes crues ou saignantes contribue beaucoup à répandre le ténia.

M. Laboulbène, au lieu du seau plein d'eau de M. Créquy pour obtenir le ténia entier, se borne à ordonner au malade un grand lavement.

M. *Libermann* dit avoir observé dans les contrées avoisinant le Texas des ténias de couleur très-foncée. Or, le malade de M. Laboulbène ayant séjourné longtemps dans ce pays a pu en rapporter cette variété.

A. L.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 29 DÉCEMBRE 1875. — PRÉSIDENTIE DE M. LE FORT.

CORRESPONDANCE. — TRAITEMENT CHIRURGICAL DES ENFANTS DANS LES HÔPITAUX ET À DOMICILE. — ÉLECTIONS. — RAPPORTS SUR LE PRIX DUVAL ET SUR LE PRIX LABORIE.

M. *Fleury* (de Clermont) adresse à la Société une observation de taille bilatérale, pour extraire un calcul pesant 225 grammes, ayant 8 centimètres de longueur et 6 centimètres de largeur. Le malade, âgé de quarante-quatre ans, a guéri.

— M. *Tillaux* dépose sur le bureau l'observation de fibromyome du bassin chez l'homme; la pièce a été présentée à la Société de chirurgie. Le malade est guéri.

— La discussion sur le traitement chirurgical des enfants continue. MM. *Sée*, de *Saint-Germain* et *Guéniot* ont pris successivement la parole.

— Sont nommés membres correspondants de la Société de chirurgie: MM. *Surmay*, *Pravaz*, *Boissarie* et *Chauvel*.

— Élections pour le renouvellement du bureau pour l'année 1876:

Président, M. *Houel*; vice-président, M. *Panas*; premier secrétaire, M. *Paulet*; deuxième secrétaire, M. *Crueilhier*; trésorier, M. *Nicaise*; archiviste, M. *Terrier*.

— M. *Terrier* lit le rapport sur le prix Laborie. Les candidats avaient à traiter le sujet suivant: Établir, à l'aide d'observations, la valeur thérapeutique de l'uréthrotomie interne.

— M. *Nicaise* lit le rapport sur le prix Duval.

— La Société se forme en comité secret à cinq heures.

Société de biologie.

SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 1875. — PRÉSIDENTIE DE M. HOUEL.

DES LOCALISATIONS GÉNÉRALES: M. BROWN-SÉQUARD. — EXPÉRIENCES SUR LE VACCIN: M. BERT. — DE LA SUPPURATION BLEUE: M. GALLIPE. — DE LA MYÉLITE CONSÉCUTIVE AUX LÉSIONS NERVEUSES: M. HAYEM. — RÉACTIF COLORÉ DE CERTAINS ÉLÉMENTS ANATOMIQUES: M. DUVAL.

On s'attendait à entendre dans cette séance la continuation de la discussion qui s'est engagée entre MM. Charcot et Brown-Séguard, et cet espoir n'a pas été déçu. En effet, une grande partie de la séance a été consacrée à l'exposition que M. Brown-Séguard a faite, ou du moins commencée, et qui comprend l'analyse de 200 observations environ.

M. *Brown-Séguard*, se basant sur des observations qu'il a recueillies dans diverses publications, et dont quelques-unes lui sont particulières, conclut que des paralysies, très-diverses quant à leur siège, leur degré et leurs associations, peuvent être causées par des lésions ayant à peu près le même siège dans l'encéphale. Pour spécifier, M. Brown-Séguard a réuni l'analyse de 200 faits, qui lui servent à démontrer qu'une

lésion dans une des moitiés du centre nerveux intra-crânien peut déterminer de la paralysie du côté correspondant.

M. *Brown-Séguard* commence l'analyse de ces faits; il cite ceux de Dechambre, publiés dans le BULLETIN CLINIQUE de M. *Piorry*, 1835, page 141, et qui ont pour titre: DEUX OBSERVATIONS DE PARALYSIE DIRECTE, les cas de Gallender, de Lherminier, de Gintrac père, de Rayer et Durand-Fardel, dans lesquels il y avait des lésions graves de l'hémisphère correspondant au côté paralysé.

M. *Charcot* interrompait cette énumération de son contradicteur en faisant observer que s'il fallait discuter ainsi tous ces faits il faudrait employer de longues séances. Pour lui, s'il n'y avait que quelques exceptions, il pense qu'il y aurait intérêt à rechercher l'explication, mais de ces 200 observations il n'y en a pas une dans laquelle on ne pourrait découvrir une cause d'erreur ou une négligence ou l'absence de renseignements complets. Dans la plupart de ces faits exceptionnels qu'envisage M. Brown-Séguard, on trouve soit une hémorragie intra-ventriculaire qui amène le désordre le plus complet dans la symptomatologie, ou bien l'on a examiné au milieu de la confusion d'une apoplexie foudroyante. Ce qu'il faut considérer ce sont les faits vulgaires qu'on peut observer longuement, avec précision, et compléter par l'autopsie. Dans le plus grand nombre des faits cités par M. Brown-Séguard l'étude clinique est incomplète, et quant à l'anatomie pathologique, elle n'existe pas... M. Charcot récusé ces faits. Il n'entreprendra pas de les discuter. Il vaut mieux que M. Brown-Séguard expose ses idées, et lui-même exposera plus tard les siennes, sans se préoccuper de savoir s'il y a accord entre les données cliniques et les expérimentations sur des animaux.

M. *Brown-Séguard* regrette de n'avoir pu compléter la lecture de ses faits. Pour lui, ils démontrent que, de même que chez les animaux, on peut produire à volonté des paralysies du côté correspondant à certaines lésions du cerveau, il existe également en pathologie humaine un nombre immense de cas (plus de 200) où une lésion cérébrale a été trouvée du côté d'une paralysie (l'encéphale du côté opposé paraissant sain). En résumé, s'il est démontré qu'une lésion dans des points très-divers du cerveau d'un côté et même dans des points que tout le monde admet comme lieux de passage de conducteurs, soit pour le mouvement, soit pour la sensibilité, peut indifféremment produire la paralysie du côté correspondant ou du côté opposé, les théories physiologiques généralement admises et que M. Brown-Séguard combat seraient « bien près de crouler, tout au moins ».

Ainsi qu'on peut le voir par ce rapide résumé de la discussion, la divergence s'accroît entre les deux professeurs, il semble que, séparés par un immense fossé, ils ne puissent rencontrer un terrain commun pour se rapprocher ou pour lutter. Nous ne croyons cependant pas que les débats soient terminés.

Dans cette séance ont été faites plusieurs communications fort intéressantes.

— M. *Bert*, continuant ses expériences sur le vaccin, a fait l'observation suivante: après avoir mêlé le vaccin à trois fois son volume d'alcool, il le laisse reposer pendant six heures, puis le dessèche dans le vide. Ce vaccin a été, trois jours après, inoculé à cinq enfants; il y a eu un cas de succès, donc l'alcool n'a pas détruit l'agent virulent. D'un autre côté, du saug de la rate d'un cobaye mort du charbon traité de la même manière a été inoculé sans résultat à un autre cobaye. C'est une différence de plus entre le mode d'action du vaccin que M. Bert considère comme un virus de nature diastatique, et le virus charbonneux qui se comporte plutôt à la manière des ferments figurés.

— M. *Gallipe*, ayant eu l'occasion d'observer du pus bleu, a trouvé le moyen de faire en quelque sorte la culture du champignon auquel on attribue cette coloration du pus. Si, re-

cueillant des brins de charpie ainsi colorée en bleu par le p, au mélange avec de la charpie imbibée de salive, d'albumine ou de mucus, et qu'on mette ce mélange dans une étuve, on obtient de la charpie bleue.

— M. Hayem demande une rectification au compte rendu ; dans les inflammations de la moelle consécutives à des lésions nerveuses, l'inflammation est transmise à la fois par le tube nerveux et par le tissu conjonctif.

A. HÉNOQUE.

REVUE DES JOURNAUX

Rhumatisme articulaire subaigu avec production de tumeurs multiples dans les tissus fibreux péri-articulaires et sur le périoste d'un grand nombre d'os, par M. P. MEYNET, médecin de la Charité de Lyon.

Un enfant de quatorze ans, habituellement bien portant, mais ayant déjà eu deux attaques de rhumatisme articulaire aigu, entre à l'hôpital pour une troisième attaque. M. Meynet en l'examinant, constate l'existence d'un grand nombre de petites tumeurs autour des articulations affectées, aux deux avant-bras, le long du cubitus, le long de la colonne vertébrale et sous le péricrâne, etc., etc. Ces tumeurs sont toutes récentes, elles sont généralement indolentes, du volume d'un pois à celui d'une noisette, très-mobiles et paraissent adhérer par un pédicule soit au périoste, soit aux tendons, soit aux aponeuroses.

Or, pendant le temps que le malade demeure à l'hôpital, M. Meynet voit diminuer considérablement le nombre de ces petites tumeurs. « D'ailleurs, dit-il, un point important à noter, c'est que ces nodosités paraissent et disparaissent avec une grande rapidité ; nous en avons vu naître sous nos yeux pour ainsi dire du jour au lendemain, et nous les avons vus s'éteindre de même. » Ce malade se guérit de l'attaque de rhumatisme et sort de l'hôpital ayant vu probablement disparaître la plupart de ces tumeurs. M. Meynet pourtant ne nous le dit pas. Quoi qu'il en soit, le savant médecin de Lyon, sans se prononcer catégoriquement, pense que ces tumeurs sont de nature rhumatismale ou causées par le rhumatisme, et qu'il faut les attribuer à une prolifération inflammatoire des tissus fibreux. Il n'hésite pas du reste à avouer que la nature intime de ces tumeurs est fort obscure, et il ne présente son observation que comme un cas fort curieux de rhumatisme articulaire. (*Lyon médical*, 5 décembre 1875.)

Rupture spontanée de la rate, par M. le docteur QUOD.

Un homme arrivé d'Afrique, en convalescence de fièvres intermittentes, est profondément cachectique ; il entre à la clinique de l'hôpital militaire de Marseille pour se reposer des fatigues de la traversée. Il n'a plus de fièvre et a bon appétit.

Le 3 juillet, sans cause connue, ce malade est pris d'un accès de fièvre très-violent, le côté gauche de l'abdomen est prédominant et très-douloureux. La rate dépasse les fausses côtes de cinq travers de doigt. On donne du sulfate de quinine et une potion morphinée. Le lendemain, fièvre, douleur abdominale violente, vomissements, traits décomposés, etc. ; enfin, tous les symptômes de la péritonite. Le malade meurt.

Voici l'état de la cavité abdominale et de la rate. Nous citons textuellement :

L'incision des parois abdominales laisse s'écouler environ un litre de liquide rougeâtre et met à découvert un énormeillot de sang appliqué sur la rate qu'il cache en partie. Ce caillot pèse environ 400 grammes. La rate présente des dimensions et des altérations très-remarquables : c'est une masse informe, noirâtre et littéralement réduite en bouillie ;

elle pèse 2470 grammes ; sa longueur est de 31 centimètres, sa largeur de 19 centimètres et son épaisseur de 45 centimètres. La capsule qui l'enveloppe, fortement tendue, a éclaté en plusieurs points ; elle est friable, amincie et décollée par places ; la portion qui correspond à la tête de la rate fait complètement défaut ; elle est adhérente au diaphragme. Le parenchyme splénique présente trois déchirures : la plus petite de ces déchirures est située près du hile ; elle a une longueur de 25 centimètres et une profondeur de 2 centimètres. Les deux autres se trouvent sur la face costo-diaphragmatique et ont une longueur de 20 et 25 centimètres ; elles sont anfractueuses, profondes et remplies de caillots. L'intérieur du parenchyme présente plusieurs foyers hémorrhagiques, dont l'un de la grosseur du poing est rempli de caillots décolorés. Le péritoine offre, à l'émergence des vaisseaux courts, une vascularisation prononcée et des exsudats inflammatoires, etc.

Dans ce cas, ainsi que l'auteur le fait remarquer, le mécanisme de la rupture paraît être assez simple et semble prouver la réalité du rôle que M. Colin a fait jouer aux adhérences de la rate dans ces ruptures. La rate est adhérente au diaphragme. Elle est ramollie ; survient dans ces circonstances une violente fluxion, et la rate ne pouvant aisément se dilater dans toutes ses parties, tiraillée en haut par le diaphragme, se déchire. Ici, la rate avait été, comme le dit M. Quod, littéralement décollée. Remarquons encore que la rupture de la rate se montre dans la période aiguë des fièvres palustres, mais le fait de M. Quod vient prouver qu'une reprise fébrile, survenant dans l'état cachectique, peut produire le même accident. (*Marseille médical*, 20 novembre 1875.)

Des localisations dans les maladies cérébrales, par le docteur LANDOLT.

Un certain nombre de symptômes se reproduisant avec une remarquable constance dans la lésion d'une région circonscrite de l'encéphale (*couche optique*, surtout sa partie postérieure, pied de la *couvonne rayonnante de Reil* et substance blanche avoisinant du lobe occipital), permettent aujourd'hui d'établir avec quelque certitude au lit du malade un diagnostic précis que l'autopsie seule autorisait naguère. Ces symptômes sont l'*hémianesthésie avec hémiplegie*, souvent l'*hémichorée du même côté* (Charcot), l'affaiblissement unilatéral de l'ouïe, de l'odorat et du goût.

Deux autopsies confirmatives publiées par le docteur Bernhardt (*Berl. klin. Wochenschr.*, 6 septembre 1875) sont venues apporter un nouvel appui à la localisation précédente.

Or, dans tous ces cas, qu'il s'agisse de foyers circonscrits d'hémorrhagie ou de ramollissement, ou bien de la lésion à laquelle le professeur Charcot attribue les manifestations de l'hystéro-épilepsie, qu'il s'agit si nettement caractérisée dans ses leçons, M. Landolt s'est particulièrement attaché à l'étude des troubles visuels.

L'auteur a déjà développé les résultats de ses recherches dans son article DE L'AMBLYOPIE HYSTÉRIQUE (*Arch. phys.*, 1, II^e série, p. 624). Il insiste aujourd'hui sur les conditions anatomiques qui président au développement de l'*amblyopie bilatérale* par cette lésion unilatérale du cerveau. D'accord avec le professeur Charcot, qui s'appuie sur des faits physiologiques et pathologiques, le docteur Landolt admet que toutes les fibres des nerfs optiques qui ne se sont pas entrecroisées au niveau du chiasma vont s'entrecroiser plus loin, dans les centres, probablement au delà des corps genouillés, dans les parties postérieures des couches optiques. Il en résulte qu'en définitive les nerfs optiques sont ramenés aux conditions normales des autres nerfs crâniens, et qu'une lésion qui porterait sur le point de terminaison central de la bandelette optique gauche, par exemple, entraînerait l'amblyopie ou l'amaurose de l'œil droit. Mais les observations de M. Landolt, ainsi que celles de M. Bernhardt, prouvent qu'un

processus morbide qui a son siège au niveau de la terminaison centrale d'une bandelette optique se communique facilement à la terminaison de la bandelette optique opposée. C'est pourquoi les troubles oculaires sont souvent bilatéraux. Cependant nous savons que l'amblyopie résultant d'une affection des nerfs optiques proprement dits s'étend aussi presque toujours sur les deux yeux : dès lors l'examen ophthalmoscopique pourra-t-il permettre de différencier cette amblyopie périphérique de l'amblyopie centrale? Dans presque tous les cas, dit M. Landolt, le diagnostic doit être possible. Les affections cérébrales des régions antérieures donnent presque toujours lieu à des névrites optiques facilement reconnaissables à l'Ophthalmoscope ainsi qu'à l'atrophie des papilles, qui se développe rapidement à partir du début de la maladie primaire; au contraire, les lésions qui atteignent les terminaisons des bandelettes optiques n'entraînent pas de névrites, et l'atrophie des nerfs optiques qui peut en résulter se développera bien plus lentement que dans le premier cas.

Du reste, l'ensemble des symptômes oculaires (diminution de l'acuité visuelle, de la perception des couleurs, rétrécissement concentrique du champ visuel), tous phénomènes plus accusés dans l'œil du côté lésé que dans celui du côté sain, doit faire admettre le siège central de la lésion.

Les symptômes généraux enfin, dont la valeur diagnostique n'est plus douteuse (hémiplegie, hémianesthésie, hémichorée, etc.), permettraient d'établir la localisation dans les cas où l'étude des phénomènes oculaires aurait pu laisser subsister quelque doute. (*Progrès médical*, 25 décembre 1875.)

F. F.

BIBLIOGRAPHIE

Lectures on dermatology (Leçons de dermatologie), delivered in the Royal College of Surgeons of England in 1874-1875, by Erasmus Wilson. — London, Churchill.

Ce volume contient 12 leçons faites par M. Wilson pendant l'hiver de 1874-1875, et doit être considéré comme la troisième partie d'un cours complet de dermatologie commencé en 1871 au Collège des chirurgiens. L'auteur expose dans sa préface le plan général de son cours. Il a d'abord consacré 18 leçons aux affections inflammatoires communes et spécifiques. Dans les premières il place : 1° l'eczéma et ses alliés : lichen, impétigo et maladie acarienne; 2° l'érythème avec l'érysipèle et l'urticaire; 3° le pemphigus avec la miliaire et l'herpès; 4° le furoncle, auquel s'ajoutent l'ecthyma et l'anthrax; 5° les affections traumatiques résultant de l'action d'irritants chimiques et mécaniques et de la morsure des animaux.

Dans le second groupe (inflammations spécifiques), M. Wilson place les exanthèmes, la syphilis et l'éléphantiasis des Grecs.

Suivant le plan tracé, l'auteur aborde l'étude des affections dues à des désordres de la nutrition, qu'il divise en trois groupes : 1° les *dystrophies*, qui comprennent la lèpre ou *psoriasis vulgaris*, la scrofule, le lupus, les lymphadénomes, le xanthome de la peau et l'épithéliome; 2° les *atrophies*, parmi lesquelles il place la dermatoxérasie, l'ichtyose, la sariase, les *striv atrophica*, la morpohée et la sclérose; 3° les *hypertrophies*, qui comprennent le psoriasis, la verrue, le cor, le névus et le fibrome. Le fibrome comprend une sous-division : *elephantiasis Arabum, molluscum et cheloma*.

Enfin, l'auteur termine ses leçons par l'étude des désordres de l'innervation et des affections nerveuses de la peau. Dans cette classe se rangent les prurits, le prurigo, les excoriations nerveuses, la dermatalgie, l'hyperesthésie et l'anesthésie.

Les dix-huit premières leçons de M. Wilson ont déjà été publiées en deux volumes, et c'est le troisième volume, contenant les affections de la nutrition et de l'innervation, qui nous occupe aujourd'hui.

L'auteur définit la scrofule « un état de la constitution dans lequel la puissance vitale est essentiellement affaiblie et qui a pour conséquence principale un dérangement des fonctions nutritives et trophiques ». Les plus importantes manifestations de l'état strumeux sont : 1° une congestion vasculaire des téguments, qui se manifeste par une couleur rouge et plombée de la peau; 2° un épaississement et une infiltration de la peau qui se terminent par le ramollissement et la formation de petits abcès cutanés; 3° un amincissement progressif de la peau qui quelquefois éclate et donne issue à un mélange de pus, de sanie et de tissus décomposés qu'on désigne souvent sous le nom de matière caseuse; 4° une grande lenteur dans la réparation, d'où la formation d'un tissu cicatriciel blanc et fibreux souvent assez abondant pour constituer une véritable hypertrophie. Lorsque ces manifestations cutanées coïncident avec l'engorgement ganglionnaire, on peut sans crainte déclarer le sujet scrofuleux.

L'auteur appelle ensuite l'attention sur quelques autres manifestations de la scrofule, l'onxitis strumeux, les tumeurs gommeuses de la bouche, etc.

D'après M. Wilson, l'étude du lupus ne doit pas être séparée de celle de la scrofule. Il en distingue trois variétés, le lupus *vulgaris*, le lupus *non exedens* et le lupus érythémateux. Cette dernière variété est ainsi décrite : « Une affection qui tient à la fois de l'érythème par sa vascularité et du lupus par ses effets, et dont la conséquence est la destruction de la peau, qui est alors remplacée par du tissu fibreux blanc ». Neumann croit que le lupus érythémateux prend son origine dans les mailles du derme qui entourent les follicules; mais M. Wilson pense qu'il est plus rationnel d'admettre que l'affection prend naissance dans la couche papillaire et dans l'enveloppe vasculaire qui entoure les follicules.

Le xanthome de la peau est ensuite l'objet d'intéressantes considérations. L'auteur a donné ce nom à la coloration jaunâtre des téguments qui s'observe principalement sur les paupières. Les premiers observateurs avaient attribué cette coloration à un phénomène pigmentaire. Rayer le désigne sous le nom de *plaques jaunâtres des paupières*; Addison et Gull lui donnent le nom de coloration vitiligoïde de la peau. Cette affection se présente sous plusieurs aspects. Quelquefois elle entoure seulement l'ouverture d'un follicule, d'autres fois elle s'étend en plaques. Ces caractères lui avaient fait donner par Addison les noms de *vitigoidea granulosa* et *vitigoidea plana*; mais M. Wilson préfère les dénominations de *xanthoma papulosum* et *xanthoma planum*. Le xanthome ne se rencontre pas que sur les paupières, on l'observe également sur d'autres parties de la peau, sur les muqueuses buccale et linguale, au commencement de l'œsophage, à la bifurcation de la trachée, dans le tissu sous-péritonéal, etc. L'auteur termine ce chapitre des dystrophies par l'étude des différentes formes d'épithélioma.

Le deuxième groupe des maladies par aberration de nutrition comprend les atrophies. Sous le nom de dermatoxérasie, M. Wilson désigne cet état de sécheresse et de dureté de la peau qui est dû à une nutrition défectueuse et qui peut être considéré comme le premier degré de l'ichtyose. Cette dernière affection est elle-même le sujet d'une étude approfondie.

La dermatoxérasie, l'ichtyose et la sariase sont la conséquence d'un appauvrissement et d'un défaut de nutrition de la peau, mais ces affections ne sont accompagnées d'aucune altération matérielle de structure; il n'en est pas de même des autres affections de ce groupe des atrophies : les *striv atrophica* et la sclérose.

Sous le nom de *striv atrophica*, M. Wilson désigne une affection curieuse de la peau caractérisée par la présence sur différents points du corps de lignes ondulées qui ressemblent à des cicatrices. Il faut un examen très-attentif pour distinguer les *striv atrophica* d'une cicatrice ordinaire; celles-ci cependant sont plus molles, plus flexibles et ne présentent

pas l'induration produite dans les cicatrices par l'excès du tissu fibreux blanc.

Immédiatement après l'atrophie linéaire de la peau M. Wilson place la morphee, qui présente également quelque ressemblance avec la cicatrice provenant d'une plaie. La morphee se présente sous différents aspects : la peau est dure et brillante et semble infiltrée de cire, elle a la blancheur et le brillant de l'ivoire : cet état a reçu le nom de *morphea tuberosa alba*; d'autres fois la morphee ressemble tout à fait à une cicatrice, la peau est mince, ridée, décolorée et dans un état complet d'atrophie : c'est ce que M. Wilson désigne sous le nom de *morphea atrophica*.

Les hypertrophies constituent le troisième groupe des maladies par aberration de nutrition. L'auteur passe rapidement sur les affections peu importantes de ce groupe pour arriver à l'étude des fibromes, auxquels il consacre un chapitre des plus intéressants. Il cite un grand nombre d'observations illustrées par la magnifique collection du musée du Collège.

Enfin, M. Wilson aborde les maladies de l'innervation. « Ces affections, nous dit-il, se présentent tantôt accompagnées d'une certaine irritation de la peau (pruritus, prurigo), tantôt sous la forme d'une névralgie sans lésions apparentes (dermatalgies), d'autres fois la sensibilité est exaltée (hyperesthésie), d'autres fois elle est amoindrie ou abolie (anesthésie) ».

Mais la partie la plus originale du livre de M. Wilson est celle où il traite les affections cutanées nerveuses dans leurs rapports avec l'hystérie. Sans exposer des vues absolument neuves sur le sujet, il rapporte et commente plusieurs observations d'un grand intérêt. Sous le nom d'excoriations nerveuses (*neurotic excoriations*), il décrit « une maladie fréquente chez les jeunes filles, caractérisée par une tendance spéciale de la peau aux excoriations et à l'hémorrhagie, et associée à une débilité générale et surtout à cette irritabilité du système nerveux qui est le point de départ des affections hystériques ». On reconnaît à cette description la maladie des stigmates, sur laquelle l'auteur avait attiré l'attention bien avant le cas de Louise Lateau.

Les vues exprimées par M. Wilson sur l'anatomie pathologique de cette affection ne nous paraissent pas concorder avec celles exprimées par plusieurs écrivains contemporains. « Anatomiquement, nous dit-il, l'affection est caractérisée par la production d'une large papule causée par la congestion et l'infiltration cutanée, et qui présente assez d'analogie avec le prurigo. » Or, les quelques observations de stigmates que possède la science, et particulièrement celle de Louise Lateau, diffèrent anatomiquement de cette description. M. Lefèvre, qui a longuement étudié ce dernier cas, nous dit : « C'est le jeudi, rarement le mercredi, qu'il commence de se former une ampoule qui soulève la peau. Dans la nuit du vendredi, l'ampoule est complètement développée; sa base comporte 2 centimètres 1/2 de largeur; la peau adjacente n'est ni enflée ni rouge; l'ampoule crève alors et verse son liquide, qui est clair et transparent; en même temps le sang sort de la peau, sans que les meilleurs verres grossissants permettent de reconnaître une lésion de l'épiderme. L'épiderme s'ouvre par une fente longitudinale, tantôt cruciale, tantôt triangulaire ». M. Warlomont s'exprime ainsi dans son rapport : « Aux pieds, aux mains et au côté on voit d'abord, de dix à douze heures avant que le sang s'échappe, aux endroits où devra se faire la solution de continuité, qui lui donnera issue, une ampoule naître et s'élever peu à peu sous la forme d'une saillie hémisphérique. Dans la nuit du jeudi au vendredi, peu après minuit, cette ampoule crève, de la sérosité s'en échappe, puis commence l'écoulement sanguin, qui dure de dix-huit à vingt heures. L'hémorrhagie frontale se fait d'une autre façon sans ampoule préalable ni solution de continuité; on voit sourdre le sang comme à travers les pores de la peau. » Il nous paraît donc difficile, d'après la description de ces auteurs, de classer les stigmates dans le même groupe que le prurigo. Cependant, en présence de l'obscurité qui entoure la plupart des cas ob-

servés, on peut admettre une certaine divergence d'opinion sur ce sujet.

Mais c'est surtout le côté mystique de la maladie des stigmates que M. Wilson a complètement négligé. Nous avons parcouru avec soin les six observations contenues dans son livre, et nous n'y avons rien trouvé qui pût être comparé aux extases, aux convulsions et à l'ensemble de symptômes qu'un auteur belge a désignés sous le nom de *christomanie*. Aucun des malades de M. Wilson n'a eu la prétention de reproduire et d'imiter le drame du Golgotha. Un d'entre eux cependant, ministre de l'Église réformée, a présenté quelques symptômes d'irritation nerveuse que l'auteur attribue à un trop grand zèle dans l'exercice de ses fonctions; les stigmates occupaient dans ce cas la région frontale et ne causaient ni douleurs ni démangeaisons.

Le livre contient, en outre, d'excellents préceptes généraux sur la thérapeutique des affections cutanées, mais cette partie de l'ouvrage n'est pas la plus importante. L'auteur n'avait pas du reste la prétention d'offrir un traité didactique et complet.

En somme, les leçons du professeur anglais seront lues avec fruit par tous les praticiens qui s'intéressent aux questions souvent épineuses qui touchent à la dermatologie. Quoique émaillé d'un grand nombre de vues originales et théoriques, le livre est empreint de cet esprit pratique qui fait le fonds de toutes les productions anglaises.

J. L.

Index bibliographique.

DU TRAITEMENT DE LA PIERRE, DE LA GRAVELLE, DE LA GOUTTE, DU DIABÈTE, ETC., AU MOYEN DE NOUVEAUX DISSOLVANTS DE L'ACIDE URIQUE, par le docteur Jules Goux. — Broch. in-8.

Dans cette petite brochure, l'auteur commence par faire le procès de la soude et surtout de l'eau de Vichy (à laquelle il préfère une eau minérale artificielle habilement formulée) comme dissolvant de l'acide urique; puis il exalte l'action de la lithine, dont il cherche à prouver l'efficacité à l'aide de deux observations recueillies dans sa pratique médicale : l'une d'un diabète sucré guéri en dix jours par l'administration de 2 grammes de lithine par jour; l'autre de gravelle urique avec coliques néphrétiques fréquentes dont la guérison aurait été obtenue on peut dire en vingt-quatre heures avec un gramme de lithine. On comprend que nous nous bornons à signaler ce résultat peu ordinaire.

Quant au traitement de la pierre, l'auteur est partisan déclaré des lithontriptiques, et il s'applique à rechercher quel est le meilleur dissolvant des calculs. Il passe donc en revue la lithine, la rubidine (oxyde de rubidium), la césine (oxyde de césium), la méthylamine et la codéine (?), et il arrive ainsi au composé dans l'emploi duquel, assure-t-il, « le succès a répondu à ses efforts. Ce composé, obtenu en saturant une base par l'acide borique dans des conditions déterminées, M. Goux lui donne le nom d'hexaborate : c'est l'hexaborate de lithine et de potasse qu'il préfère. Sans aller plus loin, nous ferons remarquer qu'il serait indispensable d'avoir sur ce composé des notions plus précises que n'en fournit la brochure.

J. P.

TRAITÉ D'UROLOGIE, OU ANALYSE DES URINES, DES DÉPÔTS ET CALCULS URINAIRES, par le docteur RABUTEAU. — 1 vol. de 350 pages. Paris, Lauerweyns.

Après les généralités sur l'excrétion urinaire et l'exposition des caractères physico-chimiques des urines, M. Rabuteau étudie dans trois grands chapitres : 1° les principes normaux des urines comme substances minérales et organiques; 2° les principes anormaux, comme l'albumine, la glycose, etc., etc. Tous ces sujets sont traités avec méthode et clarté : historique, origine, caractères, recherche et dosage, rien n'y manque.

Quoique, à notre avis, l'exposition de quelques procédés de dosage laisse un peu à désirer, nous sommes convaincu que ce TRAITÉ D'UROLOGIE rendra de grands services aux étudiants en médecine.

J. P.

THE MARRIAGE OF NEARINK (LE MARIAGE ENTRE PROCHES PARENTS), par Alfred-Henry HUTI.

Résumé de tout ce qui a été écrit sur ce sujet. L'auteur arrive à cette conclusion que l'opinion accréditée sur les dangers des mariages consanguins est sans fondement, et qu'il n'y a de précautions à prendre que dans la ligne directement ascendante ou descendante au point de vue de l'hérédité.

SARCOËLE ET PITTHISIE CANCÉREUSE, par le docteur G. W. PICARD. In-8.

L'auteur a réuni quelques observations qui démontrent que le sarcoële cancéreux, varié encéphalolite, peut dans quelques cas produire la pitthisie cancéreuse. C'est par l'intermédiaire du système lymphatique, et surtout du système veineux, que la généralisation pulmonaire se produit. Des abcès casiformes, pris quelquefois pour du cancer ou du tubercule en voie de suppuration, ont pu être la conséquence d'embolies cancéreuses pulmonaires. Il peut, concurremment avec un sarcoële cancéreux, se produire des tubercules pulmonaires; mais on ne peut admettre que le tubercule soit produit directement par le cancer.

Ce travail doit être rapproché de celui de M. Burdel, qui a été analysé dans ce journal. Il est également intéressant de rapprocher la pitthisie cancéreuse de la carcinose miliaire aiguë, dont l'histoire est résumée dans l'article *Carcinome* du DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE, par Hénoque. L'auteur aurait pu faire avec fruit un parallèle de ces deux formes de généralisation.

VARIÉTÉS

THE LANCET ET LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

On lisait dans THE LANCET du 18 décembre dernier :

« L'étrangeté des méprises (*Perversity of Misapprehension*) des journaux français lorsqu'ils traitent de sujets relatifs à l'Angleterre est proverbiale. Les *bourdes* (*blunders*) des plus étonnantes sont infailliblement commises par les journalistes lorsqu'il s'agit d'un sujet qui nécessite de faire connaître (*to describe*) les personnes; et la presse médicale française ne peut se vanter de mieux connaître les noms propres de ses voisins. Ainsi, nous voyons la GAZETTE HEBDOMADAIRE désigner feu le docteur Hughes Bennett sous le nom de M. le professeur Huebnet. »

Le lecteur de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, qui sait : premièrement, que nous avons apprécié au commencement de cette année même les expériences de « Hughes Bennett » sur l'antagonisme en thérapeutique; secondement, que nous avons annoncé, dans notre n° 44 (p. 656), « la grande perte faite par le corps médical anglais dans la personne de « Hughes Bennett »; troisièmement, que nous avons, dans le même numéro (p. 654), consacré quelques lignes au souvenir de ce regretté confrère; quatrièmement, que nous avons mis le public en garde contre une confusion possible entre « Hughes Bennett » et « Henri Bennett », qui vient de quitter l'Angleterre; l'honnête lecteur, disons-nous, mettra tout de suite sur le compte d'une *coquille*, toujours excusable, ce nom de *Huebnet*, qui a si fort choqué la LANCETTE anglaise. Eh bien, le lecteur se trompera. C'est bien de *Huebnet* que nous avons parlé. *Huebnet* a existé; *Huebnet* est décédé, laissant peut-être derrière lui une nichée de *Huebnet*, et nous avons annoncé sa mort dans les termes suivants (n° 44, p. 702), empruntés d'ailleurs à un journal étranger : « La mort vient d'enlever A SAINT-PETERSBOURG M. le docteur Eck, membre de l'Académie médico-chirurgicale, et M. le professeur *Huebnet*. »

En fait de *Perversity of Misapprehension* et de *astounding Blunder*, on ne trouvera pas de plus bel échantillon que celui-ci, même dans THE LANCET, qui est, en ce genre, le plus riche, sans comparaison, des journaux anglais. Et pourtant nous penchons à croire qu'il s'agit ici non d'une « bourde » véritable, mais plutôt d'une petite méchanceté exportée de Paris, car il n'y a d'une malice ingénieuse qui puisse aller chercher un nom dans une nérologie russe pour l'habiller en

nom anglais défiguré et prendre de là occasion d'injurier toute la presse française. Quoi qu'il en soit, et malgré la rectification insérée sur notre demande dans le dernier numéro de THE LANCET (1^{er} janvier), nous avons cru devoir signaler le procédé de notre sœur britannique, en l'engageant, au cas où elle aurait été elle-même mystifiée, à veiller de plus près sur ses correspondants.

ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE LÉGALE. — Nous empruntons à l'UNION MÉDICALE la lettre suivante :

A Monsieur le doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Monsieur le doyen,

Au moment où la Faculté s'occupe de donner à l'enseignement pratique une étendue plus considérable que celle qu'il avait par le passé, permettez à un agrégé libre qui, pendant quarante ans de sa vie, s'est livré à l'enseignement, de vous signaler une lacune dans celui de la médecine légale.

A mes débuts dans l'étude de cette science, j'obtins de M. le préfet de police d'alors l'autorisation de faire l'ouverture de tous les corps qui seraient déposés à la Morgue, et que le parquet ou les familles ne réclameraient pas.

Après quelques années de cette observation, j'avais acquis une instruction solide, et comme je faisais des cours de médecine légale, je conçus la pensée de faire venir à la Morgue un certain nombre d'élèves; tel était le fruit de l'enseignement qu'ils en retiraient, que bientôt les demandes devinrent nombreuses et que des séries durent être établies au moyen de cartes d'entrée. Bon nombre d'anciens élèves devenus médecins m'ont souvent remercié, depuis, de cet enseignement précieux.

Lorsque M. Tardieu a pris possession de sa chaire à la Faculté, il a rappelé, je crois, cette innovation qu'il a rattachée à son nom; mais ses occupations ne lui ont pas permis de la faire renaître.

Pourquoi, durant le semestre d'hiver, le professeur de médecine légale de la Faculté, ou son agrégé, ne ferait-il pas des conférences pratiques qui seraient à la médecine légale ce que la clinique est à la médecine? Quelle énorme différence, entre décrire l'écume que l'on trouve dans la trachée artère d'un noué jeté vivant dans l'eau; le sillon ou empreinte de la corde d'un pendu; la docimasie hydrostatique opérée avec les poumons d'un enfant nouveau-né; les altérations d'organes d'un asphyxié par le charbon, et la description de tous ces faits, quelque claire et exacte qu'elle soit!

C'est à la Morgue que j'ai puisé une bonne partie des faits pratiques consignés dans mon *Traité de médecine légale*; c'est là où j'ai trouvé les moyens d'établir dans la science ce fait considérable, à savoir : que la mort subite ne dépend pas, comme on le croyait jusqu'alors, de l'apoplexie cérébrale foudroyante, si ce n'est très-exceptionnellement, puisque l'épanchement sanguin dans le méso-encéphale peut seul la produire, et qu'on ne le rencontre qu'une fois sur quarante-trois cas de mort subite; c'est encore avec l'examen de nombreux noyés que je suis arrivé à tracer l'histoire de la putréfaction dans l'eau, qui n'avait pas encore été faite, etc.

C'est donc là, Monsieur le doyen, une innovation utile à introduire dans l'enseignement, et si vous n'utilisez pas les sources d'instruction que l'on peut puiser à la Morgue, croyez bien que l'enseignement libre s'en emparera.

Ce n'est qu'en hiver que cet enseignement peut être fait, parce que, en été, la putréfaction est si rapide qu'elle modifie ou détruit tous les phénomènes des divers genres de mort.

Nul doute que M. le préfet de police, avec sa haute intelligence des choses et du progrès dans les choses, n'autorise ces autopsies dans une juste mesure et sans nuire aux intérêts des familles comme à celui de la justice.

Veuillez agréer, Monsieur le doyen, l'expression de mes sentiments très-distingués.

Le docteur A. DEVERGIE.

DÉCLARATION DE NAISSANCE. — RESPONSABILITÉ DU MÉDECIN.

« Le tribunal,

» Attendu que le docteur Berrut demande que le maire du septième arrondissement de Paris soit tenu de recevoir et d'inscrire, sur les registres des actes de naissance, une déclaration déjà faite par lui le 9 décembre 1875, et constatant qu'il présente

une enfant du sexe féminin, née le 7 décembre courant, à midi, dans la circonscription du septième arrondissement, de père et mère inconnus, à laquelle il entend donner les noms de Louise Armande ;

» Attendu que le défendeur soutient qu'il est fondé à refuser une déclaration faite en ces termes, par ce motif que le lieu de naissance, dont l'article 57 du Code civil exige l'énonciation, n'est désigné que d'une manière incomplète ; qu'il ne suffit pas d'indiquer l'arrondissement dans lequel est né l'enfant, mais qu'il est nécessaire de faire connaître la maison même dans laquelle s'est produit l'accouchement ;

» Attendu qu'il est constant qu'une déclaration expresse sur ce point a un intérêt sérieux, et qu'il est dans l'esprit de la loi que mention en soit faite dans les actes de naissance ; mais que la question à résoudre par le Tribunal est celle de savoir si, à défaut de cette déclaration, l'officier de l'état civil pouvait refuser l'acte dont s'agit, alors que l'arrondissement de Paris, dans lequel aurait eu lieu la naissance, était désigné ;

» Attendu qu'il est constant qu'une déclaration expresse sur ce point a un intérêt sérieux, et qu'il est dans l'esprit de la loi que mention en soit faite dans les actes de naissance ; mais que la question à résoudre par le Tribunal est celle de savoir si, à défaut de cette déclaration, l'officier de l'état civil pouvait refuser l'acte dont s'agit, alors que l'arrondissement de Paris, dans lequel aurait eu lieu la naissance, était désigné ;

» Attendu que l'intérêt dominant en cette matière est qu'il soit procédé sans retard à la constatation de la naissance de l'enfant ; que le délai fixé par l'article 55 du Code civil et la sanction donnée spécialement à cette disposition par l'article 346 du Code pénal, témoignent suffisamment de la pensée du législateur à cet égard.

» Attendu, en conséquence, que lorsque l'officier de l'état civil trouve dans la déclaration qui lui est faite un principe de compétence, l'acte doit être dressé ; que jusqu'à preuve contraire, et à raison de l'urgence de la constatation, la désignation du lieu de naissance, telle que l'indique le comparant, doit être tenue pour vraie, alors d'ailleurs que toute fraude en ce point ferait peser sur son auteur d plus grave responsabilité ;

» Attendu que dans l'espèce l'indication de l'arrondissement de Paris où était né l'enfant suffisait à établir la compétence du maire ; que dès lors, en vertu du principe ci-dessus posé, la déclaration devait être reçue ;

» Attendu, à un autre point de vue, que la loi n'a pas entendu que toute infraction à ses prescriptions entraînerait la nullité des actes de l'état civil ; que spécialement en ce qui concerne les actes de naissance, il résulte des travaux préparatoires du Titre dont s'agit, que le législateur a refusé d'établir à ce sujet des règles absolues, déclarant que ce serait toujours par les circonstances qu'il faudrait juger de la nullité des actes, et s'en rapportant par conséquent à l'appréciation des tribunaux ;

» Attendu que, dans l'espèce, il est au moins douteux que le seul défaut d'indication de la maison où a eu lieu l'accouchement eût suffi pour invalider l'acte, et le faire considérer comme inexistant ;

» Qu'on ne saurait dès lors admettre que l'officier de l'état civil ait pu, pour cette cause, refuser de recevoir la déclaration et d'assurer à l'enfant le bénéfice d'un acte de naissance ;

» Attendu, au surplus, que le demandeur, dans ses observations à la barre, a affirmé que c'était par suite de l'exercice de sa profession de médecin qu'il connaissait le domicile où est né l'enfant, et a invoqué la disposition de l'article 378 du Code pénal, qui lui ferait un devoir de garder le secret sur ce point aussi bien que sur le nom de la mère ;

» Attendu qu'il est constant que, le plus souvent, l'indication de la maison où a eu lieu l'accouchement équivaudrait à la divulgation du nom de la mère ; qu'en conséquence, la déclaration de ce domicile ne pouvait être exigée du demandeur ;

» Attendu que la déclaration de naissance n'ayant pas été constatée dans les trois jours impartis par l'article 55 du Code civil, le docteur Berrut ne peut pas être admis à en faire une nouvelle ; qu'il y a lieu de procéder par voie de rectification, conformément à l'avis du Conseil d'Etat du 12 brumaire an XI ; que la naissance de l'enfant dans les circonstances énoncées en l'exploit introductif d'instance est suffisamment établie par les documents de la cause ;

» Par ces motifs,

» Déclare que Louise-Armande, enfant du sexe féminin, est née le 7 décembre 1875, à midi, dans la circonscription du septième arrondissement de Paris, de père et mère inconnus ;

» Dit que le présent jugement tiendra lieu à la sus-nommée d'acte de naissance ;

» Ordonne que le maire du septième arrondissement de Paris sera tenu d'inscrire ledit jugement, dans les trois jours de sa signification, sur les registres des actes de naissance de cet arrondissement ;

» Sinon et faute par lui de ce faire dans le délai ci-dessus fixé, dit qu'il sera fait droit ;

» Condamne le défendeur aux qualités aux dépens. »

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du Président de la République en date du 16 décembre 1875, ont été promus :

Au grade de médecin principal de 1^{re} classe : M. Gajot (Constantin-Mainers-Gustave) médecin principal de 2^e classe, professeur de l'école d'application de médecine et de pharmacie militaires, en remplacement de M. Trudeau, retraité.

Au grade de médecin principal de 2^e classe : M. Fleury (Victor-François) médecin-major de 1^{re} classe des hôpitaux militaires de la division de Constantine, en remplacement de M. Gajot, promu.

Au grade de médecin-major de 1^{re} classe : 1^o (Ancienneté) M. Heymann (Isidor) médecin-major de 2^e classe au 32^e régiment d'artillerie, en remplacement de M. Butlod, retraité. 2^o (Choix) M. Fremont (Arthur-Auguste) médecin-major de 2^e classe au 3^e régiment de hussards, en remplacement de M. Haicault, retraité. 3^o (Ancienneté) M. André (Claude-François-Alphonse) médecin-major de 2^e classe au 15^e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Burgkly, retraité. 4^o (Choix) M. Servent (Etienne-Amédée) médecin-major de 2^e classe au 9^e bataillon de chasseurs à pied, en remplacement de M. Fleury, promu.

Au grade de pharmacien-major de 1^{re} classe : (Ancienneté) M. Bouchette (Adrien-Marie-Henri) pharmacien-major de 2^e classe de l'hôpital militaire de Givet, en remplacement de M. Cassagne, décédé. (Choix) M. Peheaa (Jean-Marc) pharmacien-major de 2^e classe de l'hôpital militaire de Bordeaux, en remplacement de M. Feitsch, décédé.

Par décret du Président de la République en date du 20 décembre 1875, *au grade de médecin principal de 1^{re} classe* : M. Paulet (Victor) médecin principal de 2^e classe, professeur au Val-de-Grâce, en remplacement de M. Lasserre, décédé.

Au grade de médecin principal de 2^e classe : M. Allaire (Louis-Victor) médecin-major de 1^{re} classe de l'hôpital de Givet, en remplacement de M. Paulet, promu.

Au grade de médecin-major de 1^{re} classe : M. Pernod (Esprit-Pierre-Gésar) médecin-major au 19^e d'artillerie, en remplacement de M. Allaire, promu.

— LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE DE FRANCE (reconnue comme établissement d'utilité publique) vient de procéder au renouvellement de son bureau, qui, pour l'année 1876, est composé comme il suit :

Président, M. le docteur Devergie ; — vice-présidents, M. le professeur Dolbeau ; M. Manuel, avocat général ; secrétaire général, M. le docteur T. Gallard ; — secrétaires des séances, M. De-lastre, avoué à la Cour d'appel ; M. le docteur Riant ; — trésorier, M. Mayet, pharmacien ; archiviste, M. le docteur Ladreit de Lacharrière.

La commission permanente, qui, aux termes des statuts, est chargée d'examiner toutes les demandes d'avis motivés qui sont adressées à la Société et d'y répondre dans l'intervalle des séances, quand l'urgence le commande, se compose de :

MM. les docteurs Devergie, T. Gallard, Beaudoin, Cornil ; MM. Demange, avocat ; d'Herbelot, avocat général ; Lefort, chimiste, membre de l'Académie ; Manuel, avocat général ; MM. les docteurs Motet, Tarnier ; M. le professeur Trélat.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 8 janvier 1876, à trois heures et demie très-précises, 3, rue de l'Abbaye (salle des séances de la Société de chirurgie).

Ordre du jour : 1^o Lecture du procès-verbal de la dernière séance. — 2^o Installation du nouveau bureau. — 3^o Compte rendu des travaux de la Société pendant l'exercice 1875, par M. Gillette, secrétaire général. — 4^o De l'opportunité de la trachéotomie, par M. le docteur Dubrisay.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE. Renouvellement du bureau pour l'année 1876 : Président : M. le docteur Duchaussoy. 1^{er} vice-président : M. le docteur Léon Duchesne ; 2^e vice-président : M. le docteur Alfred Guillon. Secrétaire général : M. le docteur Gillet de Grandmont. Secrétaires annuels : M. le docteur Pruvost, M. le docteur Décl. Trésorier : M. le docteur Caron.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'ÉLYSÉE. — Séance du 6 décembre 1875. Bureau de la Société pour l'année 1876 : MM. Stry, président ; Isambert, vice-président ; Riant, secrétaire général ; Krishaber et Planchon, secrétaires ; Canuet, trésorier.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT. — Le service médical de nuit est organisé et fonctionne depuis le 1^{er} janvier dans les quatre-vingts quartiers de Paris. Le nombre de médecins qui ont déclaré consentir à se transporter à toute heure de la nuit à la demeure des personnes qui réclameraient leurs soins est très-considérable dans chaque quartier. On trouvera les noms et adresses dans les postes de police. Le service médical de nuit commence, du 1^{er} octobre au 31 mars, à dix heures du soir, pour finir à sept heures du matin. Du 1^{er} avril au 30 septembre, ce service commencera à onze heures du soir seulement, pour prendre fin à six heures du matin.

NATALITÉ ET MORTALITÉ EN ALLEMAGNE ET EN ITALIE. — En Prusse, la natalité s'est élevée en 1874 à 1 051 806 dont 542 640 garçons. La mortalité n'a été que de 692 907 comprenant 364 547 individus du sexe masculin. C'est donc un excédent de 358 899 naissances, dont 178 093 individus du sexe masculin. On se rend compte ainsi facilement de l'accroissement rapide de la population et de la force croissante de l'armée.

En Italie, les chiffres officiels n'accusent que 951 658 naissances et 827 253 décès. L'excédent de la natalité n'est ainsi que de 124 405, presque le tiers seulement de l'excédent prussien. Que serait-ce en France si nous pouvions en faire la comparaison?

(Revue méd. de l'Est.)

NÉCROLOGIE. — La Société de médecine du Nord vient d'être de nouveau cruellement frappée. M. le docteur Castelain, père, a succombé à une affection cardiaque ancienne, qui, depuis longtemps déjà, inspirait à ses amis les plus sérieuses inquiétudes. M. Houzé de l'Aulnoit a prononcé un discours sur sa tombe.

Nous avons de plus à regretter la mort d'un de nos correspondants, M. le docteur Perouse, de Lyon.

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Michel Prudent ancien lauréat de l'école de médecine de Lyon, emporté à la Maison municipale de santé par une phthisie galopante.

AUTORISATION D'EXERCICE. — Dans le *Bordeaux médical*, M. le docteur Armaingaud demande que, conformément à ce qui a été fait déjà à l'Association médicale des Basses-Pyrénées, sur la proposition de M. le docteur Valéry Meunier, toutes les sociétés locales prient le ministre de l'Instruction publique de joindre à sa statistique des grades de docteur et d'officier de santé conférés en France la liste des autorisations d'exercice concédées à des médecins étrangers munis de diplômes ou de titres divers.

COURS D'EMBRYOGÉNIE. — Quelques journaux ont annoncé que par arrêté ministériel, un cours d'embryogénie venait d'être fondé à la Faculté de médecine de Paris, au profit de M. Daréste, avec 6 000 fr. de traitement. Il n'en est rien. M. Daréste n'est qu'autorisé, comme d'autres professeurs libres, à ouvrir un cours à l'École pratique.

COURS. — M. Dujardin-Beaumetz, médecin des hôpitaux, commencera son cours de thérapeutique le mardi 14 janvier à 5 heures du soir à l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. le docteur Dieulafoy commencera un cours de pathologie interne le lundi 10 janvier à 5 heures dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure.

M. le docteur Vérité commencera son cours sur les affections de la peau et la syphilis le lundi 10 janvier de 8 à 9 heures dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

État sanitaire de Paris :

Du 25 au 31 décembre 1875, on a constaté 899 décès, savoir :

- Variolo, 2. — Rougeole, 3. — Scarlatine, 2. — Fièvre typhoïde, 21. — Erysipèle, 2. — Bronchite aiguë, 24. — Pneumonie, 57. — Dysentérie, 0. — Diarrhée cholériforme des enfants, 4. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 4. — Croup, 17. — Affections puerpérales, 3. — Affections aiguës, 221. — Affections chroniques, 439, dont 171 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 22. — Causes accidentelles, 20.

AVIS

Les prix de la GAZETTE HEBDOMADAIRE pour l'étranger ont été modifiés comme suit en raison des nouveaux tarifs postaux :

GAZETTE SEULE.

Union des Postes.....	26 fr.
Etats-Unis.....	28
Pays d'outre-mer.....	32

GAZETTE ET BULLETIN.

Union des Postes.....	40 fr.
Etats-Unis.....	42
Pays d'outre-mer.....	45

MM. les Abonnés de la France qui n'auraient pas renouvelé leur abonnement avant le 10 janvier prochain sont prévenus qu'une quittance leur sera présentée le 10 février, augmentée de 1 franc pour frais de recouvrement.

Un mandat collectif, sans frais de présentation qu'on la somme atteindra 50 francs, sera présenté le 28 février à ceux de nos clients qui reçoivent en même temps plusieurs des recueils édités par la maison.

SOMMAIRE. — PARIS. Académie de médecine et Société de biologie : Les acouits et les acouites : MM. Oulmont et Laborde. — Déclaration de naissance. Responsabilité du médecin. — TRAVERS ONOZAN. Pathologie chirurgicale : Des causes du raccourcissement réel du membre à la suite des œdèmes sans luxation ou déplacement de la tête fémorale. — Dermatologie : Contributions à l'étude de l'herpès. — Sociétés SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — REVUE DES JOURNAUX. Humiditas articularis aiga. — Rupitio spontanea de la rate. — Les localisations dans les maladies cutanées. — BILIOGRAPHIE. Leçons de dermatologie. — Index bibliographique. — VARIÉTÉS. The Lancet et la Gazette hebdomadaire. — Enseignement de la médecine légale.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

OUVRAGES DEPOSÉS À BUREAU DU JOURNAL

Guide du médecin-praticien et de la sage-femme pour le diagnostic et le traitement des maladies utérines, suivi d'un appendice sur la stérilité, par le docteur E. Verrier. 1 fort vol. in-18 avec 133 figures intercalées dans le texte, cartonné à l'anglaise. Paris, P. Asselin. 7 fr.

Traitement de l'angine couenneuse par la glace, suivi d'un appendice sur le meilleur moyen de se procurer cette substance en toute saison, par le docteur Lebert. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Co. 1 fr. 50

Vues sur l'enseignement supérieur, ou plan d'étude de la science de l'homme, par le docteur Barbaste. 1 vol in-12. Paris, V. A. Delahaye et Co. 5 fr.

Leçons cliniques sur les fractures de jambes, faites à l'Hôtel-Dieu, au mois de janvier 1875, par M. le professeur A. Richet, recueillies et publiées par MM. L. Garnier et A. Le Double. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Co. 2 fr. 50

Du traitement des syphilides papulo-hypertrophiques par la cauterisation au nitrate d'argent, activée par le contact du zinc métallique, mode d'action de ce nouveau cathétrique, par le docteur Chéron. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Co. 1 fr.

Guide du voyageur sur mer, ou traité complet du mal de mer, etc., par le docteur Guicé. 1 vol. in-12. Paris, V. A. Delahaye et Co. 2 fr.

De l'obésité, étiologie, thérapeutique et hygiène, par le docteur Warthington. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Co. 3 fr. 50

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOQUE

Adresser ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 13 janvier 1876.

Académie de médecine : LES DIATHÈSES, ET EN PARTICULIER L'ÉTAT RHUMATISMAL, DANS LEURS RAPPORTS AVEC LE TRAUMATISME.

L'étude des relations qui peuvent exister entre les maladies constitutionnelles ou diathésiques et les lésions traumatiques est sans aucun doute une de celles qui intéressent le plus le chirurgien. Les difficultés sont grandes, les points de vue infiniment variés, et l'observation patiente des faits peut seule permettre d'arriver à la connaissance des lois générales qui doivent dominer et relier entre eux les cas particuliers. Parmi les maladies constitutionnelles, la syphilis et la scrofule sont celles qui ont été le mieux étudiées au point de vue que nous signalons. On trouvera dans la thèse d'agrégation de M. Berger (*Influence des maladies constitutionnelles sur la marche des plaies*, 1875) un bon résumé de l'état actuel de la science. M. le professeur Verneuil a depuis longtemps recueilli les matériaux d'un important travail sur ce sujet. Sa dernière communication à l'Académie se rapporte à un des côtés les moins étudiés de cette vaste question : le rhumatisme dans ses rapports avec le traumatisme.

M. Verneuil reconnaît que la question est à l'étude, qu'elle n'est pas encore arrivée à la période synthétique, et qu'il faut faire appel à de nouveaux faits. Aussi commence-t-il par exposer un plan général, une sorte de marche à suivre pour tous ceux qui voudront concentrer leurs efforts sur le même sujet.

Quelle que soit la maladie constitutionnelle à laquelle on croie avoir affaire, il faut tout d'abord reconnaître son existence chez un blessé et classer les cas en trois groupes : 1° la blessure et la maladie générale ne paraissent pas l'influencer ; 2° l'accident traumatique modifie sensiblement la marche de la maladie générale ; 3° la maladie générale paraît influencer la marche de la lésion traumatique.

Il n'est pas toujours facile de déterminer chez un blessé l'existence de la maladie constitutionnelle. Certains accidents ont, il est vrai, un cachet de spécificité qui attire immédiatement l'attention. Tels seront un franc accès de fièvre palustre survenant chez un blessé, une périostose provoquée par une contusion du tibia, qui attesteront l'existence d'une maladie miasmatique ou de la syphilis. Mais tous les accidents n'ont pas ce cachet spécifique, et l'embarras sera grand dans beaucoup de cas. C'est surtout lorsqu'on se trouve en présence de la diathèse rhumatismale que les difficultés se présenteront et que l'examen le plus minutieux deviendra nécessaire.

M. Verneuil reconnaît que jusqu'ici les cas négatifs lui paraissent les plus nombreux. Les lésions traumatiques guérissent bien chez les rhumatisants. Peut-être la fièvre de réaction est-elle plus vive chez eux ; mais il faut reconnaître

qu'ils sont habituellement d'une constitution robuste avec tendance à la pléthore. D'un autre côté, le rhumatisme ne favorise pas la pyogénie ; il n'a aucune tendance à provoquer des ulcérations, des gangrènes, mais il favorise singulièrement les suffusions séreuses, les épanchements plastiques, les congestions et les hémorrhagies. Il suscite souvent des douleurs intenses, hors de proportion avec l'importance du traumatisme lui-même. Il y a donc pour les plaies des accidents véritablement arthritiques qui démontrent l'influence du rhumatisme sur le foyer même de la blessure. C'est ainsi que M. Verneuil a pu y rattacher l'herpès et certaines névralgies précoées.

S'il est hors de doute que le rhumatisme modifie et influence la marche des plaies, il ne l'est pas moins que les lésions traumatiques éveillent souvent chez un arthritique des manifestations articulaires effacées depuis longtemps ; bien plus, elles peuvent quelquefois généraliser la diathèse qui ne s'était jusqu'alors manifestée que par des lésions très-restreintes. A l'appui de cette thèse, M. Verneuil fournit plusieurs observations dans lesquelles, à l'occasion d'un traumatisme, on voit la diathèse rhumatismale se réveiller et s'affirmer par des manifestations variables, mais portant le cachet indéniable de l'arthritisme. Tantôt c'est le rhumatisme polyarticulaire lui-même ou ses manifestations les plus habituelles, la péricardite, la pleurésie ; ailleurs ce sont des éruptions d'herpès, d'érythème, etc., sur la nature desquelles les recherches de M. Bazin nous ont depuis longtemps éclairés. Toutes ces observations, prises avec grand soin, présentent un vif intérêt ; on y voit des accidents fort variés, sans relation apparente au premier abord avec la cause traumatique, reliés entre eux par l'influence générale de la diathèse, qui les explique de la manière la plus rationnelle.

Non-seulement le traumatisme peut rappeler les manifestations rhumatismales depuis longtemps éteintes, mais il peut encore, chez des sujets prédisposés, provoquer l'apparition première et prématurée du rhumatisme. Ici l'observateur devra procéder avec une prudence extrême. Il pourra, en présence d'accidents suspects, rechercher si le malade n'est pas de souche arthritique, s'il n'a pas présenté déjà quelques manifestations rhumatismales dont la nature aurait été méconnue. L'apparition ultérieure d'accidents arthritiques non douteux, alors que la lésion traumatique n'agit plus comme cause provocatrice, viendra quelquefois confirmer l'induction du clinicien.

Le diagnostic peut souvent, chez les blessés arthritiques, s'égarer d'une manière bien fâcheuse, lorsque les accidents généraux prennent tout à fait les allures d'une infection purulente au début. M. Verneuil fait remarquer avec raison que la fièvre qui s'allume si facilement chez les arthritiques, les douleurs qui surviennent dans les articulations, les éruptions de nature diverse qu'on voit survenir au voisinage de la blessure, composent souvent un tableau dont les traits principaux

se rapprochent des allures de l'infection purulente. Maintes fois l'erreur a été commise, elle l'est encore tous les jours. Il faut, en pareils cas, attacher une attention toute particulière à la marche de la température; là se trouvera le fil conducteur. Il est, en effet, d'observation que la température, quelquefois très-élevée chez les arthritiques placés sous l'influence d'un traumatisme, observe, une marche ascensionnelle régulièrement progressive et qu'elle n'affecte pas ces inégalités, cette marche irrégulière qu'on observe dans la courbe thermique de l'infection purulente. Ce serait là un fait important qui préviendrait les erreurs si faciles à commettre en pareils cas.

Les conclusions du travail de M. Verneuil, appuyées sur des observations bien choisies et suffisamment nombreuses, établissent en résumé que le traumatisme réveille la diathèse rhumatismale dans beaucoup de cas, et peut même en précipiter l'explosion. Toutes les variétés du traumatisme, depuis la simple ecchymose jusqu'aux lésions les plus graves, peuvent déterminer les mêmes manifestations chez l'arthritique. Ces manifestations sont fort variées et peuvent avoir pour siège la peau, les articulations, les cordons et les centres nerveux, ainsi que les séreuses et les principaux viscères, le cœur en particulier.

Peut-on, en présence de ces faits d'observation, porter plus loin les recherches et tenter d'expliquer comment s'opère ce réveil de la diathèse, pourquoi tel ou tel organe sera choisi de préférence, pourquoi la manifestation affectera telle ou telle forme? Nous croyons, avec M. Verneuil, qu'il faut en pareils cas s'appuyer sur les principes solides de la pathologie générale et s'aider de quelques analogies. On peut admettre que toute cause pathogénique provoque un désordre local, des troubles sur des organes plus ou moins éloignés de celui qui est directement intéressé, et le plus souvent une perturbation générale de toute l'économie. Quand il s'agit d'un sujet entaché d'une diathèse, l'effet local se limite moins, tandis que le débordement général s'accroît davantage. C'est ce que nous observons tous les jours chez les tuberculeux et les scrofuleux, pour lesquels tout sert de prétexte aux manifestations diathésiques. De même chez l'arthritique, les éruptions prennent une allure, une disposition toute spéciale; la moindre entorse devient arthrite, les douleurs affectent une intensité inusitée, la fièvre s'allume avec violence à la moindre provocation. Un traumatisme se produit-il? Les points moins résistants de l'organisme sont bientôt le siège de manifestations diathésiques; la blessure réveille la diathèse, dont elle subit à son tour l'influence plus ou moins accusée.

La communication de M. Verneuil complétant un ensemble de recherches poursuivies dans la même voie, a donc une importance qui ne sera pas méconnue. Les hasards de la clinique peuvent offrir à tous les praticiens des faits curieux ou nouveaux qu'il est bon et utile de signaler; mais il appartient aux véritables maîtres de revenir sur des faits isolément connus, d'en donner la véritable interprétation, de les relier entre eux et d'en tirer des principes généraux propres à élargir le cadre de la pathologie.

BLACHEZ.

COURS PUBLICS

Collège de France: COURS DE M. CL. BERNARD: LA PHYSIOLOGIE ET LA PATHOLOGIE; L'OBSERVATION ET L'EXPÉRIMENTATION.

M. Cl. Bernard vient d'ouvrir son cours au Collège de France. L'illustre professeur a consacré ses trois premières leçons à l'exposé des idées générales qui dominent la médecine et la physiologie; il a montré les rapports intimes qui existent entre ces deux sciences; il a tracé la méthode qui tend à les unir, et sous son inspiration la médecine, qui depuis Hippocrate et Galien n'était qu'une science d'observation, s'engage tous les jours dans une voie nouvelle qui tend à la transformer en une science exacte d'expérimentation.

Cette transformation, elle la devra à la physiologie. C'est que la physiologie n'est plus, comme on le disait autrefois, le roman de la médecine; elle est, au contraire, la base solide sur laquelle la médecine, encore à l'état d'empirisme, doit être édifiée, et de même que les maladies ne sont qu'un cas particulier de la vie, de même les notions médicales ne sont qu'une application particulière des notions physiologiques.

On entend dire à chaque instant que ces deux sciences suivent deux voies différentes, eu ce qu'elles sont: l'une, la médecine, une science d'observation; l'autre, la physiologie, une science d'expérimentation. Mais d'abord que faut-il entendre par ces deux mots « observation » et « expérimentations? Les définitions n'ont pas manqué. « L'observateur écoute la nature, disait Cuvier, et l'expérimentateur l'interroge. » Pour Magendie, l'observation consiste à suivre les différentes phases d'un phénomène qu'on n'a pas artificiellement provoqué, tandis que l'expérimentation consiste à suivre l'évolution d'un phénomène ou d'un trouble qu'on a volontairement provoqué, et de ce trouble on tire... la raison du fonctionnement de l'organe mutilé, par exemple la connaissance des propriétés d'un nerf suppose la section, l'excitation, l'irritation de ce nerf, c'est-à-dire un trouble apporté dans son fonctionnement naturel. Cette idée de Magendie est trop absolue, et il serait facile de prouver par des exemples contraires que le trouble n'est pas nécessaire à la production de l'expérience. Bacon ne définit pas, il se contente de dire que l'observation et l'expérimentation sont les moyens à l'aide desquels on ramasse des matériaux. M. Cl. Bernard nous donne une idée très-nette des deux termes; pour lui, l'expérience est une observation provoquée, elle est la constatation d'un phénomène dont les conditions nous sont connues, tandis que l'observation est la constatation d'un phénomène dont les conditions nous sont inconnues; l'observation donne l'état des phénomènes et l'expérimentation en donne la raison.

D'après cette manière d'envisager la question, la différence est grande entre la médecine, qui le plus souvent ne vit que d'observations, et la physiologie, qui toujours est basée sur l'expérience, et le problème, tel qu'il a été posé par M. Cl. Bernard, consiste à changer la méthode qui préside aux études médicales, afin de ramener la médecine à l'état de science d'expérimentation, comme la physiologie dont elle émane.

Le plus souvent les sciences d'observation usent de stratagèmes et d'artifices qui en réalité ne sont que de l'empirisme. Ainsi que fait-on en médecine? On observe un certain nombre de faits, puis on établit des moyennes, et grâce à cette méthode numérique que Louis a poussée si loin, on tire des conclusions. Est-ce ainsi que procède l'expérimentation? Non certes, lorsque le chimiste mélange de l'acide sulfurique et de la potasse, il n'établit pas de moyennes afin de savoir s'il se formera 50 ou 60 fois pour 100 du sulfate de potasse, il sait à l'avance qu'il produira à coup sûr du sulfate de potasse et il constate un phénomène dont les conditions lui sont connues. Eh bien, le physiologiste agit comme le chimiste, et quand il se place dans des conditions identiques il doit obtenir

des effets identiques. Lorsque Longet et Magendie arrivaient à des résultats différents sur la sensibilité récurrente des racines antérieures des nerfs rachidiens, c'est que ces expérimentateurs ne s'étaient pas placés dans des conditions identiques, et il aurait commis une hérésie physiologique celui qui aurait eu recours à la méthode de numération et qui eût dit : Les racines antérieures sont quelquefois sensibles et quelquefois insensibles. M. Cl. Bernard, reprenant ces mêmes expériences, a montré qu'en se plaçant dans des conditions identiques le résultat physiologique est toujours invariable et la sensibilité récurrente existe toujours.

Le procédé qui consiste à compter un certain nombre de faits pour en prendre ensuite la moyenne n'est donc pas véritablement scientifique ; il ne peut être adopté en physiologie, car un fait existe ou n'existe pas, et en science exacte il n'y a jamais d'exception. Pouvons-nous en dire autant quand il s'agit de la médecine ? Pas pour le moment, car les phénomènes pathologiques sont plus entourés de probabilité que de certitude ; mais la médecine commence à s'appuyer sur la physiologie, et la transformation sera complète le jour où l'observation cédera la place à l'expérimentation.

Or cette transformation ne peut s'effectuer qu'à l'aide de la méthode qui sert à étudier les êtres vivants, sains ou malades. Quand on considère ces êtres vivants, on voit qu'ils sont plongés dans deux milieux ; l'un, milieu extérieur, est le siège de tous les phénomènes qui se passent en dehors de l'organisme et qui ont pour agents la chaleur, le froid, la sécheresse, l'humidité, en un mot ce que les anciens nommaient *circumfusa* ; l'autre, le milieu intérieur (Cl. Bernard), c'est le liquide, sang ou plasma, qui baigne tous les éléments de nos tissus (car tous les êtres vivants vivent dans un milieu intérieur liquide), c'est là que se font les transformations qui s'opèrent sans cesse dans l'intimité de nos organes ; c'est là que s'élaborent les phénomènes physico-chimiques de la vie. Eh bien, c'est aux modifications survenues sous l'influence des agents du milieu extérieur que s'est adressée la médecine d'observation, tandis que c'est à l'élaboration des phénomènes du milieu intérieur que doit s'adresser la médecine expérimentale.

A son origine et dès les temps les plus reculés, on comprend que la médecine ait eu recours à la simple observation, on conçoit que les procédés numériques l'aient lancée dans une voie d'empirisme qui la domine encore et qui lui a rendu, il faut en convenir, quelques services ; mais de tels procédés, en ouvrant à l'imagination une trop libre carrière, avaient enfané des systèmes. Il suffit de rappeler les noms de Galien, de Boerhaave, de Brown, de Broussais et tant d'autres, pour évoquer ces systèmes qui, à différentes époques, ont dominé les études médicales et en ont changé le courant. En sciences exactes il n'existe pas de systèmes, il n'en existe pas en physiologie, ils tendent à disparaître en médecine, et ils en seront complètement bannis le jour où elle aura trouvé sa véritable voie.

Mais pour entrer dans la voie des sciences exactes elle doit en suivre la méthode, et cette méthode médicale n'est autre que l'expérimentation physiologique. Et c'est vrai que l'anatomie, l'histologie et l'anatomie pathologique vont réclamer leur part dans cette direction nouvelle donnée aux études médicales, et l'illustre professeur du Collège de France est loin de nier les progrès accomplis dans ces différentes branches de la médecine, mais les recherches anatomo-pathologiques, malgré leur importance incontestable, seraient impuissantes à opérer en médecine la transformation que nous poursuivons. En effet, l'anatomie et l'anatomie pathologique doivent être mises au même rang que l'observation ; l'anatomie d'une fibre musculaire ou d'une glande ne nous aurait jamais appris que l'une se contracte et que l'autre sécrète si la physiologie, armée de l'expérimentation, n'avait mis ces faits en lumière ; l'anatomie localise les phénomènes dans les tissus, mais elle ne les explique pas, et l'anatomie patholo-

gique localise les maladies dans tel ou tel organe sans les expliquer davantage. Un des exemples les plus frappants nous est donné par le curare : l'animal empoisonné meurt ; l'anatomie pathologique retrouve-t-elle la lésion ? Pas la moins du monde. À cela on dira que cette lésion existe mais qu'elle échappe à nos moyens d'investigation ; on peut répondre dans tous les cas que c'est une lésion bien passagère, puisqu'elle n'aurait pas donné la mort si l'animal avait été soumis un temps convenable à la respiration artificielle ; la structure des tissus était donc respectée, et sans le secours de la physiologie il n'eût pas été possible de saisir le mécanisme de l'intoxication.

L'expérimentation, elle seule, peut nous expliquer les phénomènes de la vie à l'état de santé ou de maladie, et ces phénomènes nous les découvrons en interrogeant les organes vivants eux-mêmes. C'est Bichat qui a émis l'idée que c'est dans les tissus qu'il faut rechercher les phénomènes qui rendent compte de la vie ; le principe vital tel que le comprennent Legallois, Flourens, et tel qu'on l'avait admis à d'autres époques, est encore un système qui a fait son temps. Nous ne pouvons saisir les phénomènes de la vie qu'en cherchant à les surprendre dans le fonctionnement des organes et en les poursuivant dans les éléments qui constituent chacun de ces organes. Ainsi pour comprendre la respiration, il faut arriver jusqu'au globe sanguin ; pour comprendre le mouvement il faut s'adresser à la fibre musculaire, et c'est l'élément sécréteur qui rend compte de la sécrétion.

Si nous voulons pénétrer les actions toxiques et les phénomènes morbides, c'est encore à l'élément primitif qu'il faut recourir ; c'est au globe du sang pour l'oxyde de carbone, c'est à l'élément nerveux moteur pour le curare. Chaque élément possède sa vie propre et son autonomie ; il a ses poisons, il a sa manière de vivre, d'être malade, et de mourir ; et comme tous ces phénomènes normaux et morbides se passent dans le milieu intérieur, c'est toujours là qu'il faut aller les étudier au moyen de l'expérimentation.

Cette expérimentation, il est vrai, est chose fort délicate et très-difficile, car la nature vivante est une sorte de tourbillon qui n'a pas la fixité de la nature morte, et les actes changent et se succèdent avec une incessante mobilité. C'est précisément le rôle du physiologiste de saisir la nature dans ses actes, de l'arrêter, de la fixer, de faire ce qu'on mot une autopsie vivante. Ces conditions sont indispensables ; et, pour prendre un exemple, c'est pour ne s'y être pas soumis que certains expérimentateurs prétendaient n'avoir pas trouvé dans telle circonstance de sucre dans le sang, parce que dans ce sang, examiné un quart d'heure trop tard, le sucre était déjà détruit. Voilà pourquoi les autopsies telles qu'on les pratique sur l'homme ne révèlent rien physiologiquement parlant : on les fait trop longtemps après la mort ; il n'y a de profitable, dans l'ordre d'idées que nous poursuivons, que les autopsies vivantes, et encore faut-il qu'elles soient pratiquées dans certaines conditions.

Quand on considère d'une part toutes les difficultés qui entourent l'expérimentation, et d'autre part la multiplicité des problèmes qui compliquent les lois de la vie chez l'être sain et malade, on comprend que la médecine expérimentale est à peine naissante et que la route seule est indiquée. Ce serait faire le plus grand tort à cette science que de vouloir expliquer par elle des faits qui ne sont pas suffisamment étudiés, et ce serait la compromettre ; ce n'est que lentement et après de laborieuses recherches que l'expérimentation prendra sa place en médecine et que l'observation et l'empirisme s'effaceront pour faire place peu à peu à la science exacte,

DIEULAFOY.

(A suivre.)

TRAVAUX ORIGINAUX.

Dermatologie.

CONTRIBUTION À L'ÉTUDE DES HÉRPÈS, par Ferdinand Dreyfous, interne des hôpitaux.

(Suite. — Voyez le numéro 15.)

B. Hérpès des muqueuses. — Il peut occuper les muqueuses : vulvaire (nous en avons parlé à l'occasion de l'hérpès cutané), urétrale (je ne fais que signaler l'hérpès urétral), vaginale, utérine, et j'ajouteraï la muqueuse anale.

HÉRPÈS VAGINAL. — Signalé seulement en passant par les auteurs classiques, l'hérpès vaginal est intéressant par cela même qu'il est latent et veut être cherché. Il s'accompagne de troubles vagues dont il serait facile de méconnaître la cause sans l'examen au spéculum. De plus les vésicules offrent quelques modifications qui s'expliquent par leur siège sur une muqueuse où elles sont constamment exposées au contact des produits de sécrétion. M. Guhier, à propos de l'angine, a insisté sur les différences des éruptions de la peau et des muqueuses. Ces remarques s'appliquent à l'hérpès vaginal. Il peut être à l'état vésiculeux, à l'état d'érosion. L'observation suivante montre un cas d'hérpès vésiculeux :

Obs. V. — Amélie M., dix-neuf ans, entre le 4 avril, salle Saint-Alexis, n° 10 (était entrée pour une urétrite le 9 mars). Depuis quatre jours, la miction est réveillée très-douleuruse; la malade se plaint de douleurs dans l'aîne et le bas-ventre. Sur les grandes lèvres se voit un petit groupe herpétique recouvert d'une croûte jaunâtre; dans le cul-de-sac vaginal postérieur une plaque plus large qu'une pièce de 5 francs, blanchâtre, on y distingue nettement des vésicules du volume d'une lentille, déjà affaissées et aplaties, d'un blanc mat. Col sain.

Le 7 avril il y a plus rien dans le vagin. Nouveau groupe d'hérpès vulvaire. Elle sort.

Le diagnostic n'offre en général aucune difficulté.

HÉRPÈS DU COL. — Il a été le sujet d'un travail important de M. Gueneau de Mussy (*loc. citato*, et *Clinique médicale*, 1875). Remarquons toutefois les sens que cet auteur donne au mot « herpétisme utérin » : M. Gueneau de Mussy entend par là toute affection du col accompagnant une éruption cutanée et dépendant de la diathèse herpétique ou dartreuse.

Compris dans son sens plus restreint, l'hérpès du col a été décrit par Scanzoni sous le nom d'aphthés, et par M. Courty sous celui d'hérpès. On peut, voir au musée de Lourcine une fort belle collection de cols utérins moulés très-fidèlement et parmi lesquels figurent plusieurs cas d'hérpès du col.

Parfois, au lieu de l'érosion rosacéale ou rouge jaunâtre, on trouve des lésions diphthéroïdes blanchâtres, blanchées; c'est que le revêtement épithélial ne s'est pas encore détaché.

Nous avons recueilli quatre observations d'hérpès du col; qu'il nous suffise de citer la suivante :

Obs. VI. — Anaïs S., vingt-cinq ans, entrée le 25 mai 1875, salle Saint-Louis, n° 5, service de M. Fournier. Elle dit avoir été toujours peu robuste et mal réglée, mais n'accuse aucune maladie antérieure grave. Il y a dix jours, elle s'est aperçue pour la première fois de boutons à la vulve. Au dire de la malade, ils existaient depuis trois jours; quand l'écoulement sanguin qu'elle attendait se produisit.

État actuel. — Hérpès vulvaire; périvulvaire et périanal, confluent et formé de 4° de vésicules confluentes à liquide purulent; 2° d'érosions nettement polycycliques. Hérpès vaginal confluent. Col utérin : arifice entr'ouvert; de petites érosions superficielles à bords irréguliers, polycycliques; siégeant à une certaine distance de l'orifice. Hérpès du col. Ganglions inguinaux engorgés des deux côtés; à gauche, un des ganglions est gros comme une petite noix. Les jours-ci, la malade a eu de l'ophtalmie; mais elle a conservé son appétit.

Le 26 mai, inoculation faite avec le pus d'une pastolette de la

cuisse droite, choisie à cet effet. M. Fournier la pratique lui-même à la partie moyenne de la cuisse, et suivait son procédé habituel, il recouvre la piqûre d'un verre de montre (voy. *Art. Inoculation* du dict. Jacquod). La piqûre saigne un peu. — Traitement : liqueur de Labarraque, oxyde de zinc.

Le 27, inoculation négative.

Le 28, inoculation négative.

Le 5 juin, il persiste sur la grande lèvre gauche deux indurations notables qui, jointes à l'adénopathie, font penser à l'existence d'un chancre qu'aurait compliqué l'hérpès. Col et vagin sains. Inoculation négative.

Le 7, il reste dans l'aîne gauche un ganglion gros comme une olive et dur. A droite; quelques petits ganglions. Rien sur le corps.

Le 14, persistance de l'induration.

Le 19, les deux indurations paraissent se dissiper; mais il s'est produit un groupe nouveau d'hérpès sur la grande lèvre droite.

Le 12 juillet, rien dans l'aîne; rien sur le corps; pas de céphalée ni croûtes dans les cheveux, ni adénopathie cervicale; il reste seulement à la vulve un léger épaississement. Elle sort.

Le fait le plus important ici c'est l'existence d'une pléiade inguinale « aussi importante que celle d'un chancre », et cela avec une induration qui, ultérieurement, contribue à obscurcir le diagnostic et à assombrir le pronostic.

La nature de l'érosion du col, outre l'aspect caractéristique, est confirmée par la confluence d'érosions voisines.

Le diagnostic est à faire avec la folliculite du col, qui se distingue de l'hérpès par la dépression cupuliforme qu'elle présente. Quant au chancre du col, les caractères diagnostiques qui servent dans l'hérpès vulvaire s'appliqueront aussi bien à celui du col.

HÉRPÈS INTRAANAL. — Cette variété n'est pas connue. M. Péan (Péan et Malassez, *Diagnostic des ulcérations anales*) ne signale que l'hérpès périanal. « Il occupe le pourtour de l'orifice anal à la façon de l'hérpès buccal autour de la bouche. C'est donc, comme l'érythème, une lésion extérieure, une lésion de la marge de l'anus. »

L'observation suivante prouve que l'hérpès peut occuper l'anus lui-même :

Obs. VII. — Louise A., vingt-sept ans, entrée le 7 avril, service de M. Fournier, salle Saint-Alexis, n° 19. Bonne santé. Depuis quelque temps elle fait des excès de boisson. C'est à partir de ce moment, dit-elle, qu'elle éprouve de gros boutons de règles.

État actuel. — Chancre de la grande lèvre gauche. A l'anus, depuis ses dernières règles, est survenue l'éruption qu'elle porte actuellement. Bonnetreux muqueux non induré sortant de l'anus. A sa surface et dans la portion sphinctérienne, jusqu'à une hauteur de 2 centimètres, se voient des vésico-pustules blanches, du volume d'une lentille, aplaties. Quelques vésicules périanales.

Le 8 avril, les vésicules n'existent plus; à leur place, se voit une excoriation de mauvais aspect, sans bords; mais à fond rouge gris saleux; toutefois, on peut y remarquer quelques tractus blanchâtres qui sont les débris des vésicules. Aujourd'hui, on croirait à un chancre mou; mais nous avons vu les vésicules hier, et il en persiste autour de l'anus (la pièce a été moulée et fait partie du musée de Lourcine). Fièvre, céphalée, grande fatigue, assoupissement; anorexie, roséole thoracique.

Le 16, érosions extérieures cicatrisées. Sur la face anale du bourrelet persiste une ulcération à bords accusés; à fond absolument lisse et jaunâtre.

Le 23, l'aspect chancreux a disparu; on ne voit qu'une érosion vulgaire.

Le 30, reste une érosion fissurée.

Sort le 7 mai. Elle est rentrée depuis; le bourrelet muqueux persiste.

Deuxième cas :

Obs. VIII. — Berthe V., vingt-cinq ans, entrée le 13 avril, salle Saint-Louis, n° 22. Bien réglée; à ses règles en ce moment;

avoue des excès alcooliques. A l'anus, sur une hémorroïde, se voit une érosion qui ressemble tout à fait à ce que nous avons vu quelques jours auparavant dans les précédents. Quelques érosions herpétiques périanales. Herpès à l'entrée des fosses nasales. M. Fournier diagnostique : herpès intra-auriculaire. — 24 janvier. Le 24 avril, il n'y a plus d'érosion à l'anus.

HERPÈS EXTRAGÉNITAL. — A. *Herpès des muqueuses.* — 1° Herpès guttural, Nous n'avons qu'à renvoyer au mémoire de M. le professeur Gubler.

2° Herpès buccal. Qu'il nous suffise de signaler le problème qui s'y rattache. M. le professeur Hardy, M. Martinou (article *Leçons du Nouv. Dict. de méd.*). M. Fournier (communication orale), assimilent l'herpès buccal à l'aphthe. Au contraire, M. le docteur J. Worms (*Un. méd.*, art. *Après du Dict. encycl. de méd.*), a conclu de ses recherches micrographiques et cliniques que la stomatite aphtheuse est l'acné de la bouche.

3° Il suffit de mentionner l'herpès de la muqueuse pituitaire.

4° Herpès conjonctival. Quant à l'herpès conjonctival, il mérite de nous arrêter un moment. Dans les observations de M. Gubler; de M. Coûtage (thèse de Paris, 1874), on voit signaler la rougeur de la conjonctive oculaire et des vésicules sur la face externe des paupières. Nous avons observé des vésicules sur la conjonctive oculaire elle-même. Elles s'accompagnent de douleurs périorbitaires et de photophobie. La coïncidence de cette lésion et d'un herpès généralisé distinguant cette éruption du *zona ophthalmique* de M. A. Hybord (thèse de Paris, 1872).

B. *Herpès cutané.* — Il est local ou généralisé. Comme exemple d'herpès local, il faut placer en premier lieu l'herpès labial. Dans l'observation I, on voit un exemple d'herpès de la main et de la cuisse dont l'apparition avait été précédée de douleurs dans les membres.

HERPÈS GÉNÉRALISÉ FEBRILE. — Il est encore peu connu. Neuf observations de M. Coûtage, deux observations douteuses de M. Horand (*Pemphigus aigu*, in *Ann. de dermat.*, 1872), un cas de M. Sevrier (*Herpès généralisé fébrile*, in *Ann. de dermat.*, 1875), enfin l'observation XV de la thèse de M. Danlos, qui paraît être un herpès généralisé fébrile. Voilà à quoi se réduit le bilan de nos observations.

Décrit par M. Guirac sous le nom d'herpès diffus, il a été surtout bien étudié par M. Coûtage sous le nom d'*herpès généralisé fébrile*.

Le cas suivant pourra s'ajouter aux autres exemples :

Obs. IX. — Louise P., vingt-trois ans, entrée le 15 juin 1875, salle Sainte-Marie, n° 35; service de M. Fournier.

10 juin. Depuis deux ou trois jours, cette femme, qui est entrée pour faire soigner son enfant, a éprouvé un malaise général avec mouvement fébrile, abattement et douleurs de ventre mal localisées; mais elle n'a pas cru devoir nous avvertir de ces symptômes. Aujourd'hui, sensation de cuisson de brûlure à la région parotidienne des deux côtés, ou des points exactement symétriques. On y voit trois ou quatre papules circulaires, larges comme une pièce de 20 centimes. À bords géographiques plus élevés que le centre, à surface rosée. En quelques points, sur les bords, de petites saillies acuminées paraissent vésiculaires.

Le 22, les plaques ont gagné en largeur; elles sont au moins larges comme une pièce de 5 francs en argent. Elles ont tout à fait l'aspect d'un vésicatoire qui vient d'être levé et qui a pris qu'à moitié. Le soulèvement épidermique est très-net. Alors, pour la première fois, on voit sous la langue, à sa face inférieure, dans le sillon situé entre cette face et le plancher buccal, deux ou trois petites vésicules miliaires. Gorge rouge; quelques vésicules miliaires. Enfin, sur les mains et les jambes s'apperoivent quelques vésico-pustules, larges comme un pois, à base papuleuse, sur laquelle repose une vésicule contenant un liquide à demi transparent. Poids, 92. Anorexie. — Traitement : purgatif.

Le 23, les plaques herpétiques du cou ont une couleur moins vive. De nouvelles plaques sont apparues. A la face, deux ou trois petites saillies lenticulaires d'un rose vif. Sur le front; à la racine des cheveux; deux plaques érythémateuses offrant quelques vési-

cules, une au-devant de l'oreille droite, une papule sur le nez. L'herpès sublingual est extrêmement accusé et se présente sous forme d'érosion miliaire recouverte d'épithélium blanchâtre. Enfin, la malade attire pour la première fois l'attention sur des phénomènes oculaires tout nouveaux; trouble léger de la vue; gêne mal définie. Sur les conjonctives bulbaire des deux côtés se voit un léger épaississement de la muqueuse, avec vascularisation. Sur cette base papuleuse, mais transparente encore, quoique infiltrée, reposent des vésicules très-nettes, surtout quand la lumière tombe obliquement sur l'œil observé. Cette lésion est limitée à l'angle interne de l'œil des deux côtés, et il n'y a rien, absolument rien à l'angle externe. Poids, 92 le matin. Température axillaire, 38,8 matin, 39,5 soir.

Le 24, la malade souffre toujours de coliques, ne se plaint que de son ventre et des plaques du cou. Rien ailleurs. Température axillaire : 38,2 matin, 38,8 soir. Au cou, les plaques s'effacent encore comme saillie et comme couleur; sur les bords qui dérivent un contour géographique se distingue nettement un soulèvement épidermique vésiculaire; sensation de brûlure persistante. Au front, les plaques sont, au contraire, plus nettes, saillantes, roses, supportant des vésicules. Quelques vésicules sur le pavillon de l'oreille. Aux mains, pas de plaques, mais des vésicules à base papuleuse, isolées, ressemblant à l'hydra vésiculaire. L'herpès sublingual subsiste à l'état érosif; il est douloureux. L'injection des conjonctives est très-marquée; elle est générale et non plus localisée à l'angle interne; elle n'a seulement en diminuant un peu se rapprochant de la cornée. Une vésicule grosse comme un grain de millet sur la conjonctive du côté gauche, à l'angle interne. Larmoiement; pas de douleurs oculaires ni périorbitaires; pas de ophalé. Sur le tronc, quelques papules roses au cou, une isolée sur la jambe droite, une autre sur la jambe gauche. Rien aux cuisses.

Le 25, température axillaire : 38° matin, 38,7 soir. Plaques du cou de plus en plus pâles et affaissées. A la racine des cheveux, les plaques commencent à se desquamant. Aux mains, les plaques sont moins acuminées, plus aplaties, et l'épiderme soulève non pas en vésicule nette, mais en une petite nappe vésiculaire. La malade se plaint surtout des yeux et de la langue. Sous la langue de petites exsudations blanches. Aux yeux, une véritable papule translucide et saignée de quelques vésicules très-nettes, situées près de la cornée et empiétant sur elle. Pas de nouvelle vésicule sur le corps. Langue sèche. Elle a de l'appétit mais souffre en mangeant. Elle tousse toujours. — Traitement : collutoire au borax et collyre au sulfate de zinc.

Le 26, poids 92, température axillaire, 37,8 matin, 37,9 soir; A la région parotidienne, peau ridée. Début de desquamation à l'oreille et à la face. Herpès sublingual réparé. Rien sur le corps. Conjonctives bulbaire encore plus injectées; petites vésicules confluentes aux deux angles externe et interne de l'œil. La malade peut se lever et venir se faire examiner au spéculum. État actuel : Herpès érosif vésiculaire, vaginite purulente.

Le 27, température axillaire 37,5 matin, 37,8 soir. A la face desquamation. Au cou, les plaques ne sont plus saillantes, sauf à la périphérie, où le reste des vésicules. Peau brunâtre, ridée. Mains : vésicules affaissées. Yeux : conjonctives extrêmement injectées, vésicule blanche large aplatie. Photophobie, gêne de la vue. Pas de fièvre. Bon appétit. Pas de douleur de ventre.

Le 28, yeux, encore injectés, presque complètement rouges, même au haut et en bas, mais moins de photophobie et de larmoiement. Sur le nez, rougeur en papule, mais début de desquamation. Partout ailleurs l'éruption se passe.

Le 29, pas de nouveaux boutons. Depuis hier la malade est levée. Les boutons du dos du poignet forment des phlyctènes aplaties. Au cou, il ne reste plus que de la desquamation. Au front, éruption encore très-apparente sous forme de plaques vésiculeuses plates. Yeux : encore injectés, mais moins; on y voit encore des plaques herpétiques blanchâtres; l'injection est toujours plus marquée aux angles de l'œil. L'herpès sublingual est effacé. Elle n'a plus de fièvre, dit souffrir moins des yeux.

Le 3 juillet, le mieux continue.

Le 5, il ne reste plus qu'une légère saillie aux angles des yeux.

Le 13, yeux; il n'y a plus de saillie, mais il reste encore un miofaiseau vasculaire à pointe saillante aux angles internes et externes de chaque côté de la cornée.

En résumé : herpès généralisé fébrile ayant duré seize jours.

La période d'invasion fut de deux ou trois jours; celle d'éruption et de desquamation dura quinze jours. Du huitième

au dixième jour la rupture de la vésicule, la désquamation s'achève et laissent voir la peau saine et l'épiderme réparé. Mais dès le cinquième jour avaient commencé des phénomènes oculaires qui se prolongèrent pendant onze jours.

Quant à la marche de la fièvre, elle reproduit exactement celle qu'indique M. Coutagne; maximum atteint dès le cinquième jour; il fut de 39° 5.

Enfin, faisons remarquer, les douleurs, qui précèdent l'herpès parotidien et l'herpès conjonctival.

Prognostic. — L'herpès est une affection bénigne. Et en effet, si l'on sait le reconnaître, que de fois ne dissipera-t-on pas les inquiétudes d'un malade chez qui la syphilis avait été affirmée. Or entre l'herpès et le chancre infectant personne n'hésitera à choisir.

Il faut toutefois faire une restriction importante. « On peut dire, réserve faite pour les herpès tout à fait accidentels, que l'herpès est sinon un gage certain d'herpès à venir, du moins une menace, une imminence d'herpès futurs.... Parfois l'herpès poursuit, persécute certains sujets, au point de se produire pendant plusieurs années d'une façon presque incessante; un herpès n'est pas cicatrisé qu'un autre se manifeste; ce sont en quelque sorte des poussées subintrantes. » — « J'ai vu de la sorte pour ma part, ajoute M. Fournier, un malade qui eut pendant trois ou quatre ans une poussée d'herpès guttural presque chaque mois; un autre qui eut quatorze poussées dans l'espace de dix-huit mois; un autre qui pendant deux ans et demi ne put avoir un seul rapport sans être affecté d'herpès; c'était « sa ration », disait-il; un autre qui pendant deux ans eut, un nouvel herpès chaque fois qu'il changeait de maîtresse, et il en changeait souvent.... »

Des cas semblables ont été cités par quelques auteurs. On a même cité plus fort encore: tel que le cas d'un homme de cinquante-cinq ans qui pendant trente ans avait été sujet à de continuelles répétitions d'herpès génital, et cela malgré les traitements les plus rationnels et même les plus extraordinaires.

C'est à cette forme d'herpès, singulièrement remarquable par ses récurrences, que M. Doyon a donné le nom très-merité « d'herpès récidivant ».

I. L'herpès est donc un phénomène ennuyeux.

II. Il est de plus un danger: c'est une porte ouverte à la contagion.

III. Enfin, l'herpès est une cause incessante d'inquiétudes, de perplexités; pour certains malades c'est même la cause d'un véritable désespoir, d'une mélancolie incurable.

« Aussi, à tous ces titres, l'herpès est-il une affection des plus sérieuses alors qu'il prend les formes récidivantes; il n'est rien et il est tout. Médicalement, c'est une lésion d'une innocuité rare; pratiquement, c'est une des affections qui comporte les conséquences les plus diverses, les plus sérieuses » (Fournier).

Étiologie. — L'étiologie de l'herpès s'est ressentie de l'idée qu'on se faisait de sa nature. Ceux qui ne voyaient dans l'herpès qu'un accident local insistèrent sur le blennorrhagie, l'écoulement menstruel, les chancres mous, infectants, les plaques muqueuses, la malpropreté, les démangeaisons, etc., en résumé « toutes les causes irritantes locales ».

Ceux qui considéraient l'herpès, comme l'expression d'un trouble général ou comme un phénomène critique, mirent au premier rang le refroidissement, le molimen étamental, les émotions, les fatigues, les privations, les écarts de régime, les excès de coit, la pneumonie, le coryza, l'angine, etc., en un mot « toute cause pouvant déranger une des fonctions de l'organisme » (Bertolle).

D'autres l'assimilant à une fièvre éruptive, on chercha à copier son étiologie sur celle de ces exanthèmes.

La contagion de l'herpès est encore bien contestée et bien contestable. Quoiqu'en dise Alibert, « il ne peut se transmettre par contagion », dit M. Hardy. On trouve dans les

ANNALES DE DERMATOLOGIE de 1872 (Brandon Gusgenven) deux cas donnés comme des exemples de contagion. La lecture de ces observations laisse du doute dans l'esprit sur l'exactitude de cette interprétation.

Est-il épidémique? Rien ne le prouve jusqu'ici: tout au plus a-t-on pu le rattacher à certaines constitutions médicales.

Enfin est-il inoculable? Depuis que les expériences de M. Vidal (Académie de médecine, 1874) sur l'Pecthyma ont réussi, on a cherché à inoculer l'herpès. Déjà Legendre avait nié cette inoculabilité. M. le docteur Douaud, de Bordeaux (communication à la réunion des Sociétés savantes des départements, 1875), conclut de ces expériences que: 1° l'herpès préputial et l'herpès labial ont pu être inoculés; 2° l'eczéma, l'herpès zona, ne sont pas inoculables; M. Fournier a cherché à contrôler ces observations. Il serait téméraire aujourd'hui de conclure, à cause du nombre encore insuffisant des expériences. Les huit inoculations (il s'agit d'auto-inoculations) qu'il a pratiquées avec tout le soin nécessaire ont été négatives. Les voici:

1^{re} inoculation. — Voyez l'observation II.

2^e inoculation. — Voyez l'observation VI.

3^e et 4^e inoculations (ont partie de l'observation I). — 23 avril, inoculation faite avec la sérosité recueillie à la surface d'une ulcération; la lancette détache un petit lambeau d'épiderme.

Le 29, inoculation négative.

Le 31, inoculation négative.

Le 14 mai, inoculation négative.

Le 18, inoculation nouvelle faite à la cuisse gauche avec le liquide à peine touché d'une vésicule de la main: il ne s'écoule pas de sang.

Le 21, inoculations négatives.

Le 27, inoculations négatives.

5^e et 6^e inoculations. — Marie N..., 26 mai (herpès vulvaire et périvulvaire). Nous choisissons une vésicule à sérosité transparente; on la perce et on fait l'inoculation avec la sérosité qui s'en écoule: la piqûre, très-superficielle, ne saigne pas.

Le 27, inoculation négative.

Le 28, nouvelle poussée. Inoculation faite avec la sérosité un peu touchée d'une vésicule nouvelle que nous ouvrons; elle ne saigne pas.

Le 21 juin, inoculation négative. Sort guérie.

7^e inoculation. — Céline M..., 25 mai (herpès vulvaire).

Le 26, inoculation faite avec le liquide recueilli sous un lambeau d'épiderme détaché au pourtour d'un groupe d'herpès.

Le 27, inoculation négative.

Le 28, inoculation négative.

Le 5 juin, inoculation négative. Sort au bout de huit jours.

8^e inoculation. — Marie M..., 26 mai (herpès vulvaire, périvulvaire et périanal).

Le 26, inoculation faite, avec la sérosité transparente d'une splendide vésicule herpétique; le sang ne coule pas.

Le 27, inoculation négative.

Le 28, inoculation négative absolument. Sort guérie le 8 juin.

Revenons à quelques-unes de ces causes, et plus particulièrement à celles qu'il nous a été donné de rencontrer.

Causes locales. — Celles que nous avons eu à noter sont les suivantes: sur 34 cas: chancre infectant, 6; syphilides vulvaires, 2; traumatisme, 1; accidents névralgiques, 10.

Ces derniers ne sont cependant pas signalés. M. Fournier les a bien indiqués le premier.

Ils sont intéressants par leurs caractères. « Beaucoup de malades éprouvent avant l'éruption des douleurs de toute la verge, des élanements dans la verge, des douleurs du périnée et du pubis, des douleurs dans les parties internes et supérieures des cuisses, dans les jambes. » Quelquefois la douleur est circonscrite et occupé soit un point fixe, soit un trajet anatomique; quelquefois encore la sensation est bizarre et toute différente; « chaque poussée se traduit par une sorte d'excitation génésique insolite, extraordinaire ».

Des phénomènes névropathiques analogues ont été signalés par le docteur Bulekley (*American journal of Obstetrics*,

février 1874) dans la variété d'herpès, qu'il a décrite sous le nom d'*herpès gestationis*.

Ces accidents sont-ils la cause de l'herpès? On peut tout au moins poser la question, et l'on doit en tout cas constater la fréquence de cette coïncidence.

Comme transition entre les causes locales et générales, je signalerai les règles, qui figurent au premier rang : 10 fois sur 34. A qui attribuer l'apparition de l'herpès en ce cas? Est-ce seulement à l'écoulement du sang? Mais il n'est pas rare que l'herpès le précède ou accompagne un écoulement moins abondant que de coutume. N'est-ce pas plutôt à l'ébranlement général qui accompagne l'éruption des règles ou aux douleurs si fréquentes dans le cas de dysménorrhée?

Dans 2 cas sont notés les excès de boisson.

Dans 2 cas la fièvre.

Il nous reste à parler d'une cause négligée par la plupart des auteurs : la *syphilis*. « La vérole est un fumier qui favorise tous les germes diathésiques », dit M. Gueneau de Mussy en parlant des affections dartreuses du col utérin. Mais ici nous voulons parler de l'herpès proprement dit, quel qu'en soit le siège. Eh bien, la syphilis est notée dix fois dans nos observations.

Sans exagérer la valeur de ces chiffres, qui représentent un nombre étonné insuffisant de cas tels que le hasard nous les a fait rencontrer, il est curieux de voir au même plan : les phénomènes douloureux, la syphilis, les règles.

Après avoir énuméré les causes de l'herpès, hé pourrions-nous pas rechercher si elles ont quelque chose de commun? M. Parrot (*loc. citato*), à propos de la fièvre herpétique, n'hésite pas à se prononcer : « C'est par le système nerveux que sont reliés entre eux ces états morbides en apparence fort dissimilables, et c'est par là qu'ils appartiennent à une même famille. » Ne pourrait-on pas étendre cette proposition à l'herpès tout entier, considéré dans son ensemble?

Qu'on relise l'étiologie de l'herpès général; on y voit constater les excès de coït pour lesquels on peut invoquer une action traumatique, mais aussi les fatigues, les veilles, les émotions, les excès de table, c'est-à-dire des causes générales. Et l'action locale n'est intervenue que secondairement, comme cause d'appel, pour produire, chez l'enfant par exemple, l'herpès guttural, chez la jeune fille l'herpès labial, chez une femme mariée l'herpès génital.

Dans l'énuclé que nous avons donné figurent au premier rang les règles, la syphilis. Or, il est d'observation journalière que les femmes, à l'époque menstruelle, offrent, outre des douleurs hypogastriques et lombaires, des phénomènes douloureux, vagues, ou encore un changement dans le caractère, en un mot un état général indiquant qu'une secousse passagère ébranle l'économie toute entière. Quant à la syphilis, les récents travaux, et surtout ceux de M. Fournier (*Leçons sur la syphilis. Hystéro-épilepsie; De l'analgésie syphilitique secondaire*, 1869), ont montré qu'elle pouvait réveiller, sinon créer, l'hystérie, l'hystéro-épilepsie, en produisant des phénomènes d'épilepsie, de paralysie, de névralgie, d'analgésie.

Cette façon d'envisager l'herpès trouverait un nouvel appui dans un certain nombre de faits qui semblent être intermédiaires entre l'herpès ordinaire et le zona. Un exemple entre tant d'autres :

X... a de l'herpès du gland; chaque fois il en est averti par des douleurs dans un des membres inférieurs, celui précisément qui est du côté où siègera l'herpès.

De sorte qu'on pourrait à ce point de vue classer les différents faits d'herpès comme il suit :

I. Faits dans lesquels la relation entre les troubles nerveux et l'éruption est évidente. L'herpès occupe la même région que la douleur : *zona*.

II. Faits dans lesquels la relation entre les troubles nerveux et l'éruption est moins directe et moins démontrée. Ce

n'est pas le point même où siège la douleur qu'occupera l'herpès. *Herpès utérin et vulvaire après des douleurs lombaires et hypogastriques; herpès du gland après des douleurs dans les cuisses*, etc.

III. Faits dans lesquels la relation entre les phénomènes nerveux et l'éruption est indirecte. Le siège est indifférent : l'herpès peut séier partout. *C'est l'herpès qui accompagne les émotions, la fièvre, l'embaras gastrique, la pneumonie, les troubles menstruels, la syphilis*, etc.

On peut donc aujourd'hui, en s'appuyant sur ces considérations de divers ordres, conclure avec M. Fournier :

« L'éruption herpétique est en relation avec un état morbide des troncs ou des centres nerveux. »

Thérapeutique.

DE LA CURE DU RACHITISME PAR LE LAIT DE CHIENNE, par le docteur BERNARD (de Monbrun) (1).

Dans un riant valon du Dauphiné, encadré par le mont Ventoux et les derniers contreforts des Alpes, à 500 mètres d'élévation, se trouve Monbrun-les-Bains, déjà bien connu par ses eaux sulfureuses.

Les habitants, au nombre de 1500, se livrent exclusivement à la vie pastorale ou agricole.

La, peu d'agglomération, les trois quarts des maisons, qui s'élèvent au milieu des champs, sont très-espacées entre elles et les exigences hygiéniques assez bien observées.

Depuis bien longtemps l'industrie nourricière est largement pratiquée dans le pays, où l'enfant n'est sevré généralement qu'à l'âge de deux ans et demi à trois ans. Toute femme qui perd son nourrisson en prend un autre, et cette pratique a bien moins pour but la passion du lucre que la crainte d'une nouvelle grossesse. Si le nourrisson fait défaut, la femme prend un jeune chien; qu'il des lorrains fait partie de la famille et reçoit à ce titre toutes les caresses de la maison.

C'est ce qui explique la grande quantité de chiens qu'on rencontre dans le pays. Or, il est un fait qui frappe tout observateur : généralement ces chiens sont rachitiques et profondément déformés; on croirait volontiers à une dégénérescence de l'espèce. Les grands chiens courants prennent la forme du basset et le labry des troupeaux devient un roquet banal.

J'ai voulu me rendre compte d'une situation que je n'avais rencontrée nulle part, et voici sommairement le résultat de mes observations :

1° La race des chiens courants et des chiens de troupeau est pure et belle; mais les mêmes chiens nourris au lait de femme deviennent tous rachitiques dès leur naissance.

2° Le rachitisme chez le jeune chien se comporte en tout comme chez l'enfant, avec cette différence aggravante pour la race canine que les déformations du squelette ne guérissent jamais.

3° L'intelligence chez le chien rachitique est en raison directe de l'intensité de l'affection.

Il est évident que si le jeune chien privé du lait de sa mère, et nourri au lait de femme devient rachitique, il manque à ce lait les éléments nécessaires pour le préserver de cette terrible affection. L'analyse comparative des laits semble d'ailleurs venir à l'appui de cette affirmation.

Guidé par ces données et sachant par des expériences répétées que le jeune chien rachitique guérit rapidement en lui

(1) A la suite d'une analyse que nous avons faite sous l'induité de M. le docteur Larum sur l'exemple thérapeutique du lait de chienne (*Gaz. Arch.*, 1875, p. 717), nous avons reçu et mentionné (*ibid.*, p. 784) une note de M. le président de la Société médicale de Penfance de Marseille, tendant à établir que la priorité de cette méthode appartient à M. le docteur Bernard, de Monbrun-les-Bains, qui en a fait l'objet d'une communication au Congrès médical sous à Marseille le 4 février 1874. M. le docteur nous envoie ce travail manuscrit. Nous nous empressons de le publier, tant pour établir les droits de l'auteur qu'à cause de la nouveauté du sujet.

rendant le lait de sa mère, je soumis une jeune fille profondément rachitique à l'usage du lait de chienne.

Pour ne pas être trop long, je donne ici cette observation :
Ous. Jeune fille de vingt-six mois, née de père exempt de toute manifestation constitutionnelle et d'une mère atteinte d'une luxation coxo-fémorale; un frère athlétique mais assez bien portant.

Cette petite fille a tous les attributs du tempérament bilioso-sanguin, Brune, les yeux noirs et les téguments couverts d'un duvet très-foncé.

Jusqu'à l'âge de douze mois rien de particulier à noter, si ce n'est un défaut d'équilibre dans la nutrition ; les membres supérieurs se développent mieux que les inférieurs.

A quinze mois le ventre se ballonne; tandis que les membres se relâchent et perdent toute tonicité; Cependant la petite, quoique un peu triste, reste toujours bien.

A vingt mois elle semble raccourcie, pelotonnée. Le ventre est énorme, toutes les apophyses gonflées, les bras incurvés et virevoltants, les jambes semblent éprouver ce mouvement automatique, de polichonelle et rappelle le chiffre 8, tant est grande la courbure, qui les a infléchies de dedans en dehors. La poitrine participe aussi à la déformation par l'aplatissement latéral des côtes et la saillie du sternum.

Six mois après l'état général s'est aggravé malgré l'usage de l'arsenal des médicaments usités. L'enfant refuse la bouillie et n'accepte plus que le lait de sa mère; son état simule la paralysie.

En présence d'une pareille situation, je propose à la famille de soumettre cette enfant à l'usage exclusif du lait de chienne. Ayant enfin obtenu l'assentiment de la mère, je choisis moi-même la nourrice, belle chienne grand-courante de quatre ans et donnant par jour de 80 à 110 centilitres de lait.

Deux jours après, la nourrice fut parfaitement à son affaire; mais l'enfant est plus longtemps à s'y faire. Il lui en faut dix jours plus tard (tout allait à merveille).

Dès le vingtième jour, la petite fille, déjà tonifiée, fut prise de fièvre, et de diarrhée. On diminue l'allaitement, on le remplace par de l'eau de riz gommée, et quelques jours plus tard tout rentre dans l'ordre.

A l'état de ce moment, aucune complication ne vient entraver la cure; la nourrice veille sur son nourrisson avec la plus intelligente sollicitude et ne peut consentir à se séparer de lui.

Vers le milieu du deuxième mois, les muscles se contractent et impriment aux membres des mouvements bien coordonnés, en même temps les apophyses sont moins accentuées et ne présentent plus le fideleux des premiers jours.

Au commencement du troisième mois, l'état général est satisfaisant, le ventre a repris son volume normal; quelques lavements émoullifs font disparaître une constipation assez prononcée. Les courbures des os longs sont moins prononcées, l'enfant se tient bien sur ses jambes et commence à marcher.

A la fin du troisième mois, les fontanelles, qui avaient permis la malformation du crâne, sont fermées, la poitrine a repris sa conformation normale et ne présente plus qu'une voussure exagérée du sternum.

Nous arrivons au cinquième jour de la cure. La santé est bonne, les bras sont solides et droits et ne conservent qu'une virelos syndrôme au tiers inférieur de l'humérus. Les jambes sont solides, l'enfant marche sans le secours d'une main étrangère; toutefois, les fémurs conservent encore une courbure assez prononcée mais qui chaque jour tend à s'améliorer.

En présence de cette situation, l'enfant a été sevrée, au grand chagrin de sa nourrice, qui persiste à veiller nuit et jour sur le dépôt qui lui a été confié.

Trois mois après, j'ai revu cette petite fille dont la santé est parfaite; elle se développe bien et ne conserve de son affection qu'une légère incurvation des cuisses.

P. S. Voilà l'observation que j'ai adressée, le 2 février 1874, au Congrès médical et scientifique de la Société protectrice de l'enfance à Marseille.

Depuis cette époque, 6 nouvelles observations, dont 5 suivies de succès, sont venues corroborer la première. Pour moi, la cure du rachitisme par le lait de chienne est un fait acquis et incontestable. Depuis quelques mois, j'emploie la même médication pour la cure de la phthisie pulmonaire; les résultats sont très-encourageants; mais j'attends la fin de nombreuses observations pour les livrer à la publicité.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SEANCE DU 3 JANVIER 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

PRODUCTION DES MATIÈRES SACCARIFIQUES DANS LES VÉGÉTAUX, par M. P. Duchartre. — Le sucre ne peut être produit, dans la racine de la betterave, que de deux manières, soit par l'action seule et indépendante de cette racine, soit par son action subordonnée, à une élaboration préalable de matières dans les feuilles. Dans le premier cas, la matière saccharine pourrait provenir uniquement de l'eau puisée dans le sol et tenant simplement en dissolution une minime quantité de matières salines, puisque c'est le seul liquide que cet organe reçoit directement et par sa propre absorption. Personne ne peut songer à faire dériver du sucre de cette eau; mais, si cette première origine est reconnue inadmissible, il paraît difficile de se refuser à admettre la seconde.

TÊTES OSSEUSES DE RACES HUMAINES FOSSILES ET ACTUELLES.

HISTOIRE DE LA CRANIOLOGIE ETHNIQUE. RACE NÉGRITO. — MM. de Quatrefages et Hamy présentent à l'Académie la quatrième livraison des CRANIA ETHNICA, où il est traité en particulier des Négritos.

DES CONDITIONS PHYSIOLOGIQUES QUI INFLUENT SUR LES CARACTÈRES DE L'EXCITATION UNIPOLAIRE DES NERFS, PENDANT ET APRÈS LE PASSAGE DU COURANT DE PILE, par M. A. Chauveau.

J'ai comparé, dans quatre cas particuliers, sur la grenouille, prise en saison d'été, les contractions de fermeture et d'ouverture produites par l'excitation unipolaire pratiquée médiatement avec des électrodes imparisables : Premier cas, système nerveux absolument intact; deuxième cas, moelle épinière séparée de l'encéphale; troisième cas, moelle détruite; quatrième cas, nerf coupé au-dessus du point d'application de l'électrode. Mes études sur les mammifères se sont bornées jusqu'à présent, à l'excitation médiate du facial dans le cas d'intégrité absolue du système nerveux. Voici les conclusions de ces nouvelles recherches :

1° Quatre types de contractions peuvent se manifester pendant le passage du courant : 1° type initial, où l'effet du courant n'est marqué que par une contraction plus ou moins instantanée, coïncidant avec le moment même de la fermeture du circuit; 2° type instantané continu, dans lequel une contraction initiale, plus ou moins semblable à celle du premier type, est suivie, tôt ou tard, d'une tétanisation généralement irrégulière et imparfaite; 3° type continu décroissant, où la tétanisation, obtenue d'emblée, décroît ensuite, tantôt avec lenteur, tantôt avec une certaine brusquerie; 4° type continu permanent, avec légers fraps se prolongeant pendant toute la durée du passage.

2° Quand le système nerveux n'a pas subi de mutilation et ne présente, pas encore trace de la fatigue due aux excitations, généralement les contractions positives produites par le passage du courant affectent le type initial, avec les excitations faibles, et le type continu plus ou moins permanent, avec les excitations très-fortes. Les courants moyens provoquent des contractions qui appartiennent aux types intermédiaires. C'est avec ces derniers courants que le pôle négatif paraît avoir la plus grande aptitude à provoquer la tétanisation.

3° Dans ces mêmes conditions physiologiques types, la contraction d'ouverture présente une tendance marquée à paraître tardivement.

4° Un caractère fort remarquable distingue les traces près dans ces conditions pleinement physiologiques, pendant la période d'interruption du courant. Ces traces montrent que le muscle tend à conserver alors une partie plus ou moins notable du raccourcissement qui lui a été imprimé par le passage du courant.

5° Quand la moelle vient d'être séparée de l'encéphale, les phénomènes de l'excitation unipolaire ressemblent à ceux du cas précédent, sauf en un point : on voit disparaître presque complètement la persistance du raccourcissement musculaire pendant la période où le courant est ouvert. Dans les tracés, la chute de la courbe de la contraction, après l'ouverture, est plus rapide, quelquefois tout à fait brusque. Cette chute ramène la courbe près de l'axe des abscisses.

6° Si la moelle est coupée depuis un certain temps et le nerf déjà fatigué, la contraction de fermeture prend le caractère franchement initial plus ou moins instantané, même avec les fortes excitations positives. En dehors du début de la fermeture et de l'ouverture, la courbe des contractions est donc une droite se confondant avec l'axe des abscesses, droite sur laquelle la contraction de la fermeture et celle de l'ouverture, si elle existe, apparaissent sous forme de saillies plus ou moins accentuées.

7° Le dernier caractère se manifeste presque d'ombelle quand la moelle vient d'être détruite; mais, sur certains sujets, on peut encore observer dans ce cas, au début, pendant une période très-courte, il est vrai, la tétanisation produite avec les courants forts par l'application du pôle positif. A ce moment, l'accroissement de grandeur et de durée des contractions positives s'observe, quand le courant augmente, presque aussi nettement qu'à l'état normal. Plus tard, l'augmentation du courant devient impuissante à modifier sensiblement les contractions. Positives ou négatives, fortes ou faibles, celles-ci présentent tous les mêmes caractères de grandeur et de durée, sauf les toutes premières, où la supériorité de l'excitation négative est franchement conservée.

8° La section simple du nerf exerce une action perturbatrice non moins marquée et de même sens que celle de l'écrasement de la moelle épinière; mais les deux actions diffèrent en ce que la première, si la section du nerf a été faite avant toute application préalable de courants, donne d'abord lieu, passagèrement à une remarquable inversion dans l'activité des pôles: c'est avec l'excitation négative seule qu'on obtient alors la contraction d'ouverture, et ce phénomène coïncide avec la conservation permanente de la supériorité de cette excitation négative au moment de la fermeture.

9° Chez les mammifères, la tétanisation est bien plus facilement et plus complètement provoquée que sur la grenouille. On l'obtient, en effet, fort belle par l'excitation négative au moyen de courants faibles, même avec deux petits couples. Daniell seulement, si l'on emploie des électrodes peu résistances. Des courants un peu forts produisent cette tétanisation à peu près également dans le cas d'excitation négative ou positive. Enfin un accroissement suffisant du courant, en faisant disparaître presque absolument la tétanisation avec l'excitation négative, donne à celle qu'engendre l'excitation positive un caractère de solidité permanente tout à fait remarquable. La tendance à la persistance du raccourcissement musculaire, après le passage du courant, existe aussi chez les mammifères, mais beaucoup moins accentuée que chez la grenouille.

(Commissaires: MM. Chasles et Bertrand.)

TEMPÉRATURE DU CORPS. — M. G. Colin soumet au jugement de l'Académie un mémoire sur les variations de température des parties superficielles du corps. (Commissaires: MM. Milne Edwards, Bouley.)

SALICYLATE DE FER. — M. Déclat adresse une note relative à l'emploi du salicylate de fer, pour remplacer le perchlorure de fer en médecine et en chirurgie. (Renvoi à l'examen de M. Bonillaud.)

PHYSIOLOGIE. — M. le Secrétaire perpétuel signale, parmi les pièces imprimées de la correspondance, le compte rendu des travaux du laboratoire de M. Marey pendant l'année 1875.

URINE NORMALE DES NOUVEAU-NÉS: APPLICATIONS À LA PHYSIOLOGIE ET À LA CLINIQUE. Note de MM. Parrot et A. Robin. « Un nouveau-né urine quatre fois plus qu'un adulte, par kilogramme de son poids.

« Dans des circonstances tout à fait exceptionnelles, l'urine peut donner un très-léger dépôt, formé de cristaux d'acide urique ou d'oxalate de chaux ou d'urate de soude (urine du premier jour, alimentation insuffisante ou vicieuse, etc.). Les ferments végétaux paraissent s'y développer plus rapidement que dans l'urine des adultes.

« Elle a une réaction neutre au papier de tournesol. L'acidité de l'urine indique le plus souvent un intervalle trop long entre les tétées, et, dans un certain nombre de cas, peut mettre sur la voie d'un état pathologique.

« L'urine des nouveau-nés contient, en moyenne, par litre, 3^e. 3 d'urée, soit 80 centigrammes par kilogramme chez un enfant de 3850 grammes; mais, dans les vingt-quatre heures, une nouveau-né de onze à trente jours rend environ 90 centigrammes d'urée, soit 23 centigrammes par kilogramme de son poids.

« L'âge, le poids et la température influencent notablement la

quantité d'urée. Lorsque les urines de deux enfants dont l'âge, le poids et la température diffèrent, présentent des quantités inégales d'urée, avant d'expliquer cette différence par un état pathologique, on devra s'assurer que l'excédant d'urée dépasse les limites que nous avons fixées pour les variations qui sont dues à ces causes.

« Il existe un rapport constant entre la quantité d'urée, la couleur et la réaction de l'urine, de telle sorte que l'inspection de ces deux derniers caractères permet d'apprécier cliniquement la proportion d'urée.

« Il existe normalement dans l'urine des nouveau-nés des traces d'acide urique, mais elles échappent à tout dosage: l'urine du premier jour en renferme davantage; elle ne contient pas de matières extractives chimiquement appréciables, mais elle renferme de l'acide hippurique et de l'allantoïne.

« Dans aucune circonstance l'urine normale du nouveau-né ou du fœtus ne contient d'albumine; elle n'exerce aucune action réductrice sur la liqueur de Barreswill.

« Le nouveau-né ingère, en vingt-quatre heures et par kilogramme de son poids, deux fois plus d'azote que l'adulte; il en rend six fois moins par l'urine, quoiqu'il fixe au moins autant d'oxygène; il brûle donc moins, tout en absorbant plus de combustible et au moins autant de comburant. Cet excès de l'assimilation sur la désassimilation, expérimentalement démontré, est en rapport avec l'augmentation journalière du poids, augmentation à laquelle doit aussi prendre part une partie de l'oxygène absorbé.

« Quand l'urine d'un nouveau-né est modifiée dans l'un de ses caractères, au delà des limites que nous avons tracées, il faudra songer d'abord à une irrégularité dans l'alimentation, ensuite à un état morbide.

« Dans quelques circonstances, l'étude des urines permet de préciser l'existence d'un état pathologique spécial ou d'un symptôme particulier (œdème des nouveau-nés, diarrhée, etc.).

« Enfin cette étude permet quelquefois de prévoir l'apparition prochaine d'accidents déterminés, tels que l'œdème des nouveau-nés, l'atropisie, etc. En effet, une lésion de la nutrition précède évidemment l'apparition des signes extérieurs de ces affections, et l'enfant est déjà malade alors qu'aucun symptôme ne révèle au dehors cet état de souffrance, dont les altérations de l'urine donnent la mesure. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 11 JANVIER 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. le ministre de l'Agriculture et de l'Commerce transmet à l'Académie: 1. Un mémoire de M. le docteur Berthelard sur les eaux minérales de l'Algérie. (Communication des eaux minérales.) — 2. Un rapport général sur les eaux minérales de Bagnols (Orne) pendant l'année 1875. (Même communication.) — 3. Un rapport général sur les eaux de Vittel (Vosges). (Même communication.) — 4. Un rapport de M. le docteur Protat sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Caudeville (Seine-et-Oise). (Communication des épidémies.)

L'Académie reçoit: 5. Une lettre de candidature de M. le docteur Teissier pour la section des correspondants nationaux. — 6. Une monographie de M. le docteur Trier sur les eaux minérales de Capvern-les-Bains (Hautes-Pyrénées). — 7. Une lettre de remerciements de M. G. West à l'occasion de sa nomination au titre de correspondant étranger. — 8. Un pli cacheté de M. Mathieu, fabricant d'instruments. (Secrét.) — 9. Un pli cacheté de M. le docteur Hans Vogel. (Secrét.) — 10. Un rapport de M. le docteur Henri Bernard sur les vaccinations antipesteuses pendant l'année 1875 dans les trois cantons de Grenoble. — 11. G. Une Histoire abrégée des sondes et des bougies uréthro-vésicales, par M. le docteur Caspary. — 12. Une brochure de M. le docteur Despres (de Saint-Quentin) sur le traitement rationnel du choléra à la période aiguë.

M. Noël Gueneau de Mussy offre au hommage à l'Académie une brochure intitulée: NOTES ET IMPRESSIONS DE VOYAGE DANS LES TROIS-ROYAUMES, écrites AU COURS DU GRAVE.

M. Deschamps présente à l'Académie, au nom de M. le docteur Émile Borin: 1. Cinq brochures de chroniques mensuelles; 2. des articles extraits de l'Encyclopédie ENCYCLOPÉDIE DES SCIENCES MÉDICALES ou ayant pour titres: 1. Anémie et isohémie; 2. Ramollissement de la moelle; 3. Hypertrophie de la moelle; 4. Atrophie de la moelle épinière; 5. Héri.

M. Verneuil offre, au nom de M. le docteur Henri Petit: 1. une thèse sur les symptômes de ses rapports avec le traumatisme; 2. une brochure intitulée: DE LOUIS-NIHOUS RESIDENTS.

M. M. Desbrières dépose sur le bureau son ouvrage intitulé: LA VÉRITÉ SUR LES EXANTHÈMES TRYPHÉES, par M. le docteur Berchard.

M. Larrey présente: 1. Au nom de M. Verdés, une nouvelle traduction du TRAITÉ DE MÉDECINE DE Celso; 2. une brochure de M. le docteur Armutz, Institut MÉTÉOROLOGIQUE HYGIÉNIQUE, L'OBSERVATOIRE DU PÔLE NORD ET LA NEIGE, ROUEN.

RHUMATISME ET TRAUMATISME. — M. Verneuil communique un travail sur le rhumatisme dans ses rapports avec le traumatisme. Il fait remarquer d'abord que la question est à

l'ordre du jour dans la séance depuis quelques années seulement. Le champ à explorer est vaste, et les observations recueillies sont encore trop peu nombreuses ou trop incomplètes pour qu'on puisse essayer un travail de synthèse; il faut se contenter actuellement de recueillir de nouveaux faits.

C'est dans ce but qu'il vient communiquer à l'Académie quelques observations qui lui paraissent démontrer l'existence de ces relations intimes entre l'arthritisme et le traumatisme.

Avant d'aborder le fond même de la question, il indique la marche à suivre dans ce genre de recherches. La maladie constitutionnelle et la violence étant constatées, il y a trois groupes à établir: 1° cas où la blessure, et la diathèse évoluent parallèlement, normalement, sans paraître s'influencer; 2° cas où la marche de la lésion chirurgicale est influencée par l'état constitutionnel; 3° cas où l'accident traumatique modifie l'évolution de la maladie générale. Le programme est simple, mais l'application est loin d'en être facile. Si l'on peut aisément constater la plaie ou le traumatisme, il n'en est pas de même pour l'état constitutionnel. Dans quelques cas pourtant, on peut affirmer à coup sûr la relation qui existe entre l'état local et l'affection générale, et M. Verneuil en cite deux observations: chez un fabricant, à la suite d'une fracture du péronée, on vit apparaître un accès de fièvre intermittente; chez un autre en puissance de la diathèse syphilitique, des exostoses spécifiques se montrèrent sur la face antérieure du tibia quelques jours après une simple contusion de cette région. Il y a eu évidemment dans ces deux circonstances un rappel de diathèse, et la relation de cause à effet est bien nette. Il s'en faut qu'il en soit constamment ainsi; et les manifestations n'ont pas toujours d'étiquette évidente indiquant l'influence de l'état diathésique. Toutefois, cette influence sera presque certaine dans deux cas: 1° quand des accidents violents éclatent après une blessure insignifiante; 2° quand ces accidents ressemblent à ceux que détermine spontanément la maladie constitutionnelle abandonnée à elle-même. Enfin, l'action de la blessure sera prouvée quand à sa suite on verra s'aggraver rapidement ou l'état diathésique ou les lésions viscérales dépendant de la diathèse en question.

Après cette entrée en matière, M. Verneuil arrive à la question des rapports du traumatisme et de l'arthritisme, qu'il examine d'après les règles énoncées plus haut. Il divise les rhumatisants blessés en trois catégories, suivant: 1° qu'ils se comportent comme des sujets non diathésiques; 2° que la diathèse semble se représenter sur le point blessé; 3° que la blessure provoque les manifestations rhumatismales. Il constate d'abord que les cas négatifs sont les plus nombreux; la plupart des blessés ou des opérés rhumatisants ne présentent rien de particulier, et à la règle est que l'affection suit son évolution normale.

Quant à l'action du rhumatisme sur le foyer traumatique, le plus ordinairement elle n'a rien de spécial et ne modifie pas le travail de cicatrisation. Dans certains cas pourtant, la diathèse manifeste son influence par des diffusions séreuses, des œdèmes, des congestions simples ou hémorrhagiques de pseudo-pilegmons accompagnés de douleurs intenses; en un mot, par un ensemble de signes qui constituent les accidents arthritiques des plaies.

M. Verneuil entre ensuite dans le détail des faits qu'il a observés tant à l'hôpital que dans sa pratique civile et qui confirment sa théorie. Nos lecteurs trouveront tout au long dans le *BULLETIN DE L'ACADÉMIE* les onze observations recueillies et rédigées avec beaucoup de soin.

En somme, conclut M. Verneuil dans son cours résumé qui termine son travail, ces faits prouvent: 1° que le traumatisme peut réveiller la diathèse rhumatismale endormie et en étendre les manifestations à des organes jusque-là respectés; 2° que les traumatismes les plus variés possèdent cette puissance excitatrice ou provocatrice; 3° que les manifestations

diathésiques nées sous cette influence sont de nature très-diverses (inflammations articulaires, éruptions cutanées, douleurs névralgiques, péricardite, etc.).

Malheureusement, en regard de ces évidences restent bien des incertitudes, des obscurités, des inconnues à trouver. Comment, par exemple, un traumatisme éveille ou réveille-t-il une diathèse? Pourquoi celle-ci une fois en jeu, ses manifestations se portent-elles sur un organe plutôt que sur un autre? Pourquoi épargnent-elles ou frappent-elles suivant le cas le foyer traumatique?

Autant de problèmes à résoudre. M. Verneuil ne se charge pas d'en donner actuellement la solution, il se contente d'émettre sous toutes réserves quelques hypothèses qui lui paraissent devoir jeter un peu de jour sur ces mystères pathogéniques.

DE LA BRONCHO-PNEUMONIE INTERMITTENTE. — M. le docteur Bourgade (de Clermont-Ferrand) donne lecture d'un travail sur la broncho-pneumonie intermittente et rémittente.

Après quelques considérations sur la transformation, subie par le miasme paludéen dans les provinces du centre de la France, grâce aux travaux d'assainissement et aux améliorations introduites dans les conditions hygiéniques des populations, M. Bourgade constate que la fièvre intermittente à type franc, bien tranché, a disparu en partie pour faire place à une forme insidieuse qui imprime un cachet, particulier à toutes les maladies et leur donne une gravité anormale.

Il s'est proposé d'étudier dans le travail qu'il communique aujourd'hui les caractères spéciaux que prend la broncho-pneumonie sous l'influence du miasme paludéen.

Cette affection, à laquelle il donne le nom de broncho-pneumonie rémittente ou intermittente, offre, bien dans son ensemble tous les symptômes de broncho-pneumonie franche, mais ces signes présentent des singularités qui indiquent une influence pathogénique particulière.

Ainsi, le frisson initial apparaît pendant quelques jours sans former d'accès périodiques; il peut manquer, mais il est alors remplacé par un malaise, une douleur sourde dans la région de la rate.

La percussion donne une matité plus ou moins étendue, et l'on constate en même temps une augmentation remarquable de la cage thoracique sans qu'il y ait de pleurésie; c'est une déformation due à la turgescence congestive du poumon diglée par M. Woillez.

Le souffle est moins marqué que dans la pneumonie franche et varie d'intensité avec l'apparition et la disparition des exacerbations fébriles.

Le caractère pathognomonique de cette forme est en effet de présenter des accès de fièvre quotidiens qui apparaissent régulièrement la nuit et le matin, rarement le soir, où l'on observe plutôt une rémission marquée. Un autre symptôme non moins remarquable, c'est la marche de la température qui, au moment de l'accès, peut monter jusqu'à 40°, 41°, 41½° pour retomber ensuite à 38° ou 39° degrés, remonter de nouveau et s'abaisser encore suivant les périodes des exacerbations ou de rémission.

La marche de la maladie est des plus irrégulières et sa durée souvient fort longue sous l'influence de l'élément miasmatique. Au lieu de quelques jours, comme dans les cas de broncho-pneumonie ordinaire, on la voit quelquefois se prolonger 4, 5 septénaires. Si l'on abandonne la maladie à elle-même pour se terminer parfois par un accès pernicieux qui entraîne le malade.

D'un pronostic grave dans le cas où la cause paludéenne est méconnue, cette broncho-pneumonie cède facilement au sulfate de quinine, et la guérison est d'autant plus rapide qu'on l'a administré plus tôt.

M. Bourgade ne croit pas que cette broncho-pneumonie soit une maladie inflammatoire, c'est une affection du genre des fièvres intermittentes. Tout indique son origine paludéenne.

les irrégularités de ses symptômes, sa marche par accès, ses exacerbations fébriles régulières, quotidiennes, et enfin, ce fait caractéristique qu'elle est justifiable du sulfate de quinine. Il en fait donc une broncho-pneumonie intermittente ou rémittente à forme spéciale.

Société de biologie.

SEANCE DU 8 JANVIER 1875. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

RAPPORTS DES CELLULES NERVEUSES GANGLIONNAIRES AVEC LES TUBES NERVEUX : M. RANVIER. — ATROPHIE CÉRÉBRALE CONSÉCUTIVE AUX AMPUTATIONS : M. LUY. — SUR LES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES : MM. BROWN-SÉQUARD ET CHARCOT. — ESCHARE FESSIÈRE DANS UN CAS D'HÉMORRHAGIE DANS LE LOBE POSTÉRIEUR : M. JOFFROY. — RENOUVELLEMENT DU BUREAU.

M. Ranvier, ayant étudié les rapports des cellules nerveuses ganglionnaires avec les tubes nerveux, est arrivé à des conclusions fort intéressantes sur la nature de ces cellules à propos desquelles des opinions très-diverses ont été soutenues par les nombreux micrographes qui en ont étudié la structure.

C'est principalement sur les raies et les torpilles dont les ganglions nerveux sont en dehors des tracés de conjugaison que M. Ranvier a poursuivi ses recherches ; il a ensuite retrouvé les mêmes résultats chez la grenouille et le lapin. Pour M. Ranvier, la cellule nerveuse ganglionnaire est placée sur le trajet du cylindre d'axe des tubes nerveux, tandis que les deux gales du tube passent de celui-ci sur la cellule nerveuse ; la myéline s'arrête avant cette communication, le cylindre d'axe se subdivise en un grand nombre de fibrilles qui se subdivisent à la périphérie de la cellule. La cellule avec les deux portions de cylindre d'axe qui forment ses deux pôles représenterait donc une sorte de segment nerveux.

Chez le lapin, on observe une disposition fort curieuse, certaines cellules sont placées sur une division d'un tube nerveux qui a ainsi une forme en T. Le corpuscule ganglionnaire est donc l'analogue du cylindre d'axe ; d'ailleurs les réactifs colorants agissent de même sur l'une et l'autre substance, le cylindre d'axe et les corpuscules sont colorés par le carmin et non par la purpurine. Enfin, le contenu de la cellule peut prendre des stries transversales par l'action du nitrate d'argent comme les cylindres d'axe. Avec ces particularités de structure, on comprend que des cellules unipolaires et les cellules bipolaires puissent remplir des fonctions tout à fait analogues. M. Ranvier pense qu'il y a lieu de recommencer l'étude expérimentale des fonctions de ces ganglions spinaux.

M. Luy, prenant part à la discussion des localisations cérébrales, pense qu'il n'y a pas d'exemple authentique de maladie cérébrale ayant produit une paralysie directe. Il communique, en outre, des photographies qui démontrent un fait très-curieux, c'est une atrophie des lobes cérébraux des corps striés et des couches optiques qu'il a observée plusieurs fois chez des amputés ; cette atrophie n'existe que lorsque l'opération est fort ancienne (quinze à vingt ans). Elle siège toujours du côté opposé au membre amputé. Il est fort intéressant de rapprocher ces faits des observations de M. Volpian sur l'atrophie de la moelle consécutive aux amputations.

La discussion sur les localisations cérébrales n'a pas beaucoup progressé ; M. Brown-Séguard a commencé l'exposé des faits qu'il considère comme démonstratifs, mais il a dû s'interrompre bientôt à cause de l'heure avancée ; un incident assez curieux s'est produit dans cette discussion, et nous le rappelons parce qu'il montre bien à quel point de vue se place M. Charcot.

En effet, M. Brown-Séguard cite un fait communiqué par MM. Davaine et Charcot, dans lequel le cerveau était comprimé du côté où la paralysie avait eu lieu, il demande si

M. Charcot acceptera ce fait. M. Charcot répond qu'il récuse ce fait par cela même qu'il a récusé toutes les observations antérieures à ces dernières années, c'est-à-dire au moment où l'on a su bien délimiter le siège des lésions. Il n'a fait d'exception que pour certaines observations dans lesquelles il avait calqué les lésions sur la coupe cérébrale elle-même. D'ailleurs, dans le fait cité, il s'agit d'un vaste tumeur, un kyste hydatique, et les tumeurs ont un mode d'action trop complexe pour qu'on puisse les utiliser, quant à présent, dans l'étude des localisations.

M. Joffroy présente une pièce à propos de laquelle il fera une communication.

Le débat, on le voit, n'est pas terminé ; M. Charcot et ses élèves se proposent de démontrer, sur des faits cliniques et automo-pathologiques, la réalité de leurs doctrines ; un tel exposé sera des plus intéressants à suivre.

Dans cette séance, le bureau a été constitué pour l'année 1876. Ont été nommés vice-présidents : MM. Parrot et Laborde ; secrétaires des séances : MM. Pierrot, Hanot, Hallopeau et Nepveu.

A. HENOCQUE.

REVUE DES JOURNAUX.

Note sur la spontanéité de la rage, par M. le docteur BERNHEIM, agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

La rage peut-elle se développer spontanément chez le chien ? La colère, la frayeur, l'excitation génésique ou autres causes peuvent-elles faire naître dans un organisme un virus, c'est-à-dire un principe vivant susceptible de se multiplier et de se reproduire ? Ce fait est contraire à nos idées de pathologie générale, mais il existe, cependant, des observations assez nombreuses qui semblent l'établir.

Dans une première série d'observations publiées dans le DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES, MÉDICALES, il s'agit de chiens devenus enragés sans avoir été mordus, sous l'influence de causes diverses, telles que colère, souffrances et surtout ardeurs génésiques inassouies et contrariées. Dans une seconde série de faits, des chiens ont pu donner à l'homme, par leur morsure, une rage qu'ils n'avaient pas. L'homme est mort de la rage ; le chien, conservé vivant, n'a présenté aucun symptôme de la maladie. Dans cette catégorie rentrent les faits publiés par Putegnot, Nuseroff et autres auteurs. Ces faits, assez nombreux pour qu'on ne puisse pas les contester, ont imposé aux pathologistes la doctrine de l'hydrophobie non rabique. Admettons-nous avec Tardieu et Gros cette opinion pour interpréter les faits ? On sent ce qu'elle a d'étrange. La morsure d'un chien enragé donne lieu à une maladie virulente (rage) ; la morsure d'un chien non enragé pourrait donner lieu à une maladie absolument identique, et qui ne serait plus virulente (hydrophobie non rabique).

La rage a une période d'incubation. Chez le chien, cette période est le plus souvent de trois à cinq semaines ; rarement elle n'est que de six à huit jours. D'après Hübner la maladie éclate dans les deux mois qui suivent l'inoculation 83 fois sur 100 cas. Dans le troisième cas 16 fois sur 100. Chez l'homme la rage incubé trois à dix-huit jours. 6 fois sur 100 cas ; dix-huit à soixante jours 60 fois sur 100 ; au delà de soixante jours 34 fois sur 100. L'incubation est en réalité une maladie latente ; le poison s'accumule dans le corps jusqu'à ce qu'il soit en quantité suffisante pour produire des désordres fonctionnels, et cette latence dure plus ou moins longtemps. Mais n'est-il pas singulier de voir la rage inoculée couvrir pendant trois mois, six mois, un an ? Pendant ce temps d'incubation le chien a du virus rabique dans son sang, il en a certainement dans sa bave, puisque des faits authentiques montrent que sa morsure a pu donner la rage. Thamhyn (1859),

Schmid's Jahrbücher) a réuni 19 cas dans lesquels des chiens commencent 18 fois la rage mortelle à des hommes; or, ces chiens qui étaient sains au moment de la morsure, devinrent enragés plus tard.

Ces faits ont amené M. Bernheim à proposer une interprétation qui lui est propre: Chez les chiens dont il est question plus haut il y avait une véritable diathèse rabique. Or, on peut se demander si cette diathèse est toujours fatalement suivie de la convulsion rabique mortelle ou si l'évolution du virus dans l'organisme ne peut s'accomplir latente sans que jamais la rage éclate? On peut concevoir, en effet, que, par suite de la présence du poison rabique dans son sang, l'animal soit prédisposé à une névrose convulsive (accès de rage) qui peut éclater tôt ou tard, mais qui ne doit pas nécessairement éclater.

Cette manière de voir expliquerait les faits nombreux de développement, en apparence spontané, de la rage canine sans l'influence de causes d'excitation diverses. On peut, en effet, admettre que, dans ces cas, il n'y a pas eu genesis spontanée d'un virus dans l'organisme; mais que la cause, excitation générique ou autre, en rendant les centres nerveux plus impressionnables, a fait que développer la crise chez un chien déjà en puissance de diathèse rabique latente par le fait d'une inoculation antérieure, comme une violente excitation morale peut développer chez un plombique une attaque d'épilepsie, chez un alcoolisé un accès de délire furieux. (*Revue médicale de l'Est*, 15 décembre 1875.)

De rétrécissement de l'urètre chez la femme et de son traitement par l'électrolyse, par le docteur NEWMAN (de New-York).

La littérature médicale est très-pauvre en ce qui concerne le rétrécissement urétral de la femme; cette affection est cependant moins rare qu'on pourrait le croire d'après le silence des auteurs. Dans l'espace de dix-huit mois le docteur Newman en a observé cinq cas, à savoir: quatre rétrécissements organiques et inflammatoires; un rétrécissement spasmodique. L'étiologie de ces deux cas peut se résumer de la manière suivante: 1° syphilis; 2° injection caustique à la suite d'une blennorrhagie; 3° urétrite granuleuse, suite de couches, déplacement de l'utérus; 4° urétrite simple; 5° irritation réflexe produite par un ulcère du rectum.

Le siège du rétrécissement était variable; il occupait différents points de l'urètre, et, dans un cas, il siégeait dans toute l'étendue du canal. Les observations recueillies par le docteur Newman ne permettent donc de tirer aucune conclusion relativement au siège de prédilection du rétrécissement urétral de la femme.

Après avoir essayé sans beaucoup de succès les méthodes de traitement le plus habituellement employées, le docteur Newman eut l'idée d'employer l'électrolyse, qui avait été récemment appliquée au traitement des rétrécissements urétraux de l'homme. Il eut un succès complet. Dans tous les cas, l'électrolyse a procuré une rapide guérison alors que la dilatation et le traitement spécifique avait échoué. Voici le manuel opératoire du docteur Newman: Le pôle positif d'une batterie galvanique de Dresher de vingt éléments est placé dans la main de la malade; on fixe au pôle négatif une sonde métallique à olive, que l'on introduit dans le méat. Le courant galvanique est porté graduellement à dix éléments. Au bout de quelques minutes, la sonde pénètre dans la vessie; quelle que soit la nature et l'ancienneté du rétrécissement. On répète l'opération en augmentant graduellement le volume de la sonde.

Un point important à considérer est l'action anodine du courant galvanique. Dans presque tous les cas observés l'électrolyse a fait cesser les douleurs. La plupart des auteurs qui ont écrit sur l'électrothérapie avaient déjà signalé ce fait.

Hiffelshelm admet les effets toniques et stimulants de l'électrolyse, et il dit que le courant est sédatif à la manière de certains médicaments stimulants qui, dans certaines circonstances, peuvent devenir sédatifs. (*Archives générales de médecine*, janvier 1876; traduit de l'*American Journal* par le docteur Lutand.)

De l'anémie progressive pernicieuse, par le docteur William Pepper.

Après avoir établi que cette affection n'est pas nouvelle et a déjà été décrite par Addison, Bennett, Trousdale et autres auteurs, M. Pepper termine son mémoire par les conclusions suivantes:

1° L'anémie pernicieuse progressive est identique avec l'anémie idiopathique d'Addison et ne saurait constituer une affection nouvelle. Elle est, en réalité, une forme médullaire de la pseudo-leucémie.

2° Les lésions primitives et essentielles de cette maladie et des états morbides analogues (leucémie et pseudo-leucémie) ont leur siège dans les tissus générateurs du sang (*blood making tissues*). La maladie est donc produite par une élaboration défectueuse du sang, et le nom d'*anæmose*, qui indique ce fait, semble mieux approprié que celui d'anémie.

3° Les changements subis par le sang sont: grande réduction de sa masse; diminution considérable des globules rouges sans augmentation du nombre des globules blancs. Il est probable qu'il existe également quelques altérations dans les propriétés vitales des globules rouges et blancs.

4° Les autres lésions; dégénérescence graisseuse du cœur et des autres organes, hémorragies passives, etc., sont secondaires et produites par les altérations du sang.

5° La maladie, une fois bien établie, est toujours funeste.

6° Les médicaments qui donnent les meilleurs résultats sont l'huile de foie de morue, l'arsenic et le phosphore.

7° La transfusion ne peut que produire une amélioration momentané. Elle ne saurait être pratiquée sans danger à cause de la faiblesse du cœur et de la petite quantité de sang contenue dans les vaisseaux. On doit alors injecter une petite quantité de fluide sanguin chaque fois (environ 90 grammes) et répéter l'opération après un certain intervalle. La transfusion est moins dangereuse si l'on injecte le sang dans une petite artère au lieu d'une veine. (*American Journal of the med. Sciences*, octobre 1875.)

BIBLIOGRAPHIE

Recherches expérimentales sur la part qui revient au degré de perméabilité des voies lymphatiques dans la production de l'œdème, par le docteur R. BODDAERT, professeur de physiologie à l'université de Gand.

Le professeur Boddart a donné lecture au Congrès de Bruxelles d'une note relative à la pathogénie du goître exophthalmique provoqué expérimentalement sur des lapins par la ligature des principales voies veineuses du cou (jugulaires externes; veines thyroïdiennes).

L'auteur indiquait l'importance de la ligature simultanée des troncs lymphatiques qui accompagnent les jugulaires externes dans la production de l'œdème superficiel et profond des régions situées au-dessus du niveau des ligatures veineuses. Mais n'ayant point encore un nombre d'expériences suffisant pour développer ce dernier point, il se contentait de le signaler et de mentionner le résultat de ses expériences à titre provisoire (voy. *Gaz. hebdomadaire*, 1875, n° 41).

Le 15 octobre suivant, il communiquait à la Société de médecine de Gand une note sur le même sujet et disait: « Il serait sans doute prématuré de déduire de mes expériences

des conclusions générales, d'autant plus que je n'ai opéré que sur des sujets jeunes. Il en résulte cependant que la ligature de deux veines considérables ne suffit pas à elle seule, même dans ces conditions, à déterminer l'œdème. Ce résultat négatif concorde avec les travaux d'autres observateurs, notamment de Ranvier, qui n'obtint point l'œdème des pattes de derrière à la suite de la ligature d'un vaisseau veineux aussi important que la veine cave inférieure. »

L'œdème ne fut pas non plus observé à la suite de la ligature des veines jugulaires tant intérieures qu'externes, compliquée de la double section du sympathique cervical, tant que l'état général des animaux adultes opérés se maintint florissant. Mais quand survenait l'affaiblissement des animaux, une infiltration œdémateuse, en rapport avec le degré auquel était arrivé l'état cachectique se produisait, évidemment sous l'influence de l'hydrémie.

Il faut sans doute dès lors, observe M. Boudaert, faire dans la production de l'œdème une part plus large à la gêne de la circulation lymphatique. Quand on augmente, expérimentalement la pression veineuse, comme l'a vu Jacobson chez un chien dont la respiration était pénible, et fréquente, le déversement de la lymphe dans les gros troncs veineux de la base du cou se trouve considérablement gêné, et on met l'animal dans les conditions où se trouvent les malades atteints d'une lésion auriculo-ventriculaire, soit d'insuffisance tricuspidale, la pression s'élève considérablement dans les veines caves et par suite dans les veines sous-clavières, auxquelles aboutissent le caual thoracique à gauche et la grande veine lymphatique à droite, d'où l'accumulation de la lymphe dans ces troncs collecteurs, leur dilatation passive, et l'épanchement œdémateux dans les interstices du tissu cellulaire.

Le professeur Boudaert, continuant ses recherches et se préoccupant surtout de la production de l'œdème localisé, confirme aujourd'hui les vues que nous venons d'exposer sur la part considérable qui revient à la circulation lymphatique dans l'épanchement œdémateux (Rech. experim. sur la part qui revient au degré de perméabilité des veines lymphatiques dans la production de l'œdème, fascicule extrait des *Bullet. de l'Acad. royale de méd. de Belgique*, t. IX, 3^e sér., n^o 9).

Il rappelle d'abord les recherches histologiques (Ranvier) et physiologiques (Colin, Ludwig, Tomsa), sur lesquelles s'appuie cette première donnée :

« Les vaisseaux lymphatiques puisent librement dans les espaces lacinaires où s'amasse la sérosité œdémateuse. »

Les travaux de Bidder et de Weiss, spécialement les expériences nouvelles de Tomsa sur le testicule du chien, lui permettent de considérer comme acquise cette seconde donnée :

« La quantité de liquide charrié par les canaux lymphatiques dans un temps déterminé augmente à mesure que la circulation au retour s'embarrasse; en d'autres termes, à mesure que la pression; s'élevant dans les vaisseaux sanguins, fait passer les parties liquides du sang en plus grande abondance dans les interstices des tissus voisins. »

C'est en rapprochant ces deux ordres de données expérimentales que M. Boudaert a conçu son plan d'expériences.

Il s'agissait de lier, d'une part, des canaux veineux d'un grand calibre, à distribution de préférence superficielle; et de l'autre, des troncs lymphatiques, suffisamment volumineux, recevant les vaisseaux de la région dans laquelle, à la suite de la ligature des veines, les éléments liquides du sang allaient transsuder en plus grande abondance.

Le lapin réunissant les conditions anatomiques les plus favorables à cette série d'expériences, l'auteur l'a choisi pour objet de ses recherches, et a de préférence opéré tout d'abord sur des animaux jeunes, dont les parois vasculaires sont plus délicates et se prêtent mieux au passage du sang. Tous ces animaux subirent la ligature des veines jugulaires, mais, sur la plupart d'entre eux, M. Boudaert lia, en même temps que

les jugulaires externes, les gros troncs lymphatiques qui s'y trouvent accolés.

Il fit donc deux séries principales d'expériences; les animaux de la première série, malgré l'obstacle à la circulation veineuse, souvent aussi malgré la section simultanée du sympathique cervical, ne présentèrent point d'œdème; (L'auteur note, au sujet de ce résultat négatif, une petite erreur de citation qui s'est glissée dans le texte du professeur Vulpian (*Vaso-moteurs*, t. II, p. 502) : M. Boudaert rappelle que c'est Ludwig qui a noté dans quelques expériences une transsudation plus abondante quand il ajoutait la section du sympathique cervical à la ligature des jugulaires.)

Un seul des animaux opérés par ligature des veines jugulaires présenta un œdème assez marqué du cou; ce fait exceptionnel s'explique par l'existence d'une pneumonie double qui, créant un obstacle considérable au passage du sang à travers le parenchyme pulmonaire, devait élever notablement la pression dans le système veineux.

Dans la seconde série (12 expériences), les vaisseaux lymphatiques satellites des jugulaires, externes étant liés en même temps que celles-ci, l'œdème s'est montré à un degré variable, d'autant plus marqué et plus prompt à s'établir que l'animal était plus jeune. Presque toujours les animaux succombaient à l'opération avant la résorption de l'œdème, et la mort était précédée d'accidents convulsifs, dans les cas dont M. Boudaert a pu être témoin.

L'autopsie, faite avec le plus grand soin, démontrait que l'œdème observé pendant la vie dans les régions superficielles s'étendait aussi dans la profondeur. Le tissu conjonctif intramusculaire et surtout celui des glandes participait aussi, mais faiblement, à l'infiltration œdémateuse. Les ganglions lymphatiques du cou et de la région mastoïdienne étaient hyperémisés et distendus par la lymphe accumulée à leur intérieur. L'encéphale, les sinus de la dure-mère et la diploë des os du crâne étaient le siège d'une congestion passive, en général bien marquée.

Enfin, l'examen du liquide par divers procédés, densimétrique, réactifs chimiques, oléaire, microscope, permit à M. Boudaert de reconnaître dans les tissus l'existence de lymphe pure ou plus ou moins mélangée de sang.

D^r François FRANK.

Index bibliographique.

DE LA MORT SUBITE OU RAPIDE APRÈS LA THORACOTOMIE, par le docteur Eugène FOUCART. In-8^o, Asselin.

La monographie de M. le docteur Foucart doit prendre la première place parmi les nombreux travaux qui ont été récemment publiés sur ce sujet. Par mort subite après la thoracotomie, l'auteur comprend les morts qui surviennent pendant l'opération; et dans les vingt-quatre ou trente-six heures qui suivent. Après avoir réuni 16 observations dont quelques-unes sont inédites, M. Foucart arrive à conclure que la mort subite après la thoracotomie est un fait rare et qui ne doit pas être attribué à l'opération même, mais aux circonstances locales ou générales dans lesquelles la ponction a été faite.

Les causes de la mort subite sont dues tantôt au cœur, tantôt au poumon; dans le premier cas, on rencontre des caillots sanguins dans le cœur ou la petite circulation; ou l'on constate à l'autopsie l'existence d'une péricardite; dans le second il y a congestion et œdème pulmonaire avec ou sans expectoration albumineuse.

La mort subite dans la pleurésie sans thoracotomie arrive souvent par le même mécanisme que les morts subites ou rapides après cette opération, ce qui prouve que la ponction n'est pas toujours la cause de la terminaison fatale.

Nous recommandons particulièrement aux praticiens la lecture du chapitre où l'auteur étudie les signes qui peuvent faire craindre la production de la mort subite et les précautions à prendre pour se mettre à l'abri de cette funeste issue. Il faut d'abord s'assurer de l'état du cœur et des deux poumons, surtout du poumon du côté opposé à l'épanchement; opérer autant que possible le malade

dans la position horizontale; obtenir un écoulement lent que l'on pourra arrêter immédiatement; ne pas faire un vide trop complet dès l'abord dans le flacon récepteur ou le corps de pompe; si on emploie un trocart, ne pas prendre un instrument d'un trop gros calibre; ne pas vider complètement la poitrine; mais arrêter l'écoulement quand on aura extrait un demi-litre; mais arrêter l'écoulement opposé est malade, ou si la malade est pris de quintes de toux persistantes et fatigantes.

VARIÉTÉS

L'ASSessorat de la Faculté de Médecine de Paris. — Un assez grand nombre de journaux, tant médicaux que politiques, ont annoncé l'élection de deux assesseurs par l'assemblée des professeurs de la Faculté. Nous pouvons assurer que cette élection n'a pas encore eu lieu au moment où nous écrivons; il paraît seulement certain que l'unanimité ou la très-grande majorité des voix se portera sur MM. Les professeurs Broca et Sappey.

— La permutation de M. le professeur Hardy, de la chaire de pathologie médicale à une chaire de clinique médicale, est décidée. Cette chaire de clinique médicale est transportée de l'hôpital de la Charité à l'hôpital Necker. Il s'agit maintenant de désigner un successeur à M. Hardy à l'hôpital Saint-Louis, où il faisait un cours complémentaire de dermatologie. On dit le nom de ce successeur; mais nous croyons devoir le faire quant à présent.

AUTORISATION D'EXERCICE MÉDICAL. — Nous annonçons dans notre dernier numéro l'intention manifestée par plusieurs sociétés locales des départements de prier M. le ministre de l'instruction publique de vouloir bien publier la statistique des autorisations d'exercice accordées en France. Or, voici un fait signalé par l'ÉCHO qui nous donne le titre de *Médecine ambulante* et qui montre bien ce que pourrait avoir d'instructif une pareille statistique.

Le docteur Bribosia, médecin de l'Institut ophthalmologique de Namur, qui avait donné quelques soins aux blessés français, demanda, vers la fin de 1871, l'autorisation d'exercer en France. Le conseil de l'école de médecine de Lille, consulté, émet un avis défavorable. L'autorisation est néanmoins accordée, le 6 février. M. Bribosia se met alors à parcourir le département du Nord, faisant annoncer sa venue dans les journaux. Dix médecins français avertissement de ce scandale l'Académie de médecine de Belgique, dont M. Bribosia fait partie, et celle-ci prend en comité secret la délibération suivante :

« L'Académie considère comme étant contraire à la dignité professionnelle l'exercice de la médecine ambulante. Elle regarde comme des lieux éloignés de leur domicile, dans leur pays ou en pays étranger, sans y avoir été appelés pour un cas particulier ou par l'autorité; surtout s'ils s'y font annoncer, disputant ainsi la clientèle à leurs confrères établis en ces lieux. L'Académie estime que des médecins, quelque puisse être d'ailleurs leur mérite, se livrant à la pratique de la médecine ambulante telle qu'elle vient d'être définie, ne peuvent être admis dans son sein. »

Devant cette déclaration, M. Bribosia ne s'arrête pas; on fonde à Tournay un Institut ophthalmologique; il en est nommé directeur, et, le 23 février 1873, la VRAIE FRANCE contient une réclamation, dont voici le passage caractéristique : « Le docteur Bribosia, chrétien sincère autant qu'habile praticien, a, nous dit-on, rendu par ses soins la vue à bien des aveugles et guéri par ses conseils bien des âmes d'une cécité plus dangereuse et plus incurable que l'autre. Les personnes de nos environs qui sont atteintes d'affections de la vue apprendront avec joie cette nomination. » C'était trop fort. La Société locale du Nord s'indigne; un membre du conseil général est chargé de voir le ministre; et, dit l'ÉCHO du Nord..., le 20 décembre, M. Bribosia est nommé chevalier de la Légion d'honneur!

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Par dérogation aux usages de l'Association et en vertu d'une décision spéciale de la commission générale, l'Assemblée générale (qui d'habitude tient sa séance le dernier dimanche de janvier) se réunira cette année le 14 janvier, à deux heures très-précises, dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine.

— La SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE, association contre l'abus des boissons alcooliques, réunie en assemblée générale le 5 décembre 1875, a formé son bureau comme il suit pour l'année 1876 :

Président: M. Dumas, de l'Institut; vice-présidents: MM. Edouard Laboulaye, professeur, Bouillaud, baron Larrey et Reverchon; secrétaire général: docteur L. Lunier; secrétaires généraux adjoints: MM. Edmond Bertrand et docteur Decaisne; secrétaires des séances: docteurs Magnan et Vidal; bibliothécaire archiviste: docteur A. Motet; trésorier: M. Gust. Maugin.

Nous croyons devoir rappeler que la Société décerne chaque année, dans sa séance solennelle du mois de mars, un certain nombre de médailles et de livrets de caisse d'épargne aux instituteurs, chefs d'ateliers, contre-maitres, ouvriers, serviteurs et toutes autres personnes qui lui sont signalés comme s'étant fait remarquer par leur sobriété exemplaire et leur propagande en faveur de la tempérance.

Toutes les demandes de récompenses, avec pièces à l'appui, doivent être adressées au secrétaire général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, avant le 4^e février 1876.

— L'ASSOCIATION FRANÇAISE CONTRE L'ABUS DU TABAC ET DES BOISSONS ALCOOLIQUES a constitué son bureau ainsi qu'il suit pour l'année 1876: Président, M. Decroix; vice-présidents, MM. de Beaupré, Crivelli, docteur Bossu, docteur Desmarres; secrétaire général, M. Germond de Lavigne; secrétaires des séances, MM. Gindre Malherbe et Léon Fontaine; secrétaire pour l'étranger, M. L. Crivelli; archiviste, M. Petitbon; trésorier, M. Raveret. — Siège de l'Association, 8, rue Hautefeuille, à Paris.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE VARSOVIE. — MM. les docteurs H. Liouville et H. Huchard viennent d'être élus membres correspondants de cette société, fondée au commencement de ce siècle.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LIÈGE, CONCOURS. — La Société médico-chirurgicale de Liège accordera un prix de 500 francs et le titre de membre correspondant à l'auteur du meilleur mémoire sur un sujet librement choisi de médecine, de chirurgie, d'accouchements ou de pharmacie. Les auteurs ne doivent pas présenter des travaux d'un étendue excédant cinq feuilles d'impression (soit 80 pages format in-8 des ANNALES de la Société). Les travaux devront être remis, avant le 1^{er} août 1876 à M. le docteur Davreux, secrétaire général de la Société, rue de la Casquette, 33, à Liège.

La Société décernera une médaille d'or à l'étudiant d'une des universités belges, auteur du meilleur travail sur un sujet librement choisi concernant l'anatomie, la physiologie, la médecine, la chirurgie, les accouchements ou la pharmacie. Les travaux devront être remis, avant le 15 octobre 1876, au secrétaire général de la Société. (Conditions ordinaires des concours, voyez ci-dessus.)

RECONSTRUCTION DE L'ÉCOLE PRATIQUE. — La loi votée par l'Assemblée nationale, et dont nous avons fait connaître les dispositions dans nos numéros 48 (p. 768) et 52 (p. 831), vient d'être insérée au JOURNAL OFFICIEL (numéro du 13 janvier).

ÉCOLE PRATIQUE. — Les cours sont ouverts depuis le 7 janvier.

ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES. — Mr Dupré (Antole), préparateur de chimie à la Faculté des sciences de Nancy, est nommé préparateur du laboratoire de chimie biologique, dirigé par M. Wurtz à l'École pratique des hautes études (2^e section), en remplacement de M. Henninger, appelé à d'autres fonctions.

EMPOISONNEMENT PAR L'OPIMUM CONTENU DANS LE LAIT MATERNEL. — Le coroner de Manchester présidait la semaine dernière une enquête sur la mort d'un enfant, du sexe masculin, âgé de deux jours. O'Brien déclare au magistrat que son enfant, qui paraissait bien se porter, est mort subitement peu d'heures après avoir pris le sein pour la première fois. La mère a eu des convulsions qu'il attribue à la funeste habitude qu'elle a de consommer des quantités considérables d'opium; elle n'en prend pas moins de 30 grammes par semaine. Il y a environ un an que O'Brien s'est aperçu de l'habitude de sa femme et il eut la faiblesse de l'encourager en lui procurant lui-même l'opium nécessaire par l'intermédiaire d'un droguiste de ses parents. Le docteur Fletcher, appelé comme témoin, déclara que l'enfant avait été empoisonné par le lait maternel. Le jury se prononça dans ce sens et recommanda à O'Brien de restreindre autant qu'il le pourrait la funeste habitude de sa femme. (Med. Press and Circ.)

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — La chaire d'hygiène est transformée en chaire de thérapeutique et d'hygiène.

ENFANTS DU PREMIER ÂGE. — A partir du 3 janvier, deux agents de la préfecture de police ont commencé une tournée fort utile à Paris et dans la banlieue. Ils procèdent au recensement des enfants du premier âge (de un jour à deux ans) élevés, soit par des nourrices, soit en sevrage, hors du domicile de leurs parents. Cette opération, qui a pour but de connaître exactement la situation des enfants confiés par leurs parents à la garde d'étrangères, aura sans doute le meilleur résultat pour la surveillance et la protection de l'enfance.

STATISTIQUE DES MARIAGES ET DES NAISSANCES DANS L'EMPIRE ALLEMAND EN 1873. — Les rapports officiels nous montrent qu'il y eut, en 1873, 416 048 mariages dans l'empire allemand, dont 252 567 pour les hommes. Les naissances ont atteint le chiffre de 1 715 132, dont 882 945 du sexe masculin et 832 186 du sexe féminin plus un enfant dont le sexe n'a pu être déterminé. Sur ce nombre il y eut 67 165 enfants mort-nés. Parmi les enfants vivants, 1 498 283 étaient légitimes et 170 097 illégitimes, ce qui fait une proportion de 1 à 10. Les naissances hors mariage fournissent un plus grand nombre d'enfants mort-nés; en on compte, en effet, 59 337 illégitimes tandis qu'il n'y en a que 7827 légitimes, ce qui fait 13 enfants mort-nés légitimes sur 100 naissances. Le nombre total des décès a atteint pendant cette même année le chiffre de 1 241 420, dont 647 206 garçons et 593 913 filles. Le chiffre des naissances excède celui des décès de 474 012.

PAIX RIMÉ. — L'Académie de médecine de Turin propose le sujet suivant pour le prix de 20 000 francs fondé par M. Riberti: « Pathologie de l'appareil génital de la femme. » Voici les principales conditions: 1° Les traités complets et les monographies sont admis au concours; 2° les ouvrages peuvent être imprimés ou manuscrits; ils doivent être écrits en latin, italien ou français; 3° les ouvrages imprimés doivent être publiés pendant le cours des années 1874, 75, 76, et doivent être envoyés en double; 4° les ouvrages des candidats doivent être adressés à l'Académie royale de médecine de Turin avant le 31 décembre 1876.

HOSPICES CIVILS DE STRASBOURG. — La commission des hospices civils vient de procéder à la nomination de deux médecins titulaires, MM. les docteurs Strohl et G. Lévy, en remplacement de MM. les docteurs Schützenberger et Schneider, démissionnaires.

FACULTÉ ALLEMANDE DE MÉDECINE DE STRASBOURG. — Le budget de cette faculté, en 1874, s'élève à 1 002 040 francs. Les recettes ne sont que de 29 516 francs. *Et nunc erudimini!* (Gaz. méd. de Toulouse.)

NÉCROLOGIE. — La Société médicale d'émulation de Bordeaux vient de perdre le plus ancien de ses membres en la personne de M. Bense, dont les obsèques ont eu lieu à Hure, près de La Réole, le 22 décembre dernier. Dans sa séance du 28 décembre, M. Pujos, président, a rappelé les qualités et le dévouement du docteur Bense, et la Société a décidé que, sur ses registres, mention serait faite de ses regrets unanimes.

Nous apprenons le décès de M. le professeur Wilhelm Boeck, mort le 10 décembre 1875 à Christiania. M. le docteur Boecks s'était surtout fait remarquer par son zèle en faveur de la syphilisation par l'inoculation du virus chancereux; à laquelle, il a soumis un nombre considérable de malades atteints de syphilis, et sur lesquels il pratiqua jusqu'à 4000 et 1200 inoculations.

Les journaux anglais nous annoncent la mort de M. James Hinton, chirurgien auroste, qui avait acquis une grande notoriété. Il exerça d'abord à Londres avec beaucoup de succès, mais il ne tarda pas à abandonner une clientèle lucrative pour se livrer avec ardeur à l'étude des questions sociales et philosophiques. Il s'applique à développer les doctrines philosophiques de Hegel. Deux de ses ouvrages: *Man in his dwelling place* et *Life in nature* ont été pendant longtemps le vade-mecum de la jeunesse anglaise des écoles. Hinton était tombé dans l'exagération et l'extravagance vers la fin de sa vie et avait perdu une grande partie de la considération et de l'influence dont il jouissait.

Nous avons également le regret d'annoncer la mort de M. William Sands Cox, fondateur de l'École royale de médecine à Birmingham. Ce chirurgien commença ses études à Londres dans les écoles de Guy's Hospital et de Saint-Thomas et vint les

compléter à Paris où il suivit les leçons de Dupuytren, de Larrey et de Lisfranc.

M. Cox est également le fondateur de l'hôpital clinique de Queen's College à Birmingham. Il n'a pas laissé de traités complets, mais il a publié un nombre considérable de mémoires et de brochures et dirigé la publication des Annales de l'hôpital de la fleur.

A l'époque de sa mort qui eut lieu à Kenilworth, M. Cox était magistrat et député du comté de Warwick, membre de la Société royale, fellow du collège des chirurgiens de la Société de chimie et membre de la Société de médecine de Paris.

Le docteur *Edouards Desmônd* vient également de mourir à Liverpool où il exerçait depuis vingt-cinq ans. Il s'était acquis une grande réputation comme obstétricien et gynécologue. Il était médecin de plusieurs hôpitaux de Liverpool et membre de la Société obstétricale de Londres.

LÉGION D'HONNEUR. — M. Patoureau (François), chirurgien en chef de l'hôpital de Nantes, a été nommé chevalier de l'ordre national de la Légion d'honneur.

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret en date du 11 janvier 1876, ont été promus ou nommés dans la Légion d'honneur les médecins militaires dont les noms suivent :

Au grade d'officier: MM. Dezon (François), médecin-major de 1^{re} classe; Monner (Joseph-Honoré), médecin-major de 1^{re} classe; Lan dreau (Edouard-Jean), pharmacien principal de 2^e classe.

Au grade de chevalier: MM. Boisseau (Edmond-Maximilien-Etienne), médecin-major de 1^{re} classe aux hôpitaux de la division d'Oran; Lesur (Félix), médecin-major de 2^e classe au 137^e régiment d'infanterie; Ilaas (Henri-Joseph), médecin-major de 2^e classe au 57^e d'infanterie; Perrin (François-Antoine-Edouard), médecin-major de 2^e classe au 106^e régiment d'infanterie; Delcasse (Jules-Antoine), pharmacien-major de 1^{re} classe à l'hôpital de Lyon.

HÔTEL-DIEU. — M. le professeur Béhier reprendra ses leçons cliniques le mercredi 12 janvier, et les continuera les mercredis suivants, à neuf heures et demie.

Les lundis seront consacrés au conférences de chimie appliquée à la clinique, et les vendredis aux démonstrations d'anatomie pathologique.

Visite des malades et interrogatoire des élèves tous les jours, à huit heures et demie.

HÔPITAL COCHIN. — M. le docteur Després, chirurgien de l'hôpital Cochin, reprendra ses leçons de clinique chirurgicale le mercredi 19 janvier 1876, et les continuera le mercredi et samedi de chaque semaine.

Le docteur *Galezowski* commencera son cours sur les maladies internes des yeux, mardi prochain, 18 janvier, à 8 heures du soir, à l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et il le continuera les jeudis et mardis suivants à la même heure.

HÔPITAL LANBOSIÈRE. — Le docteur ISAMBERT, médecin d l'hôpital Lariboisière, agrégé libre de la faculté de médecine, reprendra, le vendredi 21 janvier, à neuf heures et demie du matin, et continuera tous les vendredis suivants à la même heure, ses conférences cliniques sur les maladies du larynx. — Leçon théorique à neuf heures et demie, exercices pratiques à dix heures un quart, au cabinet laryngoscopique de l'hôpital Lariboisière.

COURS. — M. le docteur STRAUS ouvrira un cours de pathologie interne, le mardi 18 janvier, à cinq heures, dans l'amphithéâtre n° 4 de l'École pratique, et le continuera les jeudis et samedis suivants; à la même heure.

LABORATOIRE GAY-LUSSAC. Préparation aux troisième et quatrième examens du doctorat. — De nouvelles conférences commenceront le lundi 10 janvier 1876, à trois heures, et se continueront les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. MM. les élèves sont exercés à la reconnaissance des plantes et médicaments, et sont mises, en outre, sous leurs yeux les principales réactions et expériences chimiques. Prix: 60 francs pour les deux examens réunis. On s'inscrit chez M. E. Labbé, directeur du laboratoire, 65, rue des Feuillantines; les lundis et vendredis, de midi à deux heures.

ERRATUM. — PRIX GODARD. LES COMPTES RENDUS DES SÉANCES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES attribuent le prix Godard à p. 1291 à M. Herrgott, professeur à la Faculté de Nancy; et p. 1350 à M. Alphonse Herrgott, aide-clinique à la même Faculté. Nous avions suivi le premier texte, mais c'est le dernier qui était exact.

État sanitaire de Paris :

Du 1^{er} au 6 janvier 1875, on a constaté 678 décès, savoir :

Variéle, 2. — Rougeole, 3. — Scarlatine, 1. — Fièvre typhoïde, 15. — Erysipèle, 3. — Bronchite aiguë, 31. — Pneumonie, 55. — Dysentérie, 2. — Diarrhée cholériforme des enfants, 2. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 6. — Croup, 24. — Affections puerpérales, 5. — Autres affections aiguës, 147. — Affections chroniques, 341, dont 116 décès à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 29. — Causes accidentelles, 12.

NOTA. — Il y a lieu de remarquer que le Bulletin hebdomadaire devant à l'avenir paraître le vendredi matin, au lieu du samedi matin, le premier Bulletin de 1876 a dû ne comprendre que les décès des six premiers jours de l'année, ce qui explique le chiffre peu élevé de ce Bulletin.

AVIS

Les prix de la GAZETTE HEBDOMADAIRE pour l'étranger ont été modifiés comme suit en raison des nouveaux tarifs postaux :

GAZETTE SEULE.

Union des Postes.....	26 fr.
Etats-Unis.....	32
Pays d'outre-mer.....	38

GAZETTE ET BULLETIN.

Union des Postes.....	40 fr.
Etats-Unis.....	42
Pays d'outre-mer.....	45

MM. les Abonnés de la France qui n'auraient pas renouvelé leur abonnement avant le 10 janvier prochain sont prévenus qu'une quittance leur sera présentée le 10 février, augmentée de 1 franc pour frais de recouvrement.

Un mandat collectif, sans frais de présentation quand la somme atteindra 50 francs, sera présenté le 28 février à ceux de nos clients qui reçoivent en même temps plusieurs des recueils édités par la maison.

SOMMAIRE. — PARIS. Académie de médecine : Les diabètes, et en particulier l'état rhumatisal, dans leurs rapports avec le trépanisme. — COURS PUBLICS : Collège de France. La physiologie et la pathologie. L'observation et l'expérimentation. TRAVAUX ORDINAIRES. Ier. Médecine : Contributions à l'étude de l'herpès. — Thérapeutique : De la cure du rachitisme par le lait de chèvre. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de biologie. — REVUE DES JOURNAUX. Note sur la spontanéité de la rage. — Du rétrécissement de l'urètre chez la femme et du son traitement par l'électrolyse. — De l'anémie progressive pernicieuse. — BILIOGRAPHIE. Recherches expérimentales sur la part qui revient au degré de perméabilité des voies lymphatiques dans la production de l'œdème. — Index bibliographique. — VARIÉTÉS.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traitement de l'angine couenneuse par la glace, suivi d'un appendice sur le meilleur moyen de se procurer cette substance en toute saison, par le docteur Lebert. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 1 fr. 50

Sarcocèle et phthisie cancéreuse, par le docteur G.-M. Picard. In-8. Paris, A. Delahaye. 1 fr. 50

De l'hygiène publique et de la chirurgie en Italie, par le docteur Gabriel Mitot. 1^{re} partie; De l'hygiène publique en Italie. 1 vol. In-8 de 180 pages, 1876. Paris, J.-B. Baillière et fils. 4 fr. 50

Des difformités des doigts (dactylolyses), étude de sémiologie, par le docteur G. Beauregard. In-8 de 110 pages, avec 6 planches. Paris, J.-B. Baillière et fils. 4 fr.

Des plaies pénétrantes des articulations, par le docteur Dechaux. Gr. in-8 de 124 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

Nouveau Dictionnaire des plantes médicinales, par le docteur A. Héraud. 1 vol. in-8, cartonné, de 600 pages, avec 261 fig. Paris, J.-B. Baillière et fils. 6 fr.

Aperçu clinique sur les eaux d'Aix et de Marioz (Savoie) et sur leurs adjuvants, eau de Challes, eau de Saint-Simoy, eures de petit-lait, applications des courants continus, par le docteur L. Brachet. 1 vol. in-8 de 162 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

Manuel de pathologie et de clinique médicales, par le docteur L. Moynac. 1 vol. in-18 de 740 pages. Paris, H. Lavoisier. 7 fr. 50

Manuel de chirurgie de guerre, par le docteur O. Heyfelder, traduit de l'allemand par le docteur A. Rapp, édition revue et notablement augmentée par l'auteur. 1 vol. in-12 de 308 pages, avec 42 figures gravées sur bois. Paris, Berger-Levrault et C^e. 6 fr.

Vues sur l'enseignement supérieur, ou Plan d'étude de la science de l'homme, par le docteur Harbaste. 1 vol. in-12. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 5 fr.

Clinique de l'hôpital du Midi. Diminution des maladies vénériennes dans la ville de Paris depuis la guerre de 1870-1871, par le docteur Ch. Mauriac. Première leçon. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 2 fr.

Un mot à propos de la discussion à l'Académie de médecine sur le choléra de 1873, par G. P. Stanski, docteur en médecine. In-8 de 55 pages. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 1 fr. 50

Du traitement des syphilides papulo-hypertrôphiques par la cauterisation au nitrate d'argent acétée par le contact du zinc métallique, mode d'action de ce nouveau cathétrique, par le docteur Chéron. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 1 fr.

Clinique de l'hôpital du Midi. Diminution des maladies vénériennes dans la ville de Paris depuis la guerre de 1870-1871, 1^{re} leçon, par le docteur Ch. Mauriac. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 2 fr.

Leçons cliniques sur les fractures de jambes, faites à l'Hôtel-Dieu au mois de janvier 1875 par le professeur A. Richet, recueillies et publiées par MM. L. Garnier et Le Double. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 2 fr. 50

De l'obésité, étiologie, thérapeutique et hygiène, par le docteur Worthington. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 3 fr. 50

Agenda médical pour 1876, contenant : 1^o Formulaire magistral; 2^o Mémorial thérapeutique du médecin praticien; 3^o Code médical et professionnel; 4^o Premiers secours à donner en cas d'empoisonnement et d'asphyxie; 5^o Résumé-pratique des eaux minérales; 6^o Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger; plus un Calendrier à deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes; la liste des médecins du département de la Seine; des hôpitaux civils et militaires de Paris, des bureaux de bienfaisance, des eaux minérales; la liste des divers journaux scientifiques; les Facultés et Ecoles préparatoires de médecine de France, les Ecoles de médecine militaire et navale; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales; des modèles de rapports et certificats; le tableau des rues de Paris, etc. Format in-18 de 500 p. Paris, Asselin. Prix : Broché. 1 fr. 75

Cartonné à l'anglaise. 2 fr.

Divisé en 5 cahiers et doré sur tranche de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille. 3 fr.

D'un phénomène stéthoscopique propre à certaines formes d'hypertrophie simple du cœur, par le docteur Eschquet. In-8. Paris, A. Delahaye. 2 fr.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOUQUE

Adressez ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 20 janvier 1876.

DE L'INSUFFISANCE DES RESSOURCES THÉRAPEUTIQUES DANS LES HÔPITAUX D'ENFANTS. — Académie de médecine : DE LA LEUCOCYTOSE.

Insuffisance des ressources thérapeutiques dans les hôpitaux d'enfants.

Nos lecteurs ont pu suivre depuis deux mois dans les comptes rendus de la Société de chirurgie l'intéressante discussion soulevée par la communication de M. le docteur Marjolin sur l'insuffisance des ressources que présentent nos hôpitaux pour le traitement chirurgical des enfants. En présence d'opinions contradictoires sur la nécessité des réformes à introduire, la Société avait nommé une commission composée de MM. Giralde, Sée et Marjolin rapporteur. C'est dans la séance du 17 novembre que le rapport de M. Marjolin a été livré à la discussion. Les objections faites aux conclusions de ce rapport n'ont pas prévalu et la Société, en adoptant à une majorité très-considérable les idées de la commission, a décidé qu'une communication serait faite au directeur général de l'Assistance publique. Nous attendions cette décision pour résumer les principaux points de cette discussion, convenu nous-même que la question est des plus importantes, et qu'elle touche à des réformes urgentes dont la nécessité s'imposera tôt ou tard. Nous ne nous attacherons pas à discuter ou à justifier chacune des conclusions adoptées par la Société et nous nous contenterons de les envisager dans leur ensemble, insistant particulièrement sur celles qui nous paraissent les plus intéressantes. Bien qu'il ne s'agisse dans le rapport que du traitement chirurgical des enfants, on ne saurait laisser de côté l'organisation du traitement médical proprement dit. On verra bientôt que les deux questions sont étroitement liées.

En dehors de l'établissement des Enfants assistés, il y a à Paris deux hôpitaux consacrés aux enfants malades : l'hôpital de la rue de Sévres (Enfant Jésus) et l'hôpital Sainte-Eugénie, situé rue de Charenton. Ces hôpitaux ne reçoivent pas d'enfants âgés de moins de deux ans. Au-dessous de cet âge, les enfants malades sont admis dans les crèches établies dans la plupart des grands hôpitaux, à la condition qu'ils s'y soient accompagnés par leur mère. Dans des cas absolument urgents, et sur l'instance du médecin, le directeur d'un des deux hôpitaux d'enfants peut autoriser l'admission d'un enfant n'ayant pas atteint l'âge réglementaire ; mais c'est un fait tout exceptionnel.

Arrêtons-nous un moment sur cette organisation, et voyons si elle suffit à tous les besoins. Évidemment non. Tous les jours on voit se présenter à la consultation de l'hôpital des enfants une mère apportant un enfant malade âgé de moins de deux ans. Cet enfant ne peut être admis et la mère est invitée

à se présenter dans une crèche où elle entrera avec son petit malade, s'il y a un lit disponible. Ici l'embarras commenté. Si la mère a plusieurs enfants, que deviendront les autres ? Elle peut les mettre au dépôt ; mais la plupart des mères s'y refusent, éraillant d'exposer des enfants sains à des maladies contagieuses. Souvent ces femmes ont un travail, une place, dont les bénéfices servent à élever leur famille, et qu'elles ne peuvent pas abandonner. Placées dans cette cruelle alternative, la plupart remportent tristement l'enfant malade, munies d'une ordonnance qu'elles ne pourront pas exécuter et se résignent. Pourquoi ne pas consacrer des services spéciaux à ces enfants, surtout lorsqu'ils sont sévres et peuvent bénéficier d'une alimentation mieux appropriée à leurs besoins et mieux dirigée que celle qu'ils trouvent chez leurs parents ? En présence de pareilles nécessités, convient-il de s'abriter derrière quelques difficultés de service, telles que la malpropreté de ces jeunes enfants, l'insuffisance du personnel habituel, la dépense d'une alimentation exceptionnelle ? Ce sont là des obstacles et nul ne les conteste ; mais doivent-ils indéfiniment entraver une réforme aussi urgente.

La commission a donc proposé d'abord d'augmenter le nombre des lits de nourrices, et d'abaisser l'âge d'admission dans les hôpitaux jusqu'au moment du sevrage. Nous croyons qu'on doit considérer comme sévré tout enfant, quel que soit son âge, privé de l'allaitement maternel, soit par la mort de la nourrice, soit par toute autre cause qui supprime l'allaitement, et qu'on doit étendre aux enfants atteints de maladies médicales le privilège réservé par la commission aux enfants atteints de maladies chirurgicales. En un mot, il faut qu'un enfant malade puisse être admis avec sa mère, si c'est possible, sans sa mère, si les circonstances ne permettent pas à cette dernière de l'accompagner.

La commission propose en outre de supprimer les divisions en aigus et chroniques et de répartir les enfants malades en médecine et en chirurgie. De toutes les réformes proposées c'est peut-être une de celles dont l'urgence se fait le plus vivement sentir. Il est facile de le démontrer.

Tout d'abord les établissements de l'Enfant-Jésus et de Sainte-Eugénie ne sont pas organisés de la même façon en ce qui regarde les chroniques. A l'Enfant-Jésus, les deux services de chroniques sont absolument distincts des autres. Le médecin chargé d'un de ces services ne doit même pas y conserver un de ses malades dès que celui-ci est atteint d'une affection aiguë ; il doit le faire passer dans un service consacré aux aigus. A Sainte-Eugénie, à l'exception du service dirigé aujourd'hui par M. Bergeron et affecté spécialement aux aigus, tous les autres services de médecine sont mixtes ; le médecin dirige à la fois un service de chroniques et un service d'aigus.

Ici nous rencontrons un de ces vices d'organisation qu'il devrait suffire de signaler, et qui persiste depuis nombre d'années, malgré les protestations universelles qu'il a soulevées toutes les fois qu'on a daigné s'en occuper.

En dehors des teigneux et des dartreux (ceux-ci figurant par rapport aux teigneux dans la proportion de 1 à 40 environ), un service de chroniques proprement dits se compose presque entièrement d'enfants atteints d'affections chroniques du système osseux. Les coxalgies, les tumeurs blanches et le mal de Pott fournissent le principal contingent; quelques rachitiques et paralytiques, en très-minime proportion, complètent le service. Dans un pareil milieu, après qu'on a institué une médication interne à peu près uniforme, tout relève d'un traitement chirurgical ou orthopédique: il s'agit chaque jour d'appliquer, de renouveler, de surveiller des appareils à coxalgie, de redresser des articulations ankylosées à l'aide de sections tendineuses, d'appareils plâtrés, silicatés, d'appliquer le fer rouge sur des articulations malades, d'ouvrir des abcès, de pratiquer des injections, de diriger l'application d'appareils orthopédiques, en un mot de faire à tout instant œuvre de chirurgien. Pas une de ces opérations qui ne réclame une certaine habileté de main, une expérience éprouvée; pas une pour laquelle, dans tout autre hôpital, un médecin n'invoquât aussitôt le secours de son collègue en chirurgie. Or, à qui confie-t-on un pareil service? A un médecin. Notez que ce médecin, à l'époque où il entre dans le service, a déjà de six à dix ans d'exercice hospitalier, qu'il a depuis douze ou quinze ans abandonné complètement la chirurgie et qu'il se trouve véritablement insuffisant en présence de malades qui ne lui sont pas familiers. Et pourquoi mettre un médecin à la tête d'un pareil service? Parce que le traitement interne a, dit-on, dans ces cas une importance capitale? Qui en doute? Mais qui pourra jamais admettre que le chirurgien n'a pas toute la compétence nécessaire pour instituer un pareil traitement, ce qu'il fait d'ailleurs tous les jours; et n'est-ce pas à lui qu'appartient toute la partie véritablement chirurgicale qui prend une place si importante dans les services de chroniques tels qu'ils existent actuellement?

Mais il y a mieux. Admettons un moment que par bonne fortune ce service échoie à un médecin auquel la pratique de la chirurgie est également familière. *Rava avis*, on en verra. Ce praticien complet va-t-il du moins rencontrer les conditions favorables à l'exercice de ses multiples aptitudes. Nul ne le supposera, quand on connaît les conditions de l'admission dans les services des chroniques. — Le médecin des chroniques n'a pas le droit d'admettre un malade dans son service. Il signe la feuille d'admission, et le malade prend son rang sur le registre des aspirants. — Un enfant atteint de coxalgie se présente à la consultation. La maladie est au début, les altérations articulaires peu avancées. Un traitement bien conduit peut tout enrayer. L'enfant est inscrit à son rang et entre au service deux ou trois mois après; mais la maladie a marché, la carie a fait son œuvre; des abcès s'ouvrent partout. Le moment d'une intervention opportune est passé. On peut, il est vrai, lui appliquer dans un service un appareil inamovible avec lequel il sera renvoyé chez ses parents; mais quand on connaît la surveillance qu'il faut exercer sur ces appareils pour en prévenir les inconvénients et en assurer l'intégrité, on comprend que ce n'est là qu'une ressource bien aléatoire.

Cette grande lacune du service des chroniques paraît avoir surtout frappé la commission. Elle conclut tout d'abord à supprimer cette division en aigus et chroniques, pour la remplacer comme partout ailleurs par celle des affections médicales et chirurgicales, de façon à placer sous la direction des chirurgiens une foule de malades qui leur appartiennent et qui remplissent aujourd'hui les services de médecine. Il

faut augmenter dans la mesure nécessaire le nombre des lits destinés aux chroniques et qui sont absolument insuffisants. En agrandissant certains établissements *extra muros*, celui de Forges par exemple, situé à peu de distance de la capitale, facile à surveiller par cela même, on pourrait obtenir un certain nombre de lits. Des établissements analogues installés aussi simplement que possible devraient être ouverts dans les environs de la capitale. Les médecins des localités donneraient leurs soins et exerceraient la surveillance nécessaire. Il est probable qu'une fois l'attention du public énergiquement appelée de ce côté, des legs particuliers convenablement spécifiés couvriraient une partie des dépenses. N'y a-t-il pas lieu d'espérer, en outre, qu'en présence de besoins aussi pressants et qui nous touchent de si près, la charité publique réserverait à l'amélioration du sort de nos enfants malades une partie des sommes énormes qui vont chaque année s'engloutir en lointain pays. Que de bien ne ferait-on pas avec de pareilles ressources!

Nous ne sommes nullement partisan de l'admission des enfants dans les salles d'adultes. Leurs cris incessants, les soins particuliers qu'ils réclament, permettraient difficilement de les y maintenir. Il faudrait leur affecter des locaux spéciaux, et nous croyons que les hôpitaux d'adultes ne disent pas d'un si grand nombre de places qu'il faille leur imposer de nouvelles charges.

La commission croit qu'il serait utile de créer dans les quartiers éloignés et malheureux deux nouveaux hôpitaux d'enfants. Il est certain que dans l'état actuel des choses, les enfants malades sont soumis à de graves et dangereux déplacements. Toutefois, les services d'aigus suffisent jusqu'ici aux besoins de la population (pour les enfants au-dessus de deux ans), et c'est surtout sur l'augmentation du nombre de lits destinés aux chroniques qu'il faut insister.

Nous n'avons pas parlé jusqu'ici des réformes proposées pour le traitement de la teigne, pour limiter sa fréquence, arrêter sa propagation. La teigne constitue dans l'état actuel des choses une véritable plaie sociale. Les services internes sont complètement insuffisants. Le traitement externe, malgré toute la bonne volonté et les sacrifices des médecins et de l'administration, est rarement suivi avec la persévérance nécessaire. L'enfant teigneux est avec raison repoussé de l'école, de l'atelier. La rue lui est seule ouverte. Blessé, il propage la teigne dans les services qui le recueillent. La commission propose, tout en conservant les ressources actuellement existantes pour le traitement externe, de transporter hors Paris le traitement interne des teigneux. Il faudrait un vaste établissement où ils pourraient travailler et fréquenter l'école et suivre en même temps un traitement méthodique. L'installation dans les hôpitaux d'enfants de salles d'isolement pour les maladies contagieuses, l'ouverture de services uniquement destinés aux épileptiques en traitement, complètent l'ensemble de améliorations proposées par la commission.

Il est certain que toutes ces améliorations ont à différents points de vue une importance considérable. Il est également hors de doute que leur réalisation immédiate entraînerait l'administration à des dépenses qui dépasseraient ses ressources. Mais il était du devoir des médecins d'en signaler l'urgence et d'indiquer la voie dans laquelle on doit s'engager dès aujourd'hui avec la résolution de la parcourir jusqu'au bout. M. le docteur Marjolin s'est honoré en prenant l'initiative de ces réclamations. Toutes les questions qui touchent à l'amélioration du sort des enfants lui sont d'ailleurs familières.

t nul n'était plus autorisé que lui à signaler les lacunes nombreuses du service hospitalier et les réformes à introduire dans le traitement chirurgical et médical des enfants malades.

BLACHEZ.

Il est fâcheux que la discussion engagée mardi dernier à l'Académie de médecine sur la leucocytose de la morve, ait dégénéré vers la fin en un échange de petites récriminations aigres-douces, qui laisseront les adversaires bons amis, qui a fait rire un peu l'Académie, mais dont le tort était de n'avoir rien de commun avec la proportion relative des globules blancs et des globules rouges. En ce qui concerne l'importance clinique de la leucocytose, soit quant à la morve, soit quant à certaines affections pyrétiqes ou diathésiques chez l'homme, la question avait été bien posée d'abord par MM. Bouillaud, Bouley et Gubler, puis par MM. Chaffard et Verneuil. Heureusement la discussion n'est pas close, et M. Colin (d'Alfort) prendra la parole dans la prochaine séance. Nous engageons vivement ceux qui possèdent sur cette matière, non un simple fond d'érudition, que les évolutions rapides de la science rendraient peu utile, mais une expérience personnelle et prolongée, à venir apporter leur tribut à une des questions les plus intéressantes de la pathologie, plus française aujourd'hui qu'allemande.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

DE L'ALIÉNATION MENTALE CONSÉCUTIVE AU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, par le docteur L. VAILLARD, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Bordeaux.

Dans l'étiologie de l'aliénation mentale on admet généralement aujourd'hui un certain nombre de causes générales de l'ordre physique, telles que l'anémie, les diathèses comme l'herpétisme et le rhumatisme, les fièvres graves, et même quelques phlegmasies (pneumonie, angine tonsillaire).

La chlorose et l'anémie sont, de l'avis unanime, deux états généraux qui favorisent le développement de la folie; des travaux nombreux (1) ont également démontré que certaines maladies, et celles surtout qui par leur nature ont puissamment ébranlé le système nerveux (fièvre typhoïde), ou par leur durée ont appauvri considérablement l'organisme (fièvres intermittentes) peuvent causer l'aliénation mentale. Mais très-peu d'observations sont venues confirmer les connexions qui existent entre le rhumatisme et la folie. Peut-être les faits ont-ils manqué, peut-être aussi a-t-on trop facilement rangé, sous le nom collectif de *rhumatisme cérébral*, tous les cas observés. Le rhumatisme articulaire aigu, il est vrai, frappe le plus souvent le cerveau d'une façon aiguë, brutale, presque foudroyante, en donnant lieu aux symptômes décrits par Vigla sous le nom de *détre aigu*, *méningite* et *méningo-encéphalite*, *apoplexie rhumatismale*. Mais là ne se borne pas la série des accidents cérébraux, et l'encéphale peut aussi répondre à la sollicitation rhumatismale d'une manière moins aiguë,

moins grave, et réaliser par ses troubles fonctionnels tous les signes d'une véritable folie.

Déjà Guislain avait dit : « La goutte et le rhumatisme peuvent affecter le cerveau sous forme de métastase.... J'ai pu observer qu'un déplacement d'affection rhumatismale du cuir chevelu et des muscles du bras, en se portant sur le cerveau, sur la dure-mère, peut donner lieu à l'état phrénopatique ». Mesnet (*Archives générales de médecine*, juin 1856), plus tard, a publié l'observation suivante :

Un jeune homme, pris d'un rhumatisme articulaire aigu, présente, sans prédisposition héréditaire, des troubles intellectuels très-marqués. C'était, au début, de l'inquiétude, une tendance particulière au soupçon, à la colère, puis des hallucinations de la vue et de l'ouïe; le malade entendait la voix de son père, qui voulait le faire assassiner; il voyait des serpents ramper sur son lit. Bientôt survint un délire violent, qui fit place ensuite à de l'hébétéude, de la difficulté dans le langage articulé, les mots ne venaient pas à la mémoire, les phrases restaient inachevées. Et tout cela alternait d'une manière très-manifeste avec les douleurs articulaires, celles-ci cédaient quand les troubles intellectuels augmentaient de violence et réciproquement. En dernier lieu, appaurent des mouvements choréiques; l'amaigrissement avait atteint un degré considérable. La guérison eut lieu.

Après Mesnet, Delieux de Savignac a publié, dans les *Archives générales de 1857*, une observation des plus curieuses d'aliénation mentale survenue à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu.

Il s'agit d'un jeune soldat d'infanterie de marine, âgé de vingt et un ans, qui, après avoir présenté quelques douleurs erratiques dans les lombes et les membres, est pris de céphalalgie intense avec vomissements, puis de rhumatisme aigu portant sur les pieds et les genoux. Au quatrième jour, la convalescence semblait définitivement établie, le malade se promenait, mangeait, reprenait des forces et l'apparence de la santé, lorsque, le neuvième jour après la disparition des douleurs « il survint dans les facultés intellectuelles de ce jeune soldat une perturbation qui frappe d'étonnement tous ceux qui observent cette phase nouvelle et inopinée d'une maladie dont la guérison semblait, la veille encore, définitivement acquise.

« A ma visite du matin (3 décembre), dit Delieux de Savignac, l'infirmier de service me prévient que B... dérisonne sur toutes les séries d'idées qu'on cherche à éveiller en lui; son délire porte principalement sur la conviction qu'il n'existe plus, qu'il est mort; son visage a l'empreinte d'une profonde tristesse; il repousse toute tentative d'investigation et affirme qu'il n'a plus aucune souffrance. Pas de fièvre. Les jours suivants, il devient taciturne, silencieux, ne parlant à de rares intervalles, que pour répéter qu'étant mort il n'a besoin et souci de rien, ni de soins, ni de nourriture, et, de fait, il refuse obstinément ses aliments, reste au lit, devient gâteux et tombe dans une inertie absolue.

» Le 5, il était immobile, gardant invinciblement le décubitus dorsal; le faciès était profondément altéré, plombé, pâle, le regard morne, et nonobstant les conjonctives injectées. Il ne répondait à aucune question. Il était plongé par moments dans un état comateux; lorsqu'il en était retiré, il paraissait me reconnaître, ainsi que les personnes qui le soignaient. Il y avait incontinence d'urine et constipation opiniâtre. Son immobilité était-elle le résultat d'une paralysie générale ou la conséquence de la conception délirante qui le faisait s'identifier avec un cadavre? Je crois qu'elle dépendait à la fois de ces deux causes, qu'elle était en partie volontaire, mais aussi qu'un certain degré de résolution des membres coïncidait avec une lésion accrue du centre cérébro-spinal. En somme, il avait sous beaucoup de rapports l'apparence symptomatique des individus placés sous l'influence d'une compression du cerveau. »

L'application de vésicatoires répétés amena une amélioration rapide dans l'état du malade « le coma fit place à de la somnolence, qui elle-même cessa peu à peu. Le malade consentit à prendre de la nourriture... On triompha lentement de sa propension à l'immobilité. Lorsqu'il consentit à se mouvoir, ses mouvements ne parurent pas entravés par un affaiblissement paralytique. »

Le 8, le mutisme était encore absolu; mais, livré à une agitation, à une véritable jactation qui contrastait avec son inertie habituelle, B... cherchait souvent à se lever, de son lit et parfois à s'enfuir.

(1) Max Simon, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1844. — Louis, *Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la fièvre typhoïde*, t. II, p. 83. — Chomel, *Leçons de clinique médicale*, p. 53. — Sauvot, *Annales médico-psychol.*, 1845. — Leudet, *Ibidem*, 1850, p. 151. — Thore, *Ibidem*, 1850, p. 526.

Dans la nuit du 8 au 9, il survint des sueurs abondantes; il n'y en avait pas eu, comme cela est très-fréquent dans l'attaque de rhumatisme. Il semble qu'à partir de ce moment l'amélioration fit quelques nouveaux progrès.

A partir du 22 décembre, B... est redevenu docile, paisible, et n'a plus manifesté d'incohérence ni dans ses idées ni dans ses paroles. Mais il est resté triste et peu communicatif.

Nous ne pouvons mieux faire que de transcrire immédiatement les observations qui nous sont personnelles pour mieux faire ressortir leur identité presque parfaite avec la précédente.

Obs. I. — *Rhumatisme polyarticulaire aigu; endo-péricardite; troubles intellectuels caractérisés par de la mélancolie, puis du délire et des hallucinations.* — B..., âgé de vingt et un ans, engagé conditionnel au 57^e de ligne, entré à l'hôpital le 18 mars 1875.

Ce malade souffrait déjà depuis huit jours de douleurs vagues dans les articulations, sans fièvre, sans malaise très-prononcé, lorsque le 16 mars des douleurs plus fortes apparaissent aux deux genoux, avec réaction fébrile modérée; puis les jointures se gonflent en même temps que les autres présentent une sensibilité plus vive. Il s'alite, et entre à l'hôpital le 18. On constate alors un rhumatisme articulaire subaigu, ayant pour siège les articulations tibio-tarsiennes, les poignets et les deux genoux; dans ces derniers, il existe une tuméfaction notable due à de l'œdème péri-articulaire et à un épauchement dans la synoviale. Fièvre d'ailleurs modérée; langue blanche, humide; sueurs, pâleur très-marquée de la peau. Rien au cœur. On prescrit 8 pilules, contenant chacune 1 décigramme de sulfate de quinine et 5 centigrammes de poudre de digitale; un vésicatoire sur chaque genou.

Le 19, même état; tendance aux sueurs profuses (6 pilules). Le 21, les douleurs des genoux ont complètement disparu sous l'influence du vésicatoire; mais les épaules se prennent ainsi que les coudes, et les autres articulations restent douloureuses. Fièvre plus vive; langue sèche et jaunâtre; insomnie, constipation (8 pilules, lavement huileux).

Le 23, les douleurs ont diminué partout, mais la fièvre persiste. On perçoit pour la première fois un souffle doux à la pointe du cœur, et vers la base un frotement qui occupe tout le premier tiers. Langue sèche et noirâtre (8 pilules, 6 ventouses scarifiées à la région précordiale.)

Le 25, le souffle et le frotement sont devenus rauques, le cœur est pris de palpitations fréquentes et très-douloureuses; la langue reste sèche. L'abattement, peu marqué les premiers jours, s'accroît de plus en plus. (6 pilules, extrait de quinquina, 2 grammes; vésicatoire à la région précordiale.)

Le 27, les bruits cardiaques conservent toujours le caractère de râpe; langue sèche, presque cornée, fièvre encore intense.

Le 1^{er} avril, la fièvre et les douleurs ont complètement disparu; la langue est redevenue nette et propre; mais malgré l'application d'un second vésicatoire les bruits du cœur ne perdent rien de leur rudesse.

Le 4, le malade qui avait toujours manifesté jusqu'ici une certaine gaieté, un certain entrain; même au milieu de ses souffrances, devient tout d'un coup sombre, réveur, taciturne; il parle peu, montre une figure chagrine, inquiet, pleure parfois; et quand il parle, entretient ses camarades de ses appréhensions au sujet de sa famille, et cela sans raison, absence presque complète de douleurs articulaires.

Le 5, B... demande à partir pour aller voir son père, qu'il suppose mourant; il parle moins qu'hier et pleure plus souvent.

Le 6, le malade se renferme dans un mutisme dont il est très-difficile de le faire sortir. Pressé de questions, il répond que son père l'a maudit, que sa famille est ruinée, qu'il ne peut plus vivre. Des voix parlent à son oreille, répétant la malédiction de son père. Il pleure à chaudes larmes, refuse tout traitement, toute nourriture, sous le prétexte qu'il est inutile de prolonger une existence qui n'a plus de raison d'être. Le reste de la journée se passe dans un silence absolu. Les yeux sont fixes, immobiles. Les douleurs articulaires sont nulles; le souffle cardiaque reste râpeux.

Le 7, même mutisme; cependant il dit voir des bêtes féroces qui bondissent autour de son lit, prêtés à le dévorer; il se sent destitué à une mort prochaine, car des êtres dont il ne peut définir la nature sont assis au pied de son lit, le menacent sans cesse et hochent, dit-il, la mort dans l'oreille; puis il se sent mourir étouffé sous nourriture. A trois heures, il se dit mort, se la-même en silence qu'il a dépassé sa jeune et maudit par son père. Il nit même appeler le médecin de garde pour constater son décès;

et quand je lui démontre la réalité de son existence, il me répond que je me moque assurément de lui, puisqu'il est bien mort. A dix heures du soir, B... fait appeler l'aumônier pour recevoir les derniers sacrements, et quand le prêtre arrive, refuse de lui répondre, si ce n'est « qu'il est trop tard, qu'un cadavre ne peut être secouru. » Depuis que les phénomènes cérébraux ont disparu, la fièvre et les douleurs des jointures sont restées nulles.

Le 8, à la visite du matin, on trouve le malade dans le coma le plus complet; la face est inclinée à gauche, les pupilles sont dilatées; résolution complète des membres, insensibilité absolue, paralysie des sphincters. Le malade reste dans cet état toute la journée et toute la nuit.

Le 9, vers le matin, B... fait quelques mouvements lents et peu étendus quand on le pince; les yeux sont toujours fermés; l'intelligence paraît complètement nulle. Dans l'après-midi cependant, l'intelligence semble revenir; le malade ouvre les yeux, les dirige du côté de celui qui lui parle, comprend bien peut-être, mais ne répond pas? Est-ce mutisme volontaire; est-ce impossibilité d'articuler? Presque toute trace de paralysie a disparu; la langue se meut librement; la sensibilité est plus réelle, excepté toutefois celle des sphincters, car le malade urine encore dans son lit.

Le 10, le malade prononce quelques paroles, saisit très-bien nos questions; mais on voit sur sa figure qu'il refuse d'y répondre, car il sourit d'une manière ironique quand nous lui demandons avec instance le motif de son silence. L'amaigrissement a fait des progrès considérables.

Le 11, même mutisme; quelques hallucinations de la vue; le malade voit des animaux immondes courir sur son lit; il refuse de prendre les aliments et les médicaments prescrits, parce qu'il a peur d'être empoisonné.

Le 12, les hallucinations disparaissent, mais la mélancolie survient profonde, invincible, tourmentante; il coïncide marquée; le malade refuse les aliments de choix qu'on lui prescrit, demande le régime ordinaire des autres malades, et quand on le lui donne refuse encore, parce que ses camarades de la caserne n'en ont pas autant; il gémit sans cesse, pleure sans motif, s'inquiète de nouveau sur son état de fortune et sur sa famille, qu'il croit ruinée.

Le 13, il commence un peu à manger, mais les troubles intellectuels persistent; il nous assure qu'il est aveugle, que ses yeux ont été rongés par les animaux qui grouillent sur son lit, et quand on cherche à le convaincre du bon état de ses yeux, il rit de notre bonhomie.

Le 14, le malade, qui ne s'était pas encore levé, témoigne aujourd'hui le désir de faire une promenade, mais les jambes lui refusent tout service; il reste assis dans un fauteuil et montre une résistance opiniâtre quand on veut le faire se coucher. A peine est-il dans son lit qu'il se lève de nouveau, parcourt la salle ses habits sous le bras, demandant à quitter l'hôpital pour retourner à Paris, et lorsqu'on lui fait espérer un congé qui lui permettra de revoir sa famille il se met à hocher la tête d'un air attristé, parce que jamais le chemin de fer ne voudra accepter un enfant maudit.

Le 15, B... descend dans la cour, mais reste seul dans un coin, sombre, muet, pleurant quand on lui parle, en proie à des idées tristes qu'il laisse percer dans quelques paroles.

Le 16, son père arrive; B... ne lui parle presque pas, divague sans cesse à tout propos, ne suit pas les idées qu'on lui soumet et leur donne des réponses très-singulières, sinon contraires. Il n'a témoigné aucun plaisir de voir son père, aucun sentiment n'a été éveillé chez lui. Les forces ne reviennent pas, l'amaigrissement semble même faire des progrès. Les détails que nous donne le père de B... écartent toute supposition d'antécédents héréditaires et de prédisposition antérieure.

Cet état phrénopatique va toujours en diminuant, mais persiste encore au moment de la sortie, qui a lieu le 21 avril; B... quoique plus soumis, jette encore mille embarras à travers les projets que son père forme pour le distraire; et des craintes naïves, folles, se montrent toujours; il parle peu, lentement, avec peine, comme si les idées s'associaient avec difficulté. Nous ne savons pas si la guérison définitive s'est établie et quel est actuellement son état mental (1).

Obs. II. — B..., âgé de vingt et un ans, appartenant à la deuxième portion du contingent de la Gironde, entré à l'hôpital le 18 mai 1875.

(1) Nous avons revu tout récemment le sujet de cette observation. Les troubles phrénopatiques ont encore duré pendant un mois après son départ de l'hôpital; et ont depuis totalement disparu, et le rétablissement complet des facultés intellectuelles permet à B... de continuer son volontariat.

Au moment de son entrée à l'hôpital, ce malade présentait un rhumatisme polyarticulaire aigu avec fièvre intense, douleurs excessives, une sorte de prostration insidieuse dans cette affection et de la sécheresse de la langue, qui ne tarde pas à devenir crôteuse les jours suivants.

Au troisième jour apparaît un souffle très-rude à la base du cœur avec redoublement fébrile; mais le 21 mai, les douleurs diminuent et l'on constate dans l'état général une amélioration très-sensible. Les articulations présentaient à peine un peu de sensibilité, et à part le souffle râpeux du cœur, la convalescence semblait définitivement établie lorsque, le 4 juin, survint une modification très-apparente dans le caractère: le malade était taciturne, inquiet, causait moins que d'habitude avec ses camarades ou ne parlait que pour les entretenir de sa errante extrême de la mort.

Le 5 juin, la parole devient très-embarrassée par suite d'un hébergement considérable qui n'existait pas les jours précédents; les mots semblent aussi le fuir, il ne peut exprimer sa pensée qu'après des efforts nombreux, comme s'il y avait amnésie partielle; pupilles dilatées.

Le 6, quand on interroge B..., il répond à peine par des phrases achevées, laissant deviner des idées bizarres que la crainte de la mort domine; il fait appeler l'aumônier et demande la communion.

Le 7, le malade refuse de manger et garde un silence profond. Vers l'après-midi, il pleure quand on s'approche de lui, et par des mots entrecoupés assure qu'il est mort, que les soins sont désormais inutiles; pupilles dilatées, pus de trouble de la sensibilité ou de la motilité; insomnie.

Le 8, pupilles dilatées, figure prostrée; le malade répond toujours avec lenteur, répugnance et par monosyllabes. Il est en proie à des hallucinations de l'ouïe; ses camarades lui parlent trop, le tracassent, l'insultent; il les entend se concerter entre eux pour le dénigrer auprès de ses chefs et le traduire en conseil de guerre. Vers le soir, il se renferme dans un mutisme absolu; impossible d'arracher une parole, le moindre geste d'assentiment. Cependant nos questions sont comprises, mais il montre de la mauvaise humeur parce qu'on lui parle, ses traits se contractent, il tourne la tête, des larmes viennent parfois; il retire le bras que l'on prend pour examiner le pouls, serre les dents avec violence quand on essaye de faire avaler les médicaments. Pupilles dilatées, pâleur générale, amaigrissement, insomnie.

Le 10, le malade a uriné dans son lit, mais rien de caractérisé du côté de la sensibilité et de la motilité; même tristesse, même refus de prendre la nourriture qu'on est obligé d'introduire presque de force. Par la douceur, on n'obtient aucune réponse; si l'on élève la voix, si l'on insiste avec un simulacre de colère, le malade essaye de répondre et dit quelques mots incomplets qu'on retrouve les mêmes hallucinations que précédemment. Insomnie continue; le malade reste toujours éveillé comme s'il craignait quelque danger. Deux bruits de souffle au cœur, l'un à la pointe, l'autre à la base; pouls à 45, régulier.

Le 11, pupilles dilatées, pouls irrégulier, intermittent, négligé, à 51; refus de parler; mêmes hallucinations; insomnie; toutefois, le malade commence à manger (un visicatoire à la nuque).

Le 12, pupilles dilatées, pouls irrégulier, intermittent, à 54; mutisme absolu.

Le 13, B... refuse de prendre sa tisane, disant qu'elle est empoisonnée par ses camarades; insomnie, mêmes caractères du pouls, à 52.

Le 14, le malade commence à rompre son silence et semble plus docile; mêmes caractères du pouls, insomnie; l'amaigrissement fait des progrès considérables.

Le 15, la parole est toujours hésitante, pleine de difficultés; mais on voit que le malade fait des efforts pour répondre et pour saisir les mots qui lui échappent. La tristesse reste le fond habituel de son caractère; il n'y a plus d'hallucinations. Le pouls est moins irrégulier et les bruits de souffle diminuent. A dater de ce moment, la parole, le groupement des idées, semblent revenir vers l'état normal; chaque jour marque un nouveau progrès, le malade répond de meilleure grâce et ses conceptions sont moins bizarres qu'autrefois; mais la tristesse, le défaut d'expansion, persistent encore et constituent les derniers restes des troubles intellectuels au moment où le malade part en convalescence.

Il est assurément singulier de voir des observations se présenter avec une analogie telle et réaliser dans l'expression phénoménale du délire et des hallucinations une ressemblance si étroite. Ainsi, trois fois la fièvre et les symptômes articulaires avaient complètement disparu (depuis quatre jours dans

le cas de Delieux, depuis trois et treize jours dans les deux autres), lorsque se sont montrés les troubles cérébraux. Ceux-ci ont eu à peu de chose près la même manière de débiter; le jeune soldat d'infanterie de marine prend d'emblée, il est vrai, de bas hallucinations de la vue et de l'ouïe, puis devient triste et silencieux, tandis que nos deux malades n'arrivent aux hallucinations qu'après avoir préléudé par des désordres moins accusés; ils montrent une inquiétude, une tristesse profondes, deviennent sombres, renfermés en eux-mêmes, n'ouvrent la bouche que pour parler de chimériques appréhensions ou d'une crainte obsédante de la mort, ils pleurent sans motif; l'un d'eux présente en outre dès le début un hégéyement inusité et une amnésie des plus marquées; puis les troubles sensoriaux apparaissent.

Tous trois ont alors cette conviction inexorable qu'ils sont morts, et par le fait refusent obstinément tout soin, toute nourriture.

Eussent survient dans deux cas un état comateux, intermittent, léger chez l'un, plus réel, plus complet chez l'autre, persistant pendant un jour et une nuit avec résolution complète des membres, anesthésie absolue et paralysie des sphincters. Tous conservent jusqu'à leur guérison achevée une tristesse exagérée, une inquiétude vague, une incertitude insolite.

Il est enfin un phénomène commun à tous ces malades et qui a vivement frappé les observateurs, c'est un amaigrissement considérable, rapide, progressif, débutant dès les premiers jours où se sont montrés les troubles intellectuels. En deux jours, le malade de Delieux était arrivé à un état d'affaiblissement, de faiblesse; d'émaciation de l'aspect le plus sinistre. Chez les sujets de nos observations, le dépérissement avait pris aussi une marche rapide, le faciès était devenu pâle, plombé, profondément altéré. Et certes il n'était pas permis d'attribuer un tel déchet à la consommation fébrile.

Le cas cité par Mesnet semble peut-être se séparer des précédents par ce fait que l'aliénation mentale s'est déclarée pendant la période pyrétyque et douloureuse du rhumatisme, alternant même avec la fluxion des jointures; mais la matière du délire et des hallucinations y est la même, la pathogénie assurément identique, et ce balancement si manifeste entre les manifestations articulaires et cérébrales prouve d'une manière irrécusable l'étroite dépendance des unes et des autres à l'égard de la diathèse rhumatismale.

Evidemment, et surtout pour les deux malades que nous avons observés, il s'agit ici de la *mélancolie*, cette affection mentale caractérisée par des idées délirantes de nature triste et par de la dépression portée parfois jusqu'à la stupeur. Cette tristesse invincible dès le début, cette inquiétude continue et ces angoisses morales qui maintiennent les malades dans un mutisme absolu et leur font voir autour d'eux des signes de mépris ou des menaces, ne peuvent se rapporter qu'à un délire mélancolique. Des illusions, des hallucinations, se joignent au délire, des êtres invisibles tourmentent leur esprit, des bêtes immondes les entourent, ils sont morts, craignent d'être empoisonnés. Le malade ne discute pas, parle peu, avec répugnance même, et se renferme dans une sorte de résignation monotone, d'inertie absolue. N'est-ce pas là le tableau fidèle d'une aliénation mentale, de la mélancolie?

Reste à préciser maintenant de quelle manière le rhumatisme a pu agir sur le cerveau. La chose est difficile. Prend-il dans son essence un mode pathogénique particulier pour troubler les fonctions cérébrales, ou agit-il simplement à la façon des autres maladies aiguës, fièvre typhoïde, pneumonie, rougeole, angine? Dans le premier cas, il y aurait peut-être rhumatisme des couches corticales du cerveau, comme il y a rhumatisme des méninges; et dans le second interviendrait cette anémie consécutive à toute maladie aiguë qui débilité par consommation fébrile; l'aliénation mentale serait alors un accident fortuit dans la convalescence du rhumatisme, un fait contingent sans relation aucune avec la maladie diathési-

que préexistante. Mais l'anémie n'existait réellement pas à un degré marqué dans les cas qui nous sont propres.

Que dire aussi de cet état comateux passager qui s'est montré chez deux malades avec résolution générale, anesthésie et paralysie des sphincters ; faut-il le rattacher à un œdème fuge du cerveau ou à une recrudescence dans une méningite supposée qui aurait, au début, par l'irritation légère des couches corticales, produit les troubles intellectuels ? Delioix rattache sans hésiter tous les symptômes observés dans le cas qu'il cite à une détermination métastatique du rhumatisme sur les méninges, se basant sur l'amélioration qui a suivi l'application de larges vésicatoires près des régions articulaires antérieurement fluxionnées. Mais est-ce là une raison suffisante ? Chez B..., l'état comateux a disparu sans traitement, et une méningite, si légère qu'elle soit, disparaîtrait-elle aussi promptement ? S'agirait-il plutôt de troubles emboliques rapidement compensés et rendus légitimes par l'existence d'une endocardite ? Trancher la question est périlleux, et mieux vaut, je crois, rester dans le doute que de risquer une opinion sur des hypothèses.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 10 JANVIER 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

CRITIQUE EXPÉRIMENTALE SUR LA FORMATION DE LA MATIÈRE SUCRÉE DANS LES ANIMAUX, par M. Cl. Bernard.

» I. Le sang de l'homme et des animaux est invariablement sucré. J'ai montré que cette glycémie constante dépend d'une fonction nommée du foie.... Mes expériences et mes idées trouvent des partisans, mais aussi des oppositions de la part des théoriciens repues....

» Vers la même époque je montrai, par d'autres expériences, que cette production physiologique du sucre dans le foie est soumise à l'influence du système nerveux, et qu'en blessant un point particulier du quatrième ventricule, non loin de l'origine des nerfs vagues, la matière sucrée se déverse surabondamment dans le sang au point de rendre l'animal rapidement diabétique. C'est l'ensemble de ces faits qui me porta à admettre dans l'organe hépatique une nouvelle fonction restée jusqu'alors ignorée, et à laquelle je donnai le nom de *fonction glycogénique ou glycogénique du foie*... Puis, je constatai du sucre dans les liquides allantoidiens, amniotiques et dans l'urine, montrant que le diabète est, en quelque sorte, l'état normal chez le fœtus. Je signalai, en outre, particulièrement dans les muscles et dans les poumons, une substance pouvant donner naissance au sucre par une sorte de fermentation spéciale. J'ajoutai enfin quelques expériences relatives à l'influence de la matière sucrée sur le développement des cellules organiques. La glycogénèse me parut être dès lors, chez les animaux comme chez les végétaux, un phénomène physiologique général, accompagnant partout les manifestations de la vie....

» II. Mais il ne suffisait pas d'avoir constaté la formation du sucre dans le foie, il fallait pénétrer plus avant dans le phénomène et chercher à saisir son mécanisme : c'est là ce que j'appelle la seconde période de la question. Elle sera marquée par l'expérience du foie lavé et par la découverte de la matière glycogène, découverte qui vint en quelque sorte changer la face du problème en le rattachant à une des questions les plus ardues de la physiologie générale, celle de la nutrition intime des tissus.... J'ai montré que, au lieu de chercher immédiatement dans le sang la substance qui précède le sucre et qui lui donne naissance, il fallait, au contraire, la placer dans le tissu hépatique lui-même....

» Le fœtus enfin par me convaincre que le foie, après qu'il a été extrait du corps de l'animal, continue sa fonction glycogénique et s'enrichit bien réellement et très-rapidement en matière sucrée, pendant un certain temps, après lequel la quantité reste à peu près fixe. Ce fut là un fait bien imprévu et bien instructif ; il nous montre dans toute son évidence la mobilité des propriétés vitales, en même temps qu'il nous fait sentir la délicatesse et toutes les

difficultés des analyses chimiques appliquées aux liquides et aux tissus de l'organisme. Un même tissu organique analysé exactement de la même façon, mais à un quart d'heure, que dis-je ? à cinq, à deux minutes de distance, n'est plus le même tissu et ne donne pas des analyses comparables. Et ce que je dis ici ne s'applique pas seulement à un cas particulier, au tissu du foie, c'est un fait général : tous les tissus, tous les liquides animaux, en dedans comme au dehors de l'organisme, nous présentent une mutation chimique rapide et incessante. »

DES CAUSES D'INSUCCÈS DANS LA RECHERCHE DE MINIMES QUANTITÉS D'IODE, par M. Ad. Chatin.

» Quelles sont, dans la recherche de l'iode, les précautions dont l'oubli a conduit fatalement de très-savants chimistes à des résultats négatifs ?...

» Eau douce ou potable commune. — 1° Il est nécessaire de précipiter, par un excès de carbonate de potasse pur, les sels solubles de chaux et de magnésie. L'iode, étant ainsi fixé, se retrouvera dans le résidu de l'évaporation, auquel on donnera un petit coup de feu pour détruire les matières organiques. On aura séparé par décantation le liquide des carbonates terreux qui se déposent pendant le premier quart de l'évaporation. Vers la fin de celle-ci, le feu sera diminué pour éviter toute projection des résidus solubles. Ce dernier point a son importance, l'iodeure étant dans les dernières gouttes à évaporer.

» 2° L'excès de carbonate restant après la précipitation des sels calco-magnésiens doit être d'autant plus grand que la proportion des matières organiques est plus forte. On peut reconnaître que cet excès a été suffisant, soit à ce que le résidu se présente décoloré après la calcination, soit à ce que, quoique encore coloré, ce résidu étant repris par l'alcool à 90 degrés, y forme pâte (en fixant l'eau de l'alcool). Dans le cas d'une addition insuffisante de carbonate alcalin, le résidu se diversifiera, au contraire, dans l'alcool, à la manière d'une poudre ; l'iode s'est alors dégagé dans la calcination en grande partie ou même en totalité.

» 3° Quand, ayant traité à plusieurs reprises (à trois reprises ordinairement) par l'alcool le résidu alcalin laissé par l'évaporation de l'eau, on a réuni les alcools de lavage dans une capsule de capacité au moins quadruple de celle nécessaire pour les contenir, il faut, avant de procéder à l'évaporation, qui devra être faite à une basse température, ajouter à l'alcool moitié environ de son volume d'eau distillée pure. Sans cette précaution, il arriverait que le soluté alcoolique, grimpant le long des parois de la capsule, viendrait s'évaporer à la partie supérieure de celle-ci, au fond de laquelle l'iode serait alors inutilement cherché. Il n'est pas inutile d'ajouter que par l'agitation fréquente du soluté on fera rentrer dans ce dernier, pour les ramener finalement au fond de la capsule, les parties qui se déposent contre les parois de celle-ci à mesure que l'évaporation fait baisser le niveau du liquide. Un petit coup de feu est d'ailleurs nécessaire pour détruire une certaine quantité de matière organique qui a échappé à la première calcination ou qui accompagnait l'alcool, et dont la présence masquerait les caractères des quantités infinitésimales d'iode. Le résidu restant au fond de la petite capsule doit être incolore et à peine perceptible. S'il était en quantité très-appreciable, c'est qu'il serait mêlé à trop de sels alcalins, et il faudrait le reprendre encore par l'alcool.

» 4° La dernière condition, condition absolue comme les précédentes, de réussite ou d'insuccès, est de ne dissoudre le résidu que dans une minime quantité, deux gouttes d'eau (ou même une seule goutte), par exemple, qu'on promènera, à l'aide d'un agitateur en verre, sur le fond de la capsule, de façon à dissoudre tout l'iodeur déposé. Avec l'extrémité de l'agitateur on fait alors trois ou quatre parts, dont l'une, celle qui donnera les réactions les plus nettes, sera laissée au fond même de la capsule, les autres gouttelettes étant déposées sur d'autres capsules, des assiettes ou des fragments de porcelaine. L'une des gouttelettes sera additionnée de chlorure de palladium ; les autres gouttelettes, après avoir reçu un peu d'empois d'amidon récent, seront touchées avec précaution, l'une avec de l'acide nitrique, une autre avec de l'acide sulfurique du commerce ; l'eau chlorée ne produira la coloration bleue que si la proportion d'iode est notable. On peut aussi, si l'on a assez de matières, recourir au perchlorure de fer, conseillé par M. Bouis.

» Végétaux. — C'est surtout pour avoir employé le chlore ou recherché les réactions dans des solutions iodiques trop étendues que de savants chimistes ne trouveront pas d'iode dans les eaux douces, dans l'air et même dans la cendre des végétaux....

» Terres, minéraux, etc. — La présence de l'iode dans les

erres, les minerais, les métaux, le soufre, etc., se constate aisément en traitant ces corps, préalablement divisés, par une solution bouillante de carbonate de potasse, solution sur laquelle on opérera ensuite comme s'il s'agissait d'une eau ordinaire.

» **Eaux salines.** — Quant aux eaux salines (eau de mer, etc.) et aux eaux chloro-nitreuses des puits, le mieux est de les distiller aux trois quarts après les avoir additionnées de perchlorure de fer, et de recueillir le produit de la distillation dans un récipient où l'on aura mis un peu de carbonate de potasse. L'opération se termine, comme à l'ordinaire, en évaporant, calcinant, reprenant par l'alcool, etc.

ASSAINISSEMENT DES APPARTEMENTS. — M. de Carvalho présente à l'Académie, par l'entremise de M. Th. du Moncel, un modèle d'appareil ozonogène qu'il destine à l'assainissement des appartements dans les pays chauds et malsains. C'est une espèce de condensateur à effluve électrique, qu'il adapte à une rainure pratiquée soit horizontalement, soit verticalement, dans l'une des cloisons de ces appartements. Un aspirateur, constitué par une sorte d'entonnoir allongé, dont la partie étroite enveloppe la rainure, permet d'activer le courant d'air passant à travers l'effluve électrique; une machine de Ruhmkorff et une pile produisent les décharges électriques. M. de Carvalho croit que l'action électrique, agissant à l'état dynamique sur l'air atmosphérique, lui donne des propriétés sanitaires particulières, et il est d'autant plus porté à le croire que, d'après les expériences ozonométriques faites jusqu'ici, les maladies épidémiques paraissent se rencontrer rarement dans les lieux où l'air est riche en ozone. (Commissaires : MM. Becquerel, Fizeau, Cl. Bernard, P. Thenard, du Moncel.)

M. P. Thenard présente, à propos de cette communication, quelques observations. « Il est, dit-il, grandement temps de mettre le public et même les savants en garde contre les légendes répandues sur l'ozone. L'ozone est un des plus énergiques poisons dont soient dotés nos laboratoires; les très-graves accidents qu'il a produits dans le mien ne laissent nul doute à cet égard. M. Arnaud Thenard doit publier bientôt un travail sur ce sujet. Sous l'influence de l'ozone, et à des titres extrêmement faibles, il a reconnu que les globules du sang se contractent rapidement et même changent de forme, et que le pouls se ralentit au point que celui d'un cochon d'Inde, battant normalement 148 pulsations, tombe à une trentaine au bout d'un séjour d'un quart d'heure, répété une fois par heure pendant cinq heures consécutives. Aujourd'hui que la médecine tire de si sérieuses indications du changement de température chez les malades, elle trouvera dans l'application de l'ozone un moyen d'en combattre les excès; mais de cette espérance à jeter à tort et à travers de l'ozone dans les lieux habités, sous prétexte d'en combattre les miasmes, il y a loin.

» Est-on d'ailleurs bien assuré que l'ozone existe dans l'atmosphère. M. Wittmann, en projetant de l'air à travers une flamme de lampe d'émailleur, obtient un air qui agit sur le papier ozonométrique comme l'ozone lui-même; or, tandis que cet air désinfecte, sans les acidifier sensiblement, les flegmes de mauvais goût, l'ozone ne les désinfecte pas et les acidifie; de plus, tandis que l'ozone ne résiste pas à une température de 200 degrés, l'air modifié de M. Wittmann s'engendre dans un milieu qui ramollirait le verre. »

ANTAGONISME DE LA QUININE ET DE LA STRYCHINE. — M. Sedan soumet au jugement de l'Académie, par l'entremise de M. Larey, un mémoire portant pour titre : *ÉTUDE EXPÉRIMENTALE SUR L'ANTAGONISME DES SULFATES DE QUININE ET DE STRYCHINE.* (Renvoi au concours de physiologie expérimentale.)

CHOLÉRA. — M. Després adresse une note relative à un traitement du choléra asiatique. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

DÉCOISSANCE DU SUCRE DANS LES BETTERAVES PENDANT LA SECONDE PÉRIODE DE LEUR VÉGÉTATION. — M. B. Gorenwinder communique une note sur ce sujet.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 18 JANVIER 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : a. Le tableau des vaccinations pratiquées pendant l'année 1874 dans le département de la Drôme. (*Commission de recensement.*) — b. Un rapport sur les épidémies qui ont régné pendant l'année 1874 dans le département du Vaucluse. (*Commission des épidémies.*) — c. Des pièces relatives à une demande faite par le sieur Nazas d'exploiter pour le service médical les eaux d'une source dite la Lymanzio, située dans la commune de Prades. (*Commission des eaux minérales.*)

L'Académie reçoit : a. Des lettres de candidature de MM. Outmont, Dujardin-Beaumetz et Constantin Paul pour la section de thérapeutique. — b. Un pli cacheté de M. le docteur Langlébert. (accepté). — c. Un travail pour le prix litard sur les aliments d'épargne, par M. le docteur August Yvonneau. — d. Une lettre du secrétaire général de la Société de chirurgie, annonçant à l'Académie que la séance plénière annuelle aura lieu le 40 janvier.

M. Larey dépose sur la bureau : 1° Une brochure de M. le docteur Baudouin sur la talle hypogastrique; 2° un manuscrit de M. le docteur Bresson sur l'ooz épidémique d'acrodynie observée au Mexique; 3° un mémoire de M. le docteur Balley sur Bourbonnais-Les-Bains; 4° un travail de M. le docteur Chaumont sur la médecine d'État.

LEUCOCYTOSE MORVEUSE. — Une discussion s'engage sur le travail de M. Colin relatif à la leucocytose dans la morve et le farcin.

M. Bouilloud fait remarquer qu'il serait fâcheux de laisser passer sous silence une communication de cette valeur. Il craint pour sa part qu'on n'attache trop d'importance à la leucocytose proprement dite, à la numération des globules blancs. Il y a un élément plus intéressant à trouver, c'est le germe, l'agent actif de la morve. C'est dans ce sens qu'il faudrait diriger les recherches.

M. Bouley, se plaçant au point de vue de la contagion, pense que la méthode de M. Colin pourrait avoir des conséquences pratiques fort heureuses si les expériences ultérieures viennent confirmer ses premières découvertes. — Dans l'état actuel de la science, voici ce qui arrive dans l'armée : un cheval simplement glandé est soumis à un traitement local approprié, et la glande guérie on le renvoie dans les rangs. Or, ce cheval, par le seul fait de la présence de la glande, est sous le coup de la diathèse morveuse et va communiquer la maladie aux autres animaux. Si la numération des globules blancs permettait de reconnaître l'existence ou la persistance de l'affection malgré la disparition des symptômes objectifs, on aurait là un élément de diagnostic précieux. Depuis la lecture de M. Colin, il a prié M. Malassez d'examiner d'après sa méthode le sang de quelques chevaux, et les résultats auxquels il est arrivé sont déjà fort remarquables. Malheureusement, les observations sont encore trop peu nombreuses pour qu'on puisse en tirer des conclusions.

M. Gosselin constate que si les chevaux examinés par M. Malassez étaient morveux, la question aurait déjà fait un grand pas.

M. Bouley. On avait choisi un cheval sain dont le sang devait servir de type et deux chevaux morveux dont l'un était simplement glandé.

M. Gubler craint qu'on n'exagère un peu l'importance de cette leucocytose; elle s'observe dans bien des maladies; c'est un phénomène banal dans les affections générales graves de longue durée ou dans les états cachectiques. Il ne faudrait pas établir un diagnostic sur ce seul signe, on s'exposerait à des erreurs.

M. Bouley lui répond qu'il aurait raison si l'on ne considérait que ce signe, mais il peut avoir une grande valeur quand il se joint à l'engorgement ganglionnaire, qui a pour ainsi dire une valeur pathognomonique dans le diagnostic de la morve. La présence de cette glande suffit pour affirmer à coup sûr qu'un cheval est morveux.

M. Chauffard s'associe aux réserves faites par M. Gubler. La leucocytose s'observe dans une foule de maladies et sur-

tout dans les suppurations abondantes, dont elle annonce l'apparition. C'est à M. Brouardel que revient l'honneur d'avoir le premier signalé ce fait dans la convalescence de la variole. Lorsque cette leucocytose apparaît chez un varioleux, on peut s'attendre à la formation d'abcès multiples.

Cette leucocytose existe encore dans le sang des blessés, des malades atteints de vastes suppurations : il y aurait là des recherches intéressantes à faire ; analyser, par exemple, jour par jour le sang des blessés et voir si l'infection purulente ne s'annoncerait pas par une augmentation des globules blancs. M. Chauffard se demande si l'on ne pourrait pas attribuer à cette leucocytose l'état de pâleur qui accompagne souvent la chandepisse. Il est persuadé qu'au début au moins il y a une véritable leucocytose qui disparaît quand l'affection spécifique prend les caractères d'un simple écoulement.

M. Blot ne croit pas que l'existence seule d'une glande suffise pour faire reconnaître la morve. La médecine vétérinaire est-elle donc si avancée sur la question qu'on ait le droit d'être aussi affirmatif ? Il demande à M. Bouley s'il y a les accidents généraux de la morve se déclarer chez des chevaux qui présentaient uniquement cet engorgement ganglionnaire sans aucun des autres signes caractéristiques, c'est-à-dire sans le chancre, les ulcérations et le jetage.

M. Verneuil, après avoir rappelé qu'il y a quelques années on voyait de la leucocytose partout, croyait qu'on était revenu de cette idée. Aussi est-il très-étonné d'entendre M. Chauffard affirmer qu'elle existe chez les blessés, chez les malades atteints de suppuration. Le fait est absolument inexact, et jamais on n'a trouvé d'augmentation des globules blancs dans le sang des blessés, pas plus que chez les malades affectés de suppuration osseuse, de fièvre hectique, de septicémie chronique, etc., etc. Cette leucocytose existe sans doute, mais il est impossible de dire d'avance dans quels cas, et très-souvent l'examen du sang m'a donné un démenti dans certains faits où il croyait pouvoir affirmer l'existence de la leucocytose, tandis qu'il la trouvait parfois là où il la soupçonnait pas.

M. Raynal pense que M. Colin a oublié dans son travail un point capital : c'est l'influence de l'alimentation, qui fait varier notablement en plus ou en moins le nombre des globules blancs chez le cheval. Il faudrait en tenir compte dans les cas où l'on aurait à examiner le sang d'un cheval soupçonné de morve, et l'on devrait préalablement s'informer si l'animal a été bien ou mal nourri. Il peut y avoir là une cause d'erreur.

M. Bouley, répondant à M. Blot, affirme que la présence de l'engorgement ganglionnaire suffit pour dire que le cheval est morveux ; seulement il faut savoir distinguer, et il y a une glande et glande. Celle de la morve est caractéristique et donne une sensation *sui generis* qui permet d'en reconnaître immédiatement la nature.

M. Blot n'est pas convaincu et ne croit pas que ce signe suffise à lui seul pour diagnostiquer la morve à coup sûr. M. Bouley dit qu'il n'y a pas à s'y tromper, mais il était aussi affirmatif il y a sept à huit ans sur l'inoculation de la vaccine (?), et pourtant il a reconnu depuis qu'il avait commis une erreur.

M. Ricord donne raison à M. Bouley. Il y a des engorgements ganglionnaires à caractères tellement tranchés qu'il est impossible de s'y tromper, et pour lui, d'après l'examen d'un ganglion engorgé, il n'hésitera pas à en affirmer la nature spécifique. Il ne se trompera pas une fois sur cent. Quant à la question de la virulence de la chandepisse, M. Chauffard ferait faire un grand pas à la science s'il pouvait distinguer la blennorrhagie spécifique de la blennorrhagie simple. Voilà des années qu'il la cherche, et il ne l'a pas encore trouvée.

M. Bouley, à propos de l'erreur que lui reprochait M. Blot, répond qu'il a pu se tromper, mais qu'il n'a pas cherché,

comme les médecins pendant des années, à inoculer pour reproduire la vaccine du liquide provenant des eaux aux jambes, c'est-à-dire d'une affection qui n'a aucun rapport avec les affections pustuleuses.

M. Depaul proteste contre les paroles de M. Bouley, qui tendrait à tourner en ridicule les expériences faites par lui à une certaine époque. Jenner avait émis cette idée que la vaccine pourrait bien venir des eaux aux jambes. Il a cherché à vérifier le fait, il a répété les expériences de Jenner et constate qu'il s'était trompé. Il n'y a là rien d'extraordinaire.

M. Bouley. Jenner ne parlait pas des eaux aux jambes, mais du *grease*. Ce n'est pas la même maladie. On a traduit ce mot par eaux aux jambes, et cette faute de traduction a été la cause de toutes les expériences inutiles faites à cette époque.

M. Depaul fait remarquer qu'en Angleterre le mot *grease* répond à l'expression eaux aux jambes. C'est la même maladie.

Ce débat se termine par un échange entre MM. Blot et Bouley de quelques observations sur la part qui revient, soit aux médecins, soit aux vétérinaires, sur les erreurs commises.

TRAITEMENT DES MALADIES DES FEMMES PAR LE MASSAGE. — M. le docteur *Norstrom* donne lecture d'un travail sur un nouveau traitement des maladies des femmes par le massage.

La méthode est bien simple : la femme étant couchée sur le dos, les jambes repliées sur les cuisses et les cuisses sur le ventre ; le masseur introduit le médius et l'index dans le vagin et va saisir le corps de la matrice pendant que l'autre main maintient l'organe à travers les parois abdominales. Le massage proprement dit consiste à comprimer et à froter toutes les parties de l'utérus entre les doigts. L'auteur recommande surtout dans l'introduction des doigts de ne pas froter la paroi antérieure du vagin ni le clitoris, « siège des passions », ce qui pourrait gêner l'opérateur et l'opérée. M. Norstrom aurait obtenu par ce procédé la guérison de métrite chronique, de prolapsus du vagin et d'endométrite hémorrhagique.

— La séance est levée à cinq heures.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1875. — PRÉSIDENTIE DE M. WOLLEZ.

COMPTE RENDU ANNUEL DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ PAR M. ERBESNIER : ENSEIGNEMENT DANS LES SERVICES HOSPITALIERS ; DE LA TRANSFUSION DU SANG ; DU RHUMATISME CÉRÉBRAL ET DE SON TRAITEMENT ; DES ACCIDENTS DE LA THORACOCENTÈSE ; NÉCROLOGIE. — DU TËNIA DANS L'ARMÉE ; VARIÉTÉS DU TËNIA. — CONSERVATION DES TENIFUGES DANS LES HÔPITAUX DEPUIS DIX ANS. — UN CAS DE MORVE CHRONIQUE. — NOMINATION DU BUREAU ET DES CONSEILS POUR L'ANNÉE 1876.

Les deux communications les plus remarquables de cette séance sont le compte rendu de M. Ernest Besnier sur les travaux de la Société pendant l'année écoulée, compte rendu qui a été très-goûté de l'auditoire, tant pour sa forme que pour les questions que M. le secrétaire général a traitées, et le travail de M. Léon Colin sur la fréquence du ténia dans l'armée. Nous ne pouvons malheureusement donner qu'un aperçu de ces deux mémoires.

M. Ernest Besnier commence son compte rendu par l'exposé des diverses négociations entreprises pour faire reconnaître d'utilité publique la Société médicale des hôpitaux, négociations qui ont dû être abandonnées en raison des modifications aux statuts de la Société que l'autorité voulait imposer.

La Société a préféré délaissér les avantages que pouvait offrir la reconnaissance d'utilité publique (legs Wulfranc Gerdy) plutôt que souscrire à des conditions qui lui enlevaient son indépendance vis-à-vis de certaines questions administratives relatives au corps médical des hôpitaux, que par ses statuts, en 1849, elle s'est attribuée le droit et le devoir de discuter.

Il relève ensuite la large part qui revient au corps médical des hôpitaux dans l'enseignement élémentaire de la pathologie et de la clinique générales, ainsi que dans celui des branches spéciales de la médecine pratique, enseignements qui, à l'heure présente où souffle un vent inattendu de réformes et de progrès, semblent devoir trouver leur place dans la Faculté. C'est évidemment auprès des médecins et des chirurgiens des hôpitaux que les générations médicales actuelles puisent les qualités pratiques qui font de nos internes et de la plupart des médecins français des praticiens supérieurs. Ce qui manque à cet enseignement c'est d'être soutenu, dirigé et organisé. M. Besnier fait des vœux pour que les progrès annoncés se réalisent, et ne doute pas du profit que la médecine en pourra tirer.

Parmi les travaux de la Société pendant l'année 1875, il faut noter en particulier la discussion relative à la transfusion du sang appliquée au traitement des hémorragies graves, celle qu'on soulevée le rhumatisme cérébral et son traitement par la méthode réfrigérante, puis les observations et mémoires concernant les accidents des paracétéses en général et de la paracétésse du thorax en particulier.

S'attachant à développer spécialement la question du rhumatisme cérébral, de l'hyperthermie rhumatismale et du traitement par la méthode réfrigérante, M. E. Besnier passe en revue les travaux présentés à la Société par MM. Blachez, M. Raynaud, Féréol, Guyot, Dujardin-Beaunez, et remarque combien cette question des accidents cérébraux dans le rhumatisme a de tous temps occupé la Société des hôpitaux. Il retrace d'une manière magistrale l'histoire de cette question qui était encore bien vague malgré les recherches de Requin, de Douillard, de Trousseau et d'Hervé de Chégoin lorsque Gosset, interne à la maison municipale de santé (terre classique du rhumatisme cérébral) présenta à la Société un cas de méningite rhumatismale avec autopsie, recueilli dans le service de Requin. L'observation de Gosset devint le point de départ d'un rapport de Valleix et d'une note beaucoup plus importante de M. H. Bourdon de laquelle date, en réalité, les progrès accomplis dans la question. Plus tard, vinrent le travail de Vigla (1853), les observations de Cossy (1854) puis celles de Mesnet, d'Archambault, de Delioix, rangées sous le nom de *folie rhumatismale*. En 1857, la Société des hôpitaux reprend encore l'étude du rhumatisme cérébral, et Vigla, Moutard-Martin, Thirial, Legroux, Laborde, Bourdon y apportent des faits nouveaux et des aperçus ingénieux. A ce moment, M. Guibler prodit un important mémoire, qui est suivi d'un brillant rapport de M. G. Sée; dans ces deux travaux, sont traités l'histoire de la question basé sur les faits connus en France et à l'étranger, les formes diverses des accidents énéphaliques survenant sous l'influence rhumatismale, leur nature et les explications pathogéniques proposées (action réflexe du cœur, concrétion cardiaque, embolies, urémie, pyhémie).

Dans les années suivantes, Bouillard et Auburtin publient des rangs nombreux. Enfin l'encéphalopathie rhumatismale prend rang dès lors dans les livres classiques (Racle et Lorain, dans la 4^e édit. du *Guide du méd. prat.*, de Valleix, 1860). En 1862, paraît l'excellente thèse de E. Girard. Les cliniques de Trousseau achèvent de vulgariser la question.

La question cependant est encore aujourd'hui obscure, malgré les tentatives faites depuis cette époque, à cause de la difficulté qu'on éprouve à faire concorder les formes cliniques avec des formes anatomiques déterminées. M. Ball a montré combien les symptômes observés pendant la vie répondaient irrégulièrement aux lésions constatées à l'autopsie. L'analyse

de 32 observations avec autopsie prouve qu'on en est réduit à asseoir les bases du diagnostic anatomique sur un calcul de probabilité. Or, le *méningite* rhumatismale proprement dite est très-rare (Gintraç n'a pu, sur 1853 cas de rhumatisme articulaire aigu recueillis pendant vingt-trois ans à l'hôpital Saint-André, trouver que deux observations de méningite proprement dite). Les lésions les plus communes dans l'encéphalopathie rhumatismale paraissent être ces lésions vasculaires décrites par Olivier et Ranvier.

Ce qu'il importe provisoirement de savoir, c'est que, dans un grand nombre de cas, les accidents cérébraux du rhumatisme articulaire aigu sont des accidents rhumatismaux proprement dits, participant du génie même de la maladie principale, mobiles et superficiels à un certain point de vue, et de nature à pouvoir être conjurés malgré leur apparente gravité.

L'emploi du thermomètre et la notion contemporaine de l'action des températures excessives ont introduit des modifications profondes dans les idées acquises sur la pathogénie du rhumatisme cérébral et sont venus jeter une grande lumière sur certains points de la question. Cela ne veut pas dire que la lumière soit complète et que l'hyperthermie puisse expliquer tous les accidents encéphaliques qui accompagnent le rhumatisme; cela n'autorise pas davantage à substituer à la dénomination de rhumatisme cérébral celle de rhumatisme hyperpyrétique. Mais cette notion a été des plus importantes, puisqu'elle a conduit à l'emploi de la méthode réfrigérante dans le traitement de certaines formes de rhumatisme. En 1872, le professeur Lasègue, dans une de ces brillantes Revues critiques qui sont toujours une bonne fortune pour la science et pour la pratique (*Arch. gén. de méd.*, *Du traitement des maladies par l'eau froide*, 1872, vol. 1, p. 585) exposait les résultats remarquables obtenus dans le rhumatisme hyperthermique par Sidney-Ringer et Wilson-Fox (1867-1871). Lorsque M. Maurice Haynaud fit en 1874 sa première tentative du traitement du rhumatisme cérébral par l'eau froide, il n'avait certes pas à se disculper du reproche de témérité ou d'innovation, alors surtout qu'on savait que ce traitement avait été employé antérieurement, même aux médecins anglais, par Stickler (de Mulhous), et que le docteur Suret (*Médecine hydrothérapique, in Recueils de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, p. 1, 1864) avait montré quel heureux parti on pouvait tirer de l'application de l'eau froide dans les maladies aiguës et dans le rhumatisme, à la condition, *expresse* que la température soit élevée; à la condition aussi de répéter fréquemment et successivement les soustractions du calorique, soit par l'enveloppement dans le drap mouillé, soit par l'immersion dans un bain ou une piscine à 42 degrés, et aussi par des applications froides sur les jointures dans l'intervalle des réfrigérations générales (observations faites à l'hôpital militaire de Metz en 1862 par le docteur Suret). Le même médecin ne considère pas l'endocardite comme une contre-indication; il la combat même par le froid en plaçant sur le malade des ceintures mouillées, mais, il déclare, comme MM. Raynaud et Féréol, que la méthode réfrigérante ne peut et ne doit être exécutée que par le médecin lui-même ou par des personnes expérimentées.

Il semble donc bien établi aujourd'hui que la réfrigération dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, à température élevée, avec ou sans accidents cérébraux, mais plutôt dans ce dernier cas, constitue une pratique légitime, mais dont il importe encore de tracer nettement les indications et les procédés.

Le rapport de M. Er. Besnier contient encore quelques appréciations sur les accidents de la paracétésse et se termine par quelques mots émus sur la perte de deux collègues affectionnés, Léon Gros et Paul Lorain.

Ce rapport est accueilli par des applaudissements unanimes.

— M. Léon Colin lit un intéressant mémoire sur deux

variétés du *Tenia solium* et sur la fréquence du tenia dans l'armée.

Il présente d'abord des fragments de deux variétés ou de deux modifications remarquables du *Tenia solium*. L'un de ces fragments, provenant d'un soldat revenant de Syrie, est composé de deux parties, l'une fenestrée ou à anneaux perforés, et l'autre pleine ou à anneaux ordinaires, présentant la disposition marginale des pores génitaux : ces anneaux appartenaient à un seul et même *Tenia solium* armé, qu'on put obtenir en entier, tête comprise. M. Colin considéra la fenestration comme le résultat de la rupture des parois de l'ovaire par le fait d'un état pathologique.

Au siècle dernier, vers 1780, un médecin de Toulouse, Marsars de Cazès, rencontra un tenia de ce genre, en fit plusieurs dessins et publia un mémoire SUR LE TENIA OU VER PLAT, IMPROPREMENT VER SOLITAIRE, ET PARTICULIÈREMENT SUR LE TENIA PERCÉ À JOUR. A cette époque, ce tenia perforé fut considéré par les uns comme une espèce à part, et par les autres comme un ver usé par la décrépitude.

Le second fragment que présente M. Colin a été pris sur un tenia expulsé au Val-de-Grâce en 1868 par un officier revenant du Sénégal. Il est remarquable, d'une part, par l'irrégularité de disposition des pores génitaux sur le bord marginal des anneaux, et, d'autre part, parce que, à la suite de quelques anneaux ordinaires, se trouve une portion longue de 15 centimètres, sans divisions transversales, laquelle ressemble à un ruban absolument continu aux bords duquel sont éparpillés, sans ordre, quelques rares pores génitaux. Ces deux fragments extraordinaires de *Tenia solium* semblent être des formes insolites des types connus et constituent plutôt une altération qu'une variété de l'helminthe.

Arrivant à la fréquence du tenia dans l'armée, M. Colin établit, au moyen de la statistique et par l'analyse des mémoires des médecins militaires, qu'en Asie et en Afrique le ver solitaire est très-commun chez le soldat. Les troupes anglaises revenant des Indes orientales en sont atteintes dans des proportions inconnues dans les troupes européennes. Gordon dit qu'à Peichaver, ville du Penjab, il suffit de deux ans de séjour dans les régiments anglais pour qu'un homme sur trois en soit atteint.

Quant à l'armée française, c'est aussi hors d'Europe qu'elle contracte le tenia : peu et même très-peu au Mexique ; très-communément en Chine et dans les postes militaires de l'Asie, mais moins dans les régions du sud et de l'est que dans celles du nord-ouest ; beaucoup plus encore en Syrie, où l'armée a été pour ainsi dire infestée de tenias (le dixième, peut-être même le cinquième de l'effectif en a été atteint) ; enfin, avec une extrême fréquence en Afrique, en Algérie et au Sénégal en particulier.

En France même, le tenia est excessivement rare dans l'armée, à tel point même que M. L. Colin soupçonne toujours à la simulation lorsqu'un soldat n'ayant pas quitté le pays affirme être atteint du tenia et montre des ecurbitins. Dans le midi cependant, à Cette notamment, le soldat se trouve, comme l'habitant, exposé à des chances plus nombreuses de contracter sur place le ver solitaire.

Dans la troisième partie de son mémoire, M. Colin recherche le motif de la différence de fréquence du tenia dans l'armée et dans la population civile. Le régime alimentaire du soldat n'a pas varié depuis longtemps au point de vue de la nature et de la cuisson des aliments, tandis que l'habitude des viandes crues ou peu cuites a pris chaque jour plus d'extension dans la population civile. C'est là, d'après M. Colin, la raison de la différence qu'on observe quant à la fréquence du tenia dans l'armée et chez l'habitant des villes.

Quant aux causes de la fréquence du tenia en Algérie, en Egypte, en Syrie, etc., elles peuvent résider dans l'absence d'hygiène publique : les cadavres et les débris d'animaux restant fréquemment abandonnés à l'air libre, les eaux se chargent non-seulement d'œufs de tenia, mais aussi de débris renfer-

mant des cysticerques, et la larve cystique du tenia peut ainsi être ingérée au moment opportun pour sa transformation en cestoïde. Cependant cette explication est démentie par ce fait que dans certaines villes d'Algérie, à Mascara par exemple, le tenia est fréquent malgré l'excellence des eaux de sources pures qui servent à l'alimentation, et aussi par les observations qui établissent l'extrême rareté du tenia dans les camps chez les soldats qui boivent l'eau la plus suspecte, si ces individus ne font absolument pas usage de viande.

La distinction entre le tenia armé et le tenia inermé (*Tenia medioancellata*) est de la plus haute importance dans la solution de la question. Ce dernier helminthe se développe chez le bœuf et le veau : or, les populations juives, certains peuples d'Afrique, les Abyssiniens, qui ne mangent pas de porc, en sont particulièrement atteints. Il y a lieu de croire que, selon toute probabilité, l'usage du bœuf ou du veau cru ou à peine cuit est la cause de la propagation du tenia inermé dans ces pays. De nouvelles observations sont encore nécessaires pour établir les divers points de la question.

M. Colin termine ce mémoire, dont nous ne pouvons indiquer que les points les plus saillants, par quelques considérations thérapeutiques. Le tenicide qu'il a employé toujours avec succès est la décoction d'écorce de grenadier suivie, après cinq ou six heures, d'un purgatif destiné à expulser le vers engourdi par l'anthelminthique et pelotonné sur lui-même.

L'emploi du purgatif avant le tenicide est une pratique mauvaise : les mouvements péristaltiques provoqués par le purgatif causent la rupture du ver sans que la tête, accrochée aux envivours du pylore, se soit détachée de la muqueuse, et le vers n'est alors rendu qu'incomplètement.

— M. Ernest Besnier donne lecture d'une lettre de M. le professeur Regnault, directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux, dans laquelle est indiquée d'une manière précise la consommation des tenifuges dans les établissements hospitaliers de Paris dans ces dix dernières années.

Les tenifuges les plus employés sont : le kouso, la semence de courge, l'écorce de racine de grenadier et la fougère mâle. Un tableau indiquant par chaque année la consommation de ces tenifuges montre un accroissement notable qui indique l'augmentation du nombre des malades atteints de tenia. Ainsi, par exemple, en 1864 on consommait 2^u,100 de kouso, en 1868 on en utilisait 6^u,300, en 1872 10 kilogrammes, en 1873 41 kilogrammes, en 1874 10 kilogrammes ; pour la racine de grenadier on voit également une augmentation qui va de 1^u,20 en 1864 à 18^u,125 en 1874. Ainsi des autres.

M. Regnault pense que les espèces animales consommées pendant le siège de Paris ne sont pas étrangères à l'accroissement de fréquence du tenia ; dans un second tableau il montre que depuis 1870 la moyenne annuelle de consommation des tenifuges a notablement augmenté : avant 1870 les hôpitaux de Paris consommèrent annuellement 3^u,900 de kouso, 3^u,006 de graine de courge, 13^u,008 de racine de grenadier et 5 kilogrammes de fougère mâle ; depuis 1870 la consommation moyenne de l'année est élevée à 9 kilogrammes pour le kouso, à 5^u,314 pour la graine de courge, à 14^u,025 de racine de grenadier et à 12 kilogrammes de fougère mâle.

M. H. Roger dit avoir observé des cas de tenia chez des enfants en bas âge auxquels on avait donné de la viande crue pour les guérir de la diarrhée du sevrage.

M. Chauffard constate aussi une augmentation de fréquence de tenia à l'hôpital Necker. Il croit également que la viande crue ou peu cuite joue un grand rôle dans la propagation du ver, mais il n'y a pas que cette cause. Peut-être les légumes, les salades arrosés par les eaux de Paris ont-ils une large part dans l'extension du parasite.

M. Laboulbène expose que c'est à une pigmentation plus

abondante autour des ventouses que certains ténias internes doivent d'avoir une tête noire.

— M. Potain présente des pièces anatomiques recueillies chez un jeune homme soupçonné d'être mort de morve chronique.

Entré le 24 novembre 1874 à Necker, ce malade, souffrant depuis juillet, ne présentait qu'une grande faiblesse et une bouffissure de la face, ainsi que de l'œdème à la partie moyenne des bras, des avant-bras et des cuisses. Les régions œdémateuses étaient endolories. Apprétiqué, ayant conservé l'appétit, ce jeune homme était dans l'impossibilité de s'asseoir en raison d'une raideur considérable des lombes et des diverses jointures. Les paupières étaient rouges et gonflées. Les urines n'étaient pas albumineuses. Par élimination, M. Potain en arriva à diagnostiquer la probabilité de la morve.

Cependant il n'y avait pas de jetage. Huit jours après l'entrée survinrent un épistaxis, de la dysplasie, puis de la dysphoie et enfin de l'aphonie. Absence de fièvre, température de 37 degrés le matin, de 38 degrés le soir.

Le 17 décembre, la fièvre s'allume; on constate des râles fins dans la poitrine, et au bout de trois jours le malade succomba au milieu d'une profonde prostration.

L'autopsie montre de la congestion pulmonaire avec quelques ecchymoses sous-pleurales, un peu de bronchite, la trachée congestionnée, puis de la psoentrite très-prononcée. Aucune lésion cérébrale hépatique, splénique, rénale. Les muscles étaient simplement œdémateux.

À la partie supérieure des fosses nasales on voit une rougeur très-vive des cornes, qui étaient tapissés de mucosités verdâtres, épaisses, élastiques; au fond du méat supérieur on trouva une petite ulcération.

— Le serutin pour le renouvellement du bureau et des conseils pour 1876 est proclamé et donne pour la composition du bureau les noms suivants :

Président, M. Laboulbène; vice-président, M. Empis; secrétaire général, M. Ern. Besnier; secrétaires annuels, MM. Martineau et Duguet; trésorier, M. Beaumetz.

A. LEGROUX.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 5 JANVIER 1875. — PRÉSIDENTE DE M. LE FORT.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES ENFANTS DANS LES HÔPITAUX ET À DOMICILE. — PRÉSENTATION D'UN INSTRUMENT.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Després, Lannelongue, Guéniot, Tillaux, Trélat, Desormaux, Le Fort, Sée et Marjolin, la Société vote la clôture et décide que, dans sa prochaine séance, les conclusions de M. Marjolin seront mises aux voix.

— M. Prier présente, au nom de M. Julliard (de Genève), une sonde métallique construite de telle façon qu'on peut la remplacer facilement par une sonde molle devant rester à demeure.

SÉANCE DU 12 JANVIER 1876. — PRÉSIDENTE DE M. LE FORT.

CORRESPONDANCE. — CONCLUSIONS DU RAPPORT DE M. MARJOLIN. — ATROPHIES DU NERF OPTIQUE CONSÉCUTIVES AU MAL DE POTT.

La correspondance comprend : 1° TRAITÉ DE LA MÉDECINE de Celse, traduit par M. Védrières; 2° une observation de tétanos consécutif à une brûlure (traitement par le chloral, mort), par M. Bresson, médecin-major.

— M. Marjolin donne lecture des conclusions de son rapport :

1° Le nombre des lits de nourrices, c'est-à-dire des lits destinés aux femmes malades entrant à l'hôpital avec leurs enfants à la mamelle, étant insuffisant, il est indispensable

de l'augmenter en ayant soin de répartir les malades suivant la nature de leurs affections, en médecine ou en chirurgie.

2° Le nombre de lits consacrés dans les hôpitaux d'enfants aux affections chirurgicales étant insuffisant pour la population de Paris et du département de la Seine, il y a lieu de l'augmenter.

3° L'expérience démontre la fréquence d'affections chirurgicales graves au-dessous de l'âge de deux ans, il est indispensable d'abaisser à un an dans ces cas l'âge de l'admission dans les hôpitaux d'enfants, à la condition que les petits malades soient seulement sévrés.

4° Afin de ne pas laisser sans emploi les lits qui ne sont pas occupés, envoyer chaque jour le mouvement des hôpitaux d'enfants à l'administration, comme on le fait pour les hôpitaux d'adultes. De plus, autoriser les médecins du Bureau central à signer des billets d'admission, seulement dans des cas aigus ou réclamant une opération.

5° Supprimer la division des chroniques et séparer, comme dans les hôpitaux d'adultes, les services d'enfants en médecine et en chirurgie.

6° Augmenter le nombre des lits dans les divers hôpitaux d'enfants situés hors Paris, en construisant un nouvel hôpital semblable à celui de Berck-sur-Mer, et en donnant plus d'importance à celui de Forges.

7° Créer à Paris, dans deux des arrondissements les plus éloignés et les plus malheureux, deux nouveaux hôpitaux d'enfants.

8° Disposer dans chaque hôpital d'enfants des salles d'isolement pour les maladies contagieuses.

9° Etablir dans chaque hôpital des salles de rechange et des salles de récréation.

10° Afin de s'opposer à la propagation des maladies contagieuses, instituer au dépôt des Enfants assistés une séparation complète entre les enfants qui entrent à l'état de santé et ceux qui sont ou deviennent frappés d'affections contagieuses (fièvres éruptives, maladies cutanées, ophthalmie purulente, etc.).

11° Egalement dans le but d'empêcher que la teigne ne prenne une plus grande extension, exercer dans les asiles, les écoles et autres établissements consacrés aux enfants une surveillance plus active et plus régulière.

12° Réorganiser sur une base plus large le service interne des teigneux, tout en conservant le traitement externe pour ceux qui voudront le suivre.

13° Réserver dans chaque hôpital d'enfants une salle d'isolement pour les malades ou blessés chez lesquels se manifestent des symptômes d'épilepsie.

Chacune de ces conclusions est votée séparément; l'ensemble est adopté à une majorité de 17 voix.

La Société décide que le rapport de M. Marjolin et les conclusions seront adressés à M. le directeur de l'Assistance publique.

— M. Terrier lit un rapport sur une observation de M. Abadie: atrophie des nerfs optiques consécutive à une lésion de la colonne vertébrale.

— La séance publique annuelle a eu lieu le mercredi 19 janvier. L'ordre du jour était ainsi fixé :

1° Allocation de M. le président Le Fort.

2° Compte rendu des travaux de l'année, par M. Sée, secrétaire annuel.

3° Eloge de Nélaton, par M. Guyon, secrétaire général.

4° Proclamation des prix.

L. LENOX.

Société de biologie.

SÉANCE DU 15 JANVIER 1876. — PRÉSIDENT DE M. CL. BERNARD.

CAS DE STÉRILITÉ SANS ATROPHIE DES OVAIRES : M. DE SINITÿ. — DISCUSSION SUR LES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES : M. BROWN-SÉQUARD. — SUR LA TOPOGRAPHIE DU CERVEAU : M. FÉRÉ. — OBSERVATIONS D'HÉMIANESTHÉSIE : M. PITRE. — ANOMALIE D'ENTRE-CROISEMENT DES CONDONS MÉDULLAIRES : M. CIERRET. — EMPLOI DE L'ACIDE OSMIQUE EN MICROGRAPHIE : M. FOUCHET. — SUR LES ORIGINES DE L'HYPOGLOSSE : M. DUVAL. — SUR L'ASPHYXIE DES NOUVEAU-NÉS : M. BUDIN.

M. de Sinitÿ a en l'occasion d'observer les ovaires d'une femme dont les organes sexuels étaient complets mais présentaient une anomalie singulière. Chez cette femme, qui, après avoir été réglée, avait eu une suspension depuis onze ans, les seins étaient rudimentaires; il n'y avait pas de poils au pubis; les appendices sexuels étaient nuls. L'utérus était normal mais il renfermait peu de glandes. Les ovaires avaient à peine le tiers du volume normal; les ovules étaient extrêmement rares, M. de Sinitÿ n'en a pu trouver que sept ou huit; il y avait quelques traces de corps jaune. Ce n'était donc pas un ovaire infantile. C'est un cas de stérilité presque absolue.

— La discussion sur les localisations cérébrales a continué dans cette séance, M. Brown-Séguard, analysant les observations qui pour lui démontrent la production de paralysie du côté de la lésion, d'autre part;

— M. Charcot développe les conséquences de certains faits présentés par MM. Pitre, Féré et Pierret. Nous ne pouvons suivre cette discussion par le détail, nous signalerons seulement pour aujourd'hui les recherches de M. Féré, nous réservant de revenir sur tous ces sujets quand ils auront été traités dans leur ensemble.

— M. Féré expose ensuite les résultats de ses recherches sur la topographie du cerveau. M. Broca avait déjà étudié ce sujet et relevé certaines erreurs de Gratiolet. M. Hefler, de Saint-Petersbourg, a obtenu des résultats analogues à ceux de M. Broca en y ajoutant quelques détails intéressants. Les recherches de M. Féré ont porté sur 54 têtes de femmes et 8 têtes d'hommes; elles lui ont permis d'établir des indications grâce auxquelles il est possible de localiser d'une manière précise les lésions cérébrales à l'autopsie, et de déterminer approximativement le siège des lésions chirurgicales du cerveau sur le vivant.

Le sillon de Rolando est beaucoup moins près de l'extrémité antérieure du cerveau qu'on le croit généralement. Son extrémité postérieure est à 11 centimètres environ et son extrémité antérieure à 7 centimètres de l'extrémité antérieure du cerveau.

La troisième circonvolution frontale forme deux anses à concavité inférieure à cheval sur deux plis obliques en sens inverse.

Si l'on fait passer une coupe transverso-verticale entre l'origine de ces deux plis sur la scissure de Sylvius, on effleure la tête du noyau intra-ventriculaire du corps strié.

Une autre coupe parallèle à la première qui passe par l'extrémité postérieure du sillon de Rolando laisse en avant d'elle la couche optique.

Les noyaux gris centraux limités en avant et en arrière par ces deux coupes ne dépassent pas en haut un plan horizontal passant à 35 millimètres au-dessous de la convexité des hémisphères.

En enfonceant des chevilles dans le cerveau par des trous pratiqués au niveau des points d'intersection des sutures de la voûte, on voit que :

1° La scissure perpendiculaire correspond dans la plupart des cas au lambda.

2° L'extrémité postérieure du sillon de Rolando est à

45 millimètres en arrière du bregma chez la femme, à 47 chez l'homme.

3° L'extrémité antérieure du même sillon est à 3 centimètres environ en arrière de l'extrémité externe du sillon de Rolando qui correspond précisément à l'intervalle des deux plis de la troisième circonvolution frontale.

Lorsque la tête repose sur le plan alvéolo-condylien le bregma se trouve sur le même plan vertical que le conduit auditif externe; on peut donc déterminer ce point sur le vivant et en déduire la position de l'extrémité postérieure du sillon de Rolando et le plan qui limite, en arrière, la couche optique. L'extrémité externe de la suture coronale se trouve ordinairement sur un plan horizontal qui passe par l'arcade sourcilière et à 18 millimètres en arrière de l'apophyse orbitaire externe; on peut aussi la reconnaître et en déduire les rapports de la troisième circonvolution frontale de l'extrémité antérieure du sillon de Rolando et de l'extrémité antérieure des noyaux gris dont on aura approximativement la limite supérieure en ajoutant l'épaisseur des téguments et du crâne (1 cent. Lebert et Parchappe) à la profondeur de la scissure interhémisphérique.

— M. Duval communique le résultat de ses recherches sur les rapports des noyaux des nerfs bulbaire avec le ventricule; pour le nerf grand hypoglosse, il admet comme origine, en outre des deux noyaux de substance grise déjà bien connus, une masse grise qui serait placée sous le ventricule et qui représenterait la continuation de la corne antérieure de la moelle.

— La communication de M. Budin, sur laquelle nous insistons, n'avait pu être faite à la dernière séance. Il s'agit du traitement de l'asphyxie des nouveau-nés par la saignée du cordon.

Les anciens auteurs reconnaissaient deux sortes d'asphyxie des nouveau-nés: l'asphyxie bleue et l'asphyxie blanche; cette dernière n'est autre chose qu'une syncope.

Lorsque l'asphyxie véritable existe, « il est évident, dit » Cazeaux, que l'indication première est de faire cesser l'en-gorgement du cerveau et des poumons. C'est ce qu'on obtient en coupant promptement le cordon ombilical et en laissant écouler quelques cuillerées de sang. »

La saignée est peu recommandée chez l'adulte comme traitement de l'asphyxie. Chez le nouveau-né, en sectionnant le cordon immédiatement après l'expulsion, on prive, nous l'avons démontré, l'enfant de 92 grammes de sang qu'il aurait pu puiser dans le placenta. En laissant s'écouler en plus, par les vaisseaux ombilicaux, de deux à quatre cuillerées, c'est-à-dire de 40 à 80 grammes de sang, on ajoute à la première une nouvelle cause d'anémie profonde. L'enfant subit alors une perte de sang qui correspondrait chez l'adulte non pas à une saignée de 1700 grammes, mais à une saignée de 2500 à 3000 grammes.

Et cela, pourquoi? Parce qu'il y a, dira-t-on, congestion pulmonaire ou cérébrale. La congestion pulmonaire n'existe évidemment pas au moment de la naissance, puisque le poumon est en état d'atélectasie. Quant à la congestion cérébrale, il nous semble d'abord que l'on confond beaucoup trop facilement l'asphyxie et la congestion. Mais, en supposant qu'il y ait véritablement congestion, qu'on laisse l'enfant attaché au cordon ombilical crier et respirer largement, et l'on verra la cyanose disparaître rapidement, comme nous l'avons vu bien des fois: les poumons, en se dilatant, offrent au sang un diverticulum dans lequel il se précipite immédiatement; mis en contact avec l'air dans les vésicules pulmonaires, ce sang s'empare de l'oxygène; l'asphyxie et la coloration violacée des téguments peuvent alors s'effacer.

Si, au contraire, on pratique la saignée du cordon, évidemment la teinte asphyxique disparaît rapidement; mais la peau, au lieu de prendre la couleur rose vif qui lui est habi-

tuelle, devient bientôt d'une pâleur extrême, et l'enfant présente un certain état d'apathie.

Dans certains cas, il y a, non pas seulement asphyxie simple, mais encore état de mort apparente. Si, dans ces conditions plus graves, la respiration ne s'établit pas spontanément, en pratiquant l'insufflation trachéale, d'une part : 1° on favorisera, à l'aide du moyen le plus efficace qui existe, comme l'a démontré M. le professeur Depaul, l'oxygénation du sang, et, d'autre part, on fera cesser la congestion cérébrale si redoutée, puisqu'on ouvrira au sang de nouveaux et nombreux canaux.

Mais, comme il est parfois bien difficile de faire l'insufflation trachéale du nouveau-né sur le lit même où la mère est étendue, nous concluons en disant : Dans les cas d'asphyxie des nouveau-nés, il faudra, si c'est possible, attendre que la respiration du fœtus soit bien établie et que les battements du cordon aient cessé avant de faire la ligature et la section de la tige funiculaire; s'il y a mort apparente, et que la respiration artificielle, l'insufflation soit nécessaire, il faudra toujours, avant de la pratiquer, se garder de faire une saignée du cordon.

A. II.

REVUE DES JOURNAUX

De l'influence des maladies du cœur sur la menstruation, la grossesse et son produit, par le docteur P. DUROZIEZ.

Dans une communication faite à la Société de médecine, en 1873, M. Duroziez était arrivé aux conclusions suivantes :

L'existence d'une maladie de cœur retarde l'établissement des règles; celles-ci sont irrégulières et prennent souvent la forme de pertes.

La stérilité se montre dans un certain nombre de cas.

Les fausses couches sont fréquentes. Souvent le fœtus naît à sept mois et demi. Souvent l'enfant meurt en naissant ou dans les premiers jours.

En somme, par le fait de la maladie de cœur de la mère, la vie de l'enfant est très-compromis. Sa mère court moins de dangers que celui-ci, elle n'éprouve pas les accidents que l'on pourrait redouter; cependant, il existe des cas de mort avant l'accouchement, immédiatement après la délivrance et dans les jours qui suivent.

Sans être effrayé des suites d'une grossesse survenant chez une femme atteinte de maladie du cœur, on ne peut cependant pas être complètement rassuré, et si l'on est consulté sur le mariage d'une jeune fille portant une lésion cardiaque grave, on ne doit pas porter un pronostic absolument mauvais, mais on ne peut s'affranchir de craintes sérieuses.

En face d'accidents graves, on peut penser à pratiquer l'accouchement prématuré à sept mois et demi et même l'avortement, dans le cas surtout où la famille serait constituée par un ou plusieurs enfants.

M. Duroziez reprend aujourd'hui le même sujet pour le développer et l'appuyer sur un grand nombre d'observations. En ce qui concerne la menstruation, il ne peut que fournir des données incertaines, n'ayant observé que des femmes qui paraissaient avoir eu des maladies du cœur dans leur enfance. L'apparition de cette fonction est-elle avancée ou reculée chez les jeunes filles atteintes d'affections cardiaques? L'observation de vingt-sept cas donne comme moyenne quinze ans, c'est-à-dire un peu plus tard que l'époque habituelle.

Quant à l'irrégularité des règles, elle est remarquable, surtout chez les femmes qui, atteintes de maladies de cœur, n'ont pas eu d'enfant. Dans plusieurs cas, les règles persistent pendant la grossesse, ou du moins des écoulements sanguins apparaissent qui n'entraînent pas immédiatement ou nécessairement la fausse couche.

Les accouchements à sept mois et demi sont assez fréquents chez les femmes atteintes de maladies du cœur, au grand avantage de la mère, qui se préserve ainsi de l'asphyxie, et au grand détriment de l'enfant. Les cas de mort pour la mère sont donc beaucoup moins fréquents qu'on ne serait tenté de le croire, tandis que du côté des enfants la perte est énorme.

Le traitement est le même que pour toute maladie du cœur non compliquée de grossesse; mais ce nouvel élément impose l'idée d'un autre remède qui ne peut être que l'avortement ou l'accouchement prématuré. Est-on autorisé à pratiquer l'avortement dans ce cas? Cette question n'a pas encore reçu de réponse positive; les dangers qui entourent le remède lui-même sont la cause de doutes et d'hésitations que l'avenir lèvera peut-être un jour. M. Duroziez pense qu'on ne saurait proposer ce moyen lorsqu'il n'y a pas d'accidents généraux; mais, en présence d'un danger sérieux, la discussion serait autorisée, surtout si la femme a déjà eu ou plusieurs enfants pour constituer la famille.

Quant au conseil à donner à une jeune fille atteinte de maladie grave du cœur, bien qu'elle eût quelques chances de ne pas aggraver par le mariage sa maladie et d'avoir des enfants bien portants, M. Duroziez, s'appuyant sur l'observation faite par Constantin Paul que, dans les couvents, les maladies du cœur laissent vivre longtemps, lui donnerait le conseil de vivre dans le célibat (*Archives de toxicologie*, juillet et août 1875, et tirage à part, in-8°. V. Delahaye).

Intoxication saturnine chez les passementiers qui préparent les mèches à briquet, par MM. CHENET et SEVESTRE.

M. Chenet rapporte cinq cas d'intoxication saturnine légère observés dans le service de M. Proust, et M. Sevestre avait déjà publié une observation de la clinique de M. Sée, se rattachant à l'empoisonnement plombique. Ces cas d'intoxication quoique bénins, présentent un certain intérêt, à cause de l'industrie récente qui les détermine. Il s'agit de la fabrication des mèches à briquet. Quoique cet article ne soit pas nouveau, sa fabrication a pris depuis quelques mois une extension énorme, à cause de la cherté des allumettes.

L'intoxication se produit dans les ateliers où se dévident les fils colorés par le chromate de plomb, qui sont ensuite tressés en cordons. Des poussières jaunes très-abondantes, dégagées pendant ces opérations, remplissent l'atelier et sont respirées par les ouvrières. Les faits observés jusqu'à présent étant d'intoxication légère, M. Chenet n'admet pas qu'on doive s'opposer à la fabrication de cet article; mais on peut exiger une ventilation plus large et le dévidage à la vapeur. M. Lancereaux, qui avait déjà publié un fait semblable, avait exprimé la même opinion. Le chromate de plomb est ajouté aux mèches pour en favoriser la combustion; elles en contiennent environ un cinquième de leur poids (*La France médicale*, n° 99, 100 et 101, et le *Progress médical*, n° 51).

BIBLIOGRAPHIE

Essai sur les doses toxiques et les contre-poisons de quelques composés arsénicaux, par M. R. ROUYER. — Thèse de docteur. Nancy, 1875.

M. Rouyer s'est proposé, dans sa thèse, de fournir quelques matériaux nouveaux à la toxicologie de l'arsenic et de ses principaux composés employés en médecine. Un point surtout, jusqu'ici peu connu, a fixé son attention : « La recherche de la quantité minima d'arsenic absorbée capable de produire des symptômes d'empoisonnement et la mort. »

Les expériences ont été faites sur des chiens d'âge différent,

d'espèce et de taille variées, et c'est surtout en introduisant la solution toxique directement dans le sang par l'injection intra-veineuse que l'auteur a essayé de calculer la dose minima.

Il a adopté pour base de ses déterminations la quantité de substance capable de produire l'empoisonnement par kilogramme d'animal. Ce point de départ méritait d'être lui-même discuté, car il ne nous semble pas établi d'une façon bien formelle que le kilogramme d'animal constitue un terme de comparaison toujours identique, fût-ce dans une même série de sujets : l'âge en modifie la valeur physiologique, la race, avec l'impressionnabilité variable, qu'elle comporte, surtout chez le chien, doit également soulever de graves réserves; les conditions de jeûne et de digestion doivent aussi entrer en ligne de compte, et c'est vraiment une question bien délicate quand on songe à toutes les variétés que peut présenter le kilogramme chez les animaux en expérience, que d'établir la formule : « *Telle dose est toxique pour tel poids d'animal* », surtout avec l'espoir d'en étendre l'application aux recherches médico-légales.

D'une manière générale du reste, tout aussi bien pour les doses médicamenteuses que pour les doses toxiques d'un grand nombre de substances, le poids du sujet ne peut servir de point de départ à l'appréciation : qui n'a vu, par exemple, des sujets vigoureux plongés dans un état souvent grave à la suite de l'absorption de petites doses d'atropine, tandis que d'autres des plus débiles en toléraient aisément des quantités beaucoup plus considérables? Et ceci est vrai du chloroforme, de la morphine et de bien d'autres substances actives.

M. Rouyer, tout en adoptant sans discussion la base d'expérimentation dont nous croyons devoir discuter la valeur, a cependant tenu grand compte des conditions dans lesquelles se trouvaient les animaux, et il note avec soin, dans ses nombreuses expériences, l'état des sujets avant l'épreuve; il indique les principaux phénomènes observés après l'introduction du poison, et, le cas échéant, fait suivre son exposé d'un rapport détaillé sur l'état des viscères et du sang. On eût peut-être mieux saisi le sens des phénomènes, la marche et les variétés des symptômes de l'empoisonnement, si l'auteur avait résumé ces diverses données, soit sous forme de tableaux numériques, soit, et mieux encore, sous forme de courbes graphiques : si quelques détails échappaient à ce mode d'exposition, la plupart s'y prêtaient facilement : la température, le poids, la pression artérielle, le nombre des pulsations, des respirations, etc.

Les conclusions de M. Rouyer sont la déduction logique des faits observés, et, pour ne citer que les principales au sujet de l'empoisonnement par l'acide arsénieux, nous noterons que l'acide arsénieux, injecté dans les veines à raison de 0^{rs},006 par kilogramme, suffit pour provoquer des symptômes d'empoisonnement; que 0^{rs},00025 par kilogramme, déterminent des symptômes graves et quelquefois la mort; que la mort est certaine quand la dose absorbée atteint 0^{rs},003 par kilogramme.

En regard de ces résultats mentionnons ceux qu'a obtenus M. Rouyer en injectant l'acide arsénieux en solution dans l'estomac; nous reconnaissons avec lui le peu de rigueur des expériences dans lesquelles on a fait avaler aux animaux de l'acide arsénieux solide, en pâte ou en poudre. Cette substance, même à l'état vitreux, « n'est que très-peu soluble, agit comme irritant et provoque ainsi des vomissements énergiques qui rejettent tout le toxique avant que l'économie ait pu en absorber une quantité suffisante pour être incommode ». La dose de 0^{rs},06 par kilogramme de poids des chiens suffit pour amener la mort dans la plupart des cas; 0^{rs},07 suit certainement mortels.

L'arséniate de soude méritait à son tour d'attirer l'attention, dit l'auteur, « à cause des deux opinions bien différentes dont il est l'objet : les uns considèrent ce sel comme beaucoup plus toxique que l'acide arsénieux et l'arséniate de po-

tasse, parce qu'il est beaucoup plus soluble; les autres, se fondant sur l'isomorphisme des arsénates et des phosphates, lui attribuent un degré de toxicité moindre ». Sept expériences très-concluantes ont permis à M. Rouyer d'admettre que la véritable dose toxique de l'arséniate de soude injecté dans le sang est de 0^{rs},005 par kilogramme, tandis que l'on éprouve quelques difficultés à empoisonner les chiens, en leur injectant rapidement le liquide dans l'estomac : ce que l'on peut dire, d'après huit nouvelles expériences, c'est que l'on amène des symptômes d'empoisonnement très-graves, susceptibles de causer la mort, mais pouvant ne pas la donner.

Nous noterons au sujet de l'arséniate de soude que son activité n'est inférieure à celle de l'acide arsénieux que parce qu'il renferme beaucoup moins d'arsenic métallique; ainsi, tandis que l'acide arsénieux renferme 75,75/100 d'arsenic métallique, l'arséniate de soude renferme seulement 24,03/100 du métal toxique.

L'arsénite de potasse enfin, employé en thérapeutique dans la liqueur de Fowler, a été jugé toxique à la dose de 0^{rs},003 en injection intra-veineuse, et à la dose de 0^{rs},06 en injection dans l'estomac. Ce sont du reste les chiffres que nous avons relevés pour l'empoisonnement par l'acide arsénieux. Et cette ressemblance dans l'action des deux substances s'explique, à notre avis, par ce fait que l'arsénite de potasse, beaucoup plus soluble que l'acide arsénieux, renferme près de 50 pour 100 de cet acide.

Quelles applications pourrions-nous maintenant tirer de ces résultats expérimentaux? La médecine légale doit-elle en attendre quelque lumière? M. Rouyer a sagement agi en concluant que les dépouillements d'observation d'empoisonnement chez l'homme n'ont pu lui permettre une approximation quelconque. En effet, les toxicologistes, tout en présentant des chiffres différents pour la dose d'acide arsénieux capable d'amener la mort après introduction dans l'estomac ne dépassent pas le chiffre de 20 centigrammes (Orfila). M. Tardieu indique 10 à 15 centigrammes, M. Lacheze (d'Angers) 40 centigrammes, MM. Flandin et Danger 7 centigrammes, etc. Or, en partant de la base admise par M. Rouyer, pour calculer la dose toxique minima, le kilogramme d'animal, nous voyons que l'homme, dont le poids moyen est de 60 kilos, devrait ingérer une quantité d'acide arsénieux suffisante pour que 18 centigrammes fussent absorbés. Mais quelle est cette quantité? Faut-il admettre, en se reportant aux expériences sur les chiens, qu'il est nécessaire d'ingérer 6 centigrammes pour que 3 milligrammes soient absorbés et en conclure qu'un homme de 60 kilos doit recevoir dans l'estomac 3^{rs},60 d'acide arsénieux pour que 18 centigrammes soient absorbés et que mort s'ensuive? Assurément non. Nous ne pouvons admettre cette conclusion, puisque l'empoisonnement s'est maintes fois produit après ingestion de 10, 15, 20 centigrammes. M. Rouyer l'a parfaitement compris; aussi s'est-il contenté de livrer sans tentative d'explication à la toxicologie humaine les résultats obtenus dans ses essais de dosage.

Il a pu tirer plus facilement parti de ses expériences pour étudier les effets physiologiques de l'arsenic, que nous résumerons en quelques mots : vomissements, selles, augmentation des sécrétions salivaire et biliaire, diminution de la sécrétion urinaire, abaissement de température, amaigrissement rapide.

Abaissement de la pression artérielle; pouls d'abord rapide, irrégulier, puis éténi.

Gêne respiratoire seulement dans la période ultime.

Paralysie, le plus souvent sous forme de paraplégie.

Altération constante des globules sanguins (voyez Th. de Ritter, Paris, 1872) expliquant les difficultés circulatoires capillaires et les hémorrhagies, suites de thrombus.

Quant aux lésions anatomiques constatées par M. Rouyer, ce sont les lésions ordinaires du tube digestif dans sa portion sous-diaphragmatique, les altérations du foie et des reins. Il est regrettable que M. Rouyer n'ait pas profité des nombreux

antopsies qu'il a pu faire pour étudier les lésions probables des centres nerveux médullaires en rapport avec telle ou telle forme de paralysie.

La seconde partie, également appuyée sur de nombreuses expériences, comprend l'étude des contre-poisons de l'arsenic.

M. Rouyer, passant en revue les différents antidotes proposés contre les composés arsenicaux, développe longuement et appuie sur des faits positifs l'efficacité de l'hydrate de sesquioxyde de fer et du chlorure ferrique. Déjà M. Jeannel, inspecteur du service pharmaceutique, avait préconisé l'administration des sels de peroxyde de fer : il emploie le sulfate ferrique, M. Rouyer le chlorure ferrique; et la préférence accordée à celui-ci tient surtout à ce qu'on en trouve la solution toute préparée dans les pharmacies.

M. Rouyer fait peu de cas de la magnésie comme contre-poison; il conseille seulement le sulfate de magnésie pour débarrasser le tube digestif de l'arsénite ferrique déposé sur les parois de l'estomac après administration du sel de fer : ce composé arsenical, étant soluble dans les acides, pourrait donner lieu à de nouveaux accidents : il est donc indiqué de l'enlever par un purgatif.

« Mais n'est-il pas tout aussi simple d'ajouter d'emblée une grande quantité de magnésie au sel de fer, comme l'indique M. Jeannel dans sa formule? La magnésie se trouve partout; son efficacité n'est pas douteuse; elle agit comme purgatif et surtout ce grand avantage de saturer les acides que M. Rouyer a rencontrés, même au bout de vingt-quatre heures, sur les parois de l'intestin et de l'estomac; acides qui, comme il le dit fort bien, peuvent faire de l'arsénite formé dans l'estomac un poison redoutable. Il n'y a pas à craindre, du reste, la redissolution de l'arsénite de magnésie, puisque l'antidote contiendra toujours un grand excès de magnésie. » (Note communiquée par M. Personne.)

Dr François FRANCK.

VARIÉTÉS

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG ET LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

En empruntant, dans notre dernier numéro, à la GAZETTE MÉDICALE DE TOULOUSE une note dans laquelle il était dit que le budget de la Faculté de médecine de Strasbourg s'élevait à un peu plus de 1 million de francs, nous avons en soin d'en indiquer la source, nous réservant de la contrôler à l'occasion. Or, des renseignements certains nous permettent d'établir la véritable situation budgétaire de la Faculté allemande. Le chiffre donné par la GAZETTE MÉDICALE DE TOULOUSE est celui du budget général de l'Université allemande de Strasbourg avec toutes ses Facultés, qui sont au nombre de six. C'est, il est vrai, la Faculté de médecine qui est la mieux dotée. Ses dépenses courantes se montent à un peu plus de 300 000 francs, se décomposant (en chiffres ronds) de la manière suivante :

Traitement des professeurs.....	144 160 fr.
Bourses matérielles.....	172 430
Dépenses pour élèves pauvres (<i>stipendia</i>).....	5 000
Extraordinaire.....	7 815
Total.....	329 405 fr.

La Faculté aura, en outre, à participer à un fonds de premier établissement créé, pour l'université entière, au chiffre de 7500 000 francs, et dont il reste encore à dépenser 6300 000 francs; mais ce fonds sera principalement consacré à de vastes constructions destinées à recevoir les diverses Facultés (cette année, le gouverneur impérial a allégé les impôts qui pèsent sur l'Alsace-Lorraine d'une somme de 500 000 francs, prise sur le budget universitaire).

Si maintenant on veut rapprocher cet état de choses du nôtre (voy. ci-après le décret du 14 janvier), et si l'on prend

garde que l'Allemagne entend faire des pays conquis un de ses grands centres d'instruction supérieure, on verra que la comparaison n'est pas à notre désavantage. L'université de Paris, qui compte six Facultés comme celle de Strasbourg, consacre au seul traitement de ses professeurs et agrégés plus que celle-ci à la totalité de ses dépenses. Pour ce qui concerne la Faculté de médecine, depuis la suppression de l'éventuel, ses 29 professeurs (à 13 000 francs de traitement) reçoivent 247 000 francs et les agrégés (à 4 000 fr.) 104 000 francs; total : 351 000 francs. La Faculté de Strasbourg ne dépense de ce chef, comme on vient de le voir, que 145 000 francs environ. Il faut ajouter que la dernière loi portant ouverture de crédits supplémentaires et extraordinaires à divers ministères de l'exercice de 1876 attribue une part de 1249 600 francs aux Facultés de France.

Bien qu'il y ait encore beaucoup à faire dans notre pays pour l'instruction aux divers degrés, nous avons tenu à nous laver du reproche d'infériorité qui semblait résulter des chiffres publiés par la GAZETTE MÉDICALE DE TOULOUSE.

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR.

Le JOURNAL OFFICIEL du 15 janvier publie un décret rendu, en date du 14 janvier, sur le rapport du ministre de l'instruction publique. Nous en extrayons ce qui peut intéresser le corps médical :

« ART. 1^{er}. — A dater du 1^{er} janvier 1876, dans les Facultés de théologie, de droit et de médecine, des sciences et des lettres, et dans les Ecoles supérieures de pharmacie, les rétributions éventuelles de toute nature, allouées annuellement aux professeurs et agrégés, soit à titre de droits de présence aux examens, soit en proportion du nombre des élèves inscrits, sont et demeurent supprimées.

» ART. 2. — Lesdites rétributions et le traitement fixe forment un seul émoluments applicable au double service obligatoire de l'enseignement et des examens.

» ART. 3. — Ce traitement est fixé ainsi qu'il suit :

» *Facultés de médecine.* — Professeurs à Paris, 13 000 fr.; professeurs dans les départements, de 6 000 à 10 000 fr.; agrégés à Paris, 4 000 fr.; agrégés dans les départements, de 3 000 à 3 500 fr.

» *Facultés des sciences.* — Professeurs à Paris, 13 000 fr.; professeurs dans les départements, de 6 000 à 10 000 fr.; agrégés à Paris et dans les départements 2 000 fr.

» *Ecoles supérieures de pharmacie.* — Professeur à Paris, de 8 000 à 10 000 fr.; professeurs dans les départements, de 6 000 à 8 000 fr.; agrégés à Paris, 4 000 fr.; agrégés dans les départements, de 3 000 à 3 500 fr.

» ART. 4. — A Paris, pour la Faculté de théologie et l'Ecole supérieure de pharmacie, dans les départements, pour les établissements d'enseignement supérieur de tout ordre, les diverses catégories du traitement, mentionnées à l'article 3, sont déterminées, pour chaque professeur ou agrégé actuellement en exercice, d'après le chiffre de son traitement fixe combiné avec la moyenne de l'éventuel dont il a joui pendant les cinq dernières années, non compris les années 1870 et 1871, de 1868 à 1874.

» Les augmentations de traitement qui pourront être accordées ultérieurement seront arrêtées par le ministre, après avis du comité consultatif de l'enseignement public (section de l'enseignement supérieur) qui dressera chaque année un tableau d'avancement et litératures de service et la valeur des travaux scientifiques et littéraires des professeurs.

» Dans toutes les Facultés et Ecoles supérieures de pharmacie, il est fait réserve, sur le traitement total assigné à chacun des professeurs et agrégés, d'une somme déterminée par le tableau annexé au présent décret.

» Cette somme, spécialement affectée au service des examens intérieurs et extérieurs, prescrits dans chaque établissement, est payée par quart à la fin de chaque trimestre.

» Cette même somme est attribuée intégralement à ceux des professeurs et agrégés qui ont exactement participé aux examens et soutenance de thèses pour lesquels ils ont été désignés à tour de rôle.

» En cas d'absence du professeur ou de l'agrégé désigné, elle est payée à l'agrégé ou docteur délégué pour les remplacer. L'indemnité attribuée en ce cas au remplacement est calculée, pour chaque examen ou séance, d'après le tableau annexé également au présent décret.

» Art. 6. — Lorsque, dans une Faculté ou Ecole supérieure de pharmacie, un professeur est autorisé par le ministre à se faire suppléer dans son enseignement, cette suppléance entraîne de plein droit la suppléance aux examens, et le suppléant reçoit, à ce double titre, la moitié du traitement total du professeur.

» Sauf les cas exceptionnels, dont le ministre est juge, la suppléance a lieu pour une année entière, et le suppléant, quelle que soit la durée du cours dont il est chargé, reçoit la moitié du traitement total de la chaire.

» Art. 7. — En conformité des dispositions de l'article 10 de la loi du 9 juin 1853, relatif aux traitements d'inactivité, les suppléances ne peuvent se prolonger au delà d'une durée de cinq ans. Passé ce terme, le professeur, après avis de la Faculté intéressée et du comité consultatif, peut être appelé à faire valoir ses droits à la retraite..... »

CHAIRAS VACANTES. — Par arrêté en date du 15 janvier 1876, la chaire d'histoire de la médecine et de la chirurgie de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— Par arrêté en date du 15 janvier 1876, la chaire de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

ASSOCIATION GÉNÉRALE. — La séance annuelle de la Société centrale aura lieu le dimanche 23 janvier courant à deux heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3. MM. les docteurs sociétaires sont priés de vouloir bien assister à cette réunion confraternelle.

Ordre du jour : Allocation du président. — Rapport du secrétaire. — Compte rendu du trésorier. — Ratification des admissions faites dans l'année. — Élection de onze membres de la Commission administrative en remplacement des membres sortants.

SUPPRESSION DU BUREAU MUNICIPAL DES NOURRISES. — M. de Nervaux, directeur de l'Assistance publique, dans un mémoire qu'il vient d'adresser au Conseil municipal, demande formellement la suppression du service des nourrices. « Toute autre institution, dit-il, serait préférable ; car la clientèle bourgeoise a complètement déserté le Bureau, et bien que l'Assistance publique ait dépensé 500 000 francs l'année dernière pour ce chef, la mortalité varie toujours entre 12 et 45 0/0 des enfants assistés. » Il est probable que l'on remplacera le système actuel par les allocations mensuelles en argent qui seront données aux mères qui voudraient nourrir leurs enfants, et à celles qui, ne pouvant les nourrir, se mettraient elles-mêmes en quête d'une nourrice de leur choix.

LÉGION D'HONNEUR. — A été promu au grade d'officier, M. Collin (Jean-François-Viala), chirurgien-major de 1^{re} classe en retraite.

— Par décret en date du 11 janvier 1876, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier : M. Michel (Alexis-Émile), médecin de 1^{re} classe de la marine ; — M. Deschiens (Henri), médecin de 1^{re} classe de la marine ; — M. Audry (René-Jules-Comille), médecin de 1^{re} classe de la marine.

JOURNAUX SCIENTIFIQUES, LOI SUR LE CAUTIONNEMENT. — M. Labbée, gérant du journal de médecine LE MOUVEMENT MÉDICAL, était cité devant la police correctionnelle pour avoir traité de matières politiques dans un journal non soumis au cautionnement. L'article était intitulé : « De l'éducation ; nos conclusions à MM. les étudiants en médecine. » Dans la pensée de l'auteur, ainsi que l'a dit M. Labbée devant le tribunal, jamais il n'a été question de traiter de matières politiques dans le journal, et l'article incriminé était plutôt un article d'économie sociale. Le tribunal a condamné M. Labbée à 500 fr. d'amende et M. Boyer à 100 fr. d'amende.

ALIÉNÉS. — Il n'existe pas encore de législation internationale en matière de traitement et de rapatriement des aliénés étrangers. L'Angleterre, par exemple, ne rapatrie pas ses malades et ne paye rien pour leur traitement ; l'Allemagne ne paye pas de frais de traitement et se borne à rapatrier. L'Autriche paye lorsque les familles des aliénés peuvent la rembourser. Bade paye 1 franc 50

par jour pendant trois mois au plus et rapatrié dans ce délai s'il y a lieu. Seuls, le duché de Luxembourg, la Russie et la Suisse font tous les frais nécessaires du traitement et du rapatriement.

On s'occupe de négocier avec l'Allemagne pour établir la réciprocité complète entre elle et la France. La réciprocité est de la règle ordinaire entre tous les Etats, soit pour le paiement des frais, soit pour la gratuité.

Le service des aliénés a coûté au département de la Seine, en 1874, 4 187 028 fr. 96 c., dont 2 543 138 fr. 08 c., dans les asiles qui lui appartiennent (Sainte-Anne, Ville-Evrard, Vancluse, Bicêtre, la Salpêtrière). Depuis huit ans, le prix moyen de la journée fixé pour le paiement dans les asiles de la Seine est de 1 fr. 82 c., mais les frais réels montent à 1 fr. 90 c. Les hommes coûtent plus cher que les femmes.

LES FEMMES DOCTEURS EN RUSSIE. — La Semaine de Saint-Petersbourg fournit les renseignements suivants sur l'enseignement de la médecine aux femmes. Pendant l'année scolaire 1874-1875, le nombre des étudiants s'est élevé à 171. 102 appartiennent à la classe noble, 31 à la bourgeoisie et au commerce, 12 au clergé et 24 à différentes classes. Sur ce nombre, on remarque 23 juives, 1 arménienne et 3 lithuaniennes, mais la majorité des élèves appartient à l'Eglise orthodoxe russe. 23 sont mariées, et la plupart d'entre elles avaient obtenu le diplôme d'institutrice avant de commencer leurs études. Des professeurs de médecine et de chirurgie se sont déclarés très-satisfaits du zèle et des progrès des élèves.

NÉCROLOGIE. — Les journaux allemands annoncent la mort du professeur Von Pitha, qui vient de succomber à Vienne à la suite d'une affection des poumons.

COURS D'OPHTHALMOLOGIE. — M. Landolt commencera ce cours le samedi 22 janvier à une heure, rue du Pont-de-Loi, 5, et le continuera les mercredis et samedis suivants à la même heure.

ÉCOLES PRATIQUES. — M. le docteur Onimus commencera un cours public sur les applications de l'électricité à la médecine, le vendredi 28 janvier à 5 heures, à l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

État sanitaire de Paris :

Du 7 à 13 janvier 1876, on a constaté 924 décès, savoir :

Varicelle, 4. — Rougeole, 3. — Scarlatine, 2. — Fièvre typhoïde, 24. — Erysipèle, 6. — Bronchite aiguë, 44. — Pneumonie, 72. — Dysentérie, 2. — Diarrhée cholériforme des enfants, 1. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 13. — Group, 22. — Affections puerpérales, 5. — Autres affections aiguës, 249. — Affections chroniques, 415, dont 147 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 51. — Causes accidentelles, 12.

SOMMAIRE. — PARIS. De l'influence des ressources thérapeutiques dans les hôpitaux d'enfants. — Académie de médecine : De la leucocytose. — TRAVAUX ORIGINAUX. Dermatologie : Pathologie interne ; De l'infarction métabolique consécutive au rhumatisme articulaire aigu. — SUGGÉRÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — REVUE DES JOURNAUX. De l'influence des maladies de cœur sur la menstruation, la grossesse et son produit. — Intoxication saturnine chez les passementiers qui préparent les mèches à briquet. — BIBLIOGRAPHIE. Essai sur les doses toxiques et les contre-poisons de quelques composés arsenicaux. — Variétés. La Faculté de médecine de Strasbourg et la Faculté de médecine de Paris. — Enseignement supérieur.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Nouvelles recherches sur la durée de la grossesse ; ses rapports avec la conception, l'ovulation et la menstruation, par le docteur Gaston. In-8. Paris, V. A. Delahaye. 1 fr. 50

Essai sur la résection du cancer (ou des tumeurs blanches et de difformités), par le docteur A. Picard. In-8. — Paris, V. A. Delahaye. 2 fr.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOQUE

Adresser ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 27 janvier 1876.

Académie de médecine : LA LEUCOCYTOSE MORVEUSE.

Dans la séance de l'Académie de médecine du 4 janvier 1876, M. Colin, d'Alfort, a lu un intéressant travail SUR LA LEUCOCYTOSE MORVEUSE; nous en extrayons les conclusions :

1° Il y a, dès le début de la morve et du farcin, surtout dans la forme chronique, une leucocytose qui s'accroît à mesure que la maladie fait des progrès.

2° Cette leucocytose peut être facilement constatée et mesurée à l'aide des procédés hématométriques que j'ai décrits.

3° Cet état du sang et de la lymphe s'associe souvent à l'anémie, surtout dans la morve chronique, lorsque l'état des poumons apporte des troubles graves à l'hématose.

4° Enfin la leucocytose morveuse, dont le point de départ principal est le système lymphatique, paraît jouer un rôle important dans le développement des lésions pulmonaires.

M. Colin a su mettre à profit ce fait d'observation, à savoir que, chez les solipèdes, le sang se coagule avec une très-grande lenteur, surtout à une température voisine de 0 degré. Laisant reposer du sang dans une éprouvette graduée maintenue à cette température, il vit se former les trois couches suivantes, indiquées depuis longtemps : l'inférieure renfermant les globules rouges; la supérieure formée de plasma presque pur; la moyenne qui contient les leucocytes, et dont la densité est intermédiaire à celle du plasma et à celle des globules rouges, qui est la plus considérable. Ce procédé, quoique de beaucoup inférieur à ceux de MM. Malassez et Hayem, n'en a pas moins une exactitude suffisante pour la solution du problème cherché, c'est-à-dire la détermination de la proportion relative des globules blancs chez le cheval atteint de morve.

La communication de M. Colin a été le point de départ d'une discussion qui, déplaçant la question du terrain circonscrit sur lequel M. Colin l'avait portée, a embrassé dans sa généralité, mais beaucoup trop sommairement, la physiologie et la pathologie des leucocytoses permanentes et des leucocytoses temporaires. Aussi bien la discussion est à son début, et nous espérons, comme M. Bouillaud, qu'elle se développera, en établissant l'état présent de la science sur le rôle de l'appareil lymphatique dans l'état de santé et dans l'état de maladie; sujet si difficile et si important.

M. Colin avait annoncé dès sa première lecture de toucher tous ces points; il a commencé à tenir parole mardi dernier. Nous aurons à apprécier ses vues et ses opinions, mais auparavant il est nécessaire de dire où était le débat dès la séance du 18 janvier.

M. Bouley, rappelant combien il est difficile d'établir au début de la maladie le diagnostic de la morve, espère trouver

dans la leucocytose un symptôme important qui permettra, avant l'apparition des signes regardés par les vétérinaires comme pathognomoniques, de reconnaître l'affection dès le début. Or, la contagion de la morve, même naissante, est aujourd'hui surabondamment démontrée; personne ne la nie plus, et l'on sait les ravages que cause cette terrible maladie. La police sanitaire vétérinaire a le droit légal de détruire, en abattant les chevaux, des foyers de contagion de cette nature, et en le faisant elle rend un grand service à la fortune publique. Quel avantage n'y aurait-il pas à être averti et à agir de bonne heure? M. Bouley a fait avec M. Malassez, à l'aide des procédés si précis qu'emploie ce médecin, deux examens de sang avec numération des globules blancs, et l'observation dans ces deux cas a confirmé les expériences de M. Colin et donné pour ainsi dire un corps aux espérances qu'il avait lui-même conçues.

Mais cette question de la leucocytose, encore peu avancée en médecine humaine, est, de l'avis même de M. Bouley, à l'état d'enfance dans la médecine vétérinaire; et, comme M. Gubler l'a fait remarquer ensuite, avec son grand sens clinique, la leucocytose est un phénomène fréquent dans un grand nombre de maladies. Dans les affections graves de longue durée, dans les états cachectiques, on observe une augmentation souvent notable des globules blancs; donc, la leucocytose, si elle est un phénomène habituel, banal, ne peut offrir de bases au diagnostic différentiel. Cette remarque, M. Bouley s'y est indirectement associé en disant qu'il ne considère la leucocytose comme ayant une valeur diagnostique qu'autant qu'elle est associée à la glande caractéristique.

M. Chausard a, si on nous permet cette expression, renchéri sur les observations de M. Gubler. Suivant lui, la leucocytose existe toutes les fois qu'il y a suppuration, les leucocytes du pus étant fournis par le sang et ne pouvant l'être que s'ils sont en excès dans le sang; sur quoi M. Verneuil a fait remarquer, très-justement ce nous semble, que le mot leucocytose, pour tous les pathologistes, exprime le rapport entre les globules blancs et les globules rouges dans le sang même qui circule. Or, en ce sens, il n'y a pas leucocytose chez tous les blessés, il s'en faut, pas plus que dans tous les cas de suppurations osseuses, de fièvre hectique, etc. Enfin, M. Reynal, a rappelé ce fait bien connu en médecine humaine, de la leucocytose passagère dans la digestion et de l'alimentation; d'où il faut conclure qu'il y a lieu, dans les expériences de la physiologie pathologique, de tenir compte de l'alimentation de l'animal.

Comme on le voit, les quelques paroles échangées entre les différents orateurs dans cette séance ont simplement posé les termes de la question; sans doute, elles conduiront à une discussion en règle; les matériaux, depuis quelques années, sont accumulés en grand nombre, et le moment est venu d'établir la signification rigoureuse des faits qui en découlent. C'est, nous venons de le dire, ce qu'a tenté M. Colin

dans la séance du 25 janvier. Cette lecture se divise en deux parties : La première comprend des généralités sur les maladies virulentes, sur l'état de la lymphé dans ces maladies, sur l'action des virus, leur siège, etc. L'auteur dira si M. Colin a raison dans cette première partie contre M. Chauveau, qu'il a traité avec une certaine dureté de forme et une certaine hauteur, et si, réellement, il a inoculé la morve avec le sérum qui surnage lorsque le sang repose dans une éprouvette. La théorie de M. Chauveau, qui place les agents actifs du virus dans les éléments figurés recevrait par là un coup sérieux, car ce sérum ne renferme point d'éléments figurés. Nous laissons à M. Chauveau le soin de défendre ses travaux, qui, en attendant, viennent d'être, à l'Institut, l'objet d'une haute distinction. Nous espérons qu'il le fera bientôt; mais on peut dire, dès aujourd'hui, que les critiques de M. Colin imposent à l'habile directeur de l'École vétérinaire de Lyon l'obligation de produire de nouvelles expériences.

Dans la seconde partie de sa lecture, M. Colin n'a pas été aussi heureux que dans la première. En parlant d'expériences physiologiques, il était sur son terrain; mais en abordant le côté clinique de la question, il s'est mépris. On eût dit, à l'entendre, qu'il voulait surtout être désagréable aux Allemands, mais est-il bien sûr d'avoir réussi? On retrouvera, dans cette circonstance, le physiologiste qui, au point de vue de l'opération de la trachéotomie, a comparé autrefois le cou du cheval avec celui de l'enfant.

La clinique humaine ne s'apprend pas au laboratoire de physiologie d'Alfort, et si M. Colin, dont tout le monde apprécie le haut mérite, avait été plus réservé sur un terrain qu'il ne peut bien connaître, il n'aurait pas émis relativement à la leucocythémie quelques-unes des opinions qu'il a portées à la tribune de l'Académie. Qui donc a jamais dit que tout engorgement de la rate entraîne la leucocythémie? Est-ce que dans la leucocythémie il n'y a pas une dégénérescence d'une nature spéciale? Quoi encore! la leucocythémie intestinale n'existe pas! mais si, assurément! Elle existe, et elle n'est pas de création allemande, comme paraît le croire M. Colin; c'est MM. Béhier et Hérard qui en ont fait la première description scientifique. Elle existe encore une fois, et il ne peut y avoir de doute sur ce point. M. Colin nie également les altérations de la moelle des os, celles du foie, des reins, des organes hématopoiétiques : c'est nier la maladie elle-même; ces altérations des os, dont on fait si bon marché, ce sont des micrographes qui s'appellent en France Ranvier, Cornil, etc., qui les ont décrites; aujourd'hui même, avec la conception générale du tissu lymphoïde, on admet une leucocythémie cutanée, oubliée dans l'énumération de M. Colin.

Nous savons bien que la leucocythémie intestinale, en particulier, gêne une théorie du savant professeur d'Alfort, sa théorie des follicules clos; suivant lui, contrairement aux idées reçues, ces organes sont des glandes sécrétantes, dont il a pu isoler les produits; c'est encore ce que l'auteur nous apprendra; en attendant nous persistons à croire que ce sont des organes lymphoïdes.

Si l'excursion de M. Colin dans la médecine humaine était un peu hasardée, l'esprit sagace de M. Blot ne s'est-il pas fourvoyé à son tour dans la médecine vétérinaire? Certes, les médecins, à commencer par Rayer, se sont fortement occupés de cette maladie du cheval qu'on appelle la morve; mais si, à propos d'une question de pathologie générale, certains points de doctrine peuvent être soulevés, en est-il de même relativement aux faits spéciaux? Quoi qu'en ait pu dire M. Blot, la

glande de la morve est parfaitement caractéristique; pour peu qu'elle soit volumineuse, un élève de quatrième année à l'École vétérinaire ne s'y trompera pas. Les maladies du cheval sont bien moins nombreuses que celles de l'homme, et, comme il s'agit là d'une des maladies les plus fréquentes et les plus étendues, on arrive vite à en reconnaître le symptôme capital.

Il en est ainsi, comme l'a rappelé M. Ricord, pour la syphilis de l'homme; encore l'adénite syphilitique du chancre induré, même par des hommes très-habiles, peut-elle être confondue avec l'adénite scrofuleuse; mais le cheval n'étant pas atteint, heureusement pour lui, de cette diathèse, la glande morveuse en acquiert une signification d'autant plus précise et d'autant plus claire.

L'histoire de la morve a enfanté des volumes, elle a de tout temps préoccupé les médecins et les vétérinaires; aujourd'hui, grâce aux études histologiques de M. Renault, on en connaît mieux la nature. Nous aurons occasion, en suivant la discussion soulevée à propos de la leucocythémie dans cette affection, de revenir sur son histoire, tout en exposant celle de la leucocythémie.

La lecture de M. Colin a été suivie d'un court débat ou plutôt d'une conversation entre MM. Gosselin, Blot et Verneuil, au sujet de la question précédemment soulevée par ce dernier et relative à l'influence de l'état rhumatismal sur le traumatisme. Du reste, les vues développées par notre éminent collaborateur et ami n'ont pas rencontré de contradicteurs.

COURS PUBLICS

Collège de France: DES MÉTHODES EXPÉRIMENTALES. — VOIES D'INTRODUCTION DES SUBSTANCES TOXIQUES ET MÉDICAMENTEUSES : M. CL. BERNARD.

Les expériences se font sur les animaux à l'aide de divers procédés. La méthode des vivisections qui remonte à Galien est regardée aujourd'hui comme insuffisante, et la raison, c'est que les vivisections ne donnent que les rapports topographiques des organes et n'expliquent que très-imparfaitement leur fonctionnement. La méthode nouvelle plus usitée consiste à introduire des substances toxiques dans l'organisme. Ces substances toxiques sont comme autant de réactifs qui, par leur action localisée sur tel ou tel élément, suppriment le fonctionnement de l'élément attaqué et laissent complètement intact le reste de l'organisme.

Ainsi, quand on donne de l'oxyde de carbone à un animal, on paralyse, on tue le globe rouge et rien que le globe rouge, et l'animal meurt avec tous les symptômes de l'asphyxie. Cette expérience permet d'étudier le rôle du globe rouge dans l'acte de la respiration. L'action du poison reste exactement localisée à cet élément; les autres parties du sang, le globe blanc lui-même n'y participent pas, et la meilleure preuve, c'est que les animaux à sang blanc résistent indéfiniment à l'action de l'oxyde de carbone.

Quand on empoisonne un animal au moyen du curare, on supprime l'action de tous les nerfs moteurs, tandis que les autres éléments, la fibre musculaire, le nerf sensitif, sont respectés. On obtient le même résultat que si l'on avait sectionné tous les nerfs moteurs de l'animal, opération qui serait tout à fait impossible. Les poisons sont donc des instruments de physiologie les plus délicats et les plus sûrs qu'on puisse imaginer; par leur action éleevée, ils s'adressent sou-

vent à un seul élément, ils constituent de véritables réactifs, aussi constants et aussi sensibles sur les phénomènes de la nature vivante que les réactifs de la chimie sur les phénomènes de la nature morte.

Pour introduire les poisons dans le corps d'un animal en expérience, quel est le meilleur procédé? Deux méthodes sont en présence: Dans la première, on confie le poison aux voies naturelles de l'absorption digestive et respiratoire, l'estomac, l'intestin, le poumon; dans la seconde, on lui ouvre une voie artificielle au moyen d'injections pratiquées dans le tissu cellulaire et dans le parenchyme des organes.

L'introduction du poison par les voies naturelles de l'absorption est un procédé fort infidèle; ainsi la muqueuse digestive n'absorbe pas également dans les conditions de digestion ou de vacuité, et même chez certains animaux elle paraît complètement réfractaire à l'absorption des substances toxiques. Ainsi M. Bouley a constaté que des chevaux à qui on avait préalablement lié le pylore ont pu avaler de très-fortes doses de strychnine sans le moindre accident, mais la ligature supprimée, le poison passait dans l'intestin et les accidents d'intoxication éclataient aussitôt. En médecine, l'introduction des médicaments par les voies digestives, qui pendant longtemps et dès les époques les plus reculées a été le seul procédé mis en usage, est aujourd'hui reléguée au second plan.

La pénétration des substances toxiques et médicamenteuses par les voies respiratoires serait un excellent moyen s'il était plus pratique. La substance introduite dans le poumon arrive du premier coup dans un point très-rapproché du milieu sur lequel elle doit agir. En effet, elle est aussitôt absorbée par les veines pulmonaires qui la transmettent immédiatement au système artériel, elle n'a pas, comme la substance introduite dans le tissu cellulaire, à parcourir tout le trajet veineux de la grande circulation et son moyen d'action n'en est que plus rapide et plus complet. Mais, nous le répétons, ce procédé est peu pratique et doit être réservé pour les substances volatiles.

La voie d'introduction la plus usitée est la voie artificielle que l'on crée au moyen des injections dans le tissu cellulaire ou dans le parenchyme même des organes. Quand on pratique l'injection dans le tissu cellulaire, on fait absorber la substance dans un but général, car elle se répartit également et uniformément dans les tissus; au contraire, par l'injection parenchymateuse, on agit d'abord sur le territoire même dans lequel on fait l'injection et secondairement l'action toxique devient générale. Prenons des exemples; On injecte du curare dans le tissu cellulaire d'un lapin, l'absorption devient générale et le poison agit simultanément sur un grand nombre de nerfs moteurs et en des points très-différents; au contraire, si l'on a poussé l'injection directement dans un muscle, les nerfs moteurs de ce muscle sont les premiers paralysés, et ce n'est que plus tard que l'intoxication se généralisera.

Un fait analogue se produit pour l'élimination du prussiate de potasse par les glandes salivaires: tandis que ce sel introduit dans l'organisme passe facilement dans d'autres sécrétions, telle que l'urine, on ne le retrouve pas dans la salive. A ce fait, la théorie avait répondu en disant que les glandes salivaires sont réfractaires à l'élimination du prussiate de potasse. On avait bien essayé d'en donner à l'animal une dose beaucoup plus considérable, mais dans ce cas l'animal mourait, et la vérification sur la salive ne pouvait avoir lieu. M. Cl. Bernard eut alors recours aux injections parenchymateuses; il injecta directement du prussiate de potasse dans les glandes salivaires; l'élimination eut lieu et le sel apparut dans la salive comme dans d'autres sécrétions. Cette expérience démontre d'abord l'action des injections parenchymateuses, elle prouve en même temps que le tissu glandulaire n'exerce pas d'action élective absolue suivant la substance qu'on lui donne à éliminer. S'il en était ainsi, il n'y aurait plus de physiologie possible, il faudrait admettre qu'un même tissu ne jouit pas des mêmes propriétés, ce qui est

antiscientifique. L'élimination des diverses substances peut, il est vrai, se faire plus ou moins facilement suivant l'organe glandulaire auquel on s'adresse, mais lo fait en lui-même, c'est-à-dire l'élimination, existe pour toutes les glandes, du moment qu'elle existe pour l'une d'entre elles.

Cette similitude de tissus et de propriétés connexes, a son analogue dans la similitude des organes et de leurs fonctions. Ainsi, on avait avancé que le venin de crapaud, qui est un poison du cœur, est capable de paralyser le cœur de la grenouille, mais reste sans action sur le cœur du crapaud. M. Cl. Bernard a démontré qu'il ne s'agit en pareil cas que d'une question de quantité, et si l'on injecte au crapaud une dose suffisante de son propre venin, son cœur, qui jouit des mêmes propriétés anatomiques et physiologiques que celui de la grenouille, est, lui aussi, paralysé.

La méthode des injections sous-cutanées ne peut pas être généralisée aux substances volatiles, parce que celles-ci, transportées d'abord par la grande circulation jusqu'au poumon, sont éliminées au moment de la respiration, ce qui ne leur permet pas d'arriver, ou du moins de n'arriver qu'en petite quantité dans le système artériel. Voilà pourquoi les substances volatiles, telles que l'éther, le chloroforme, doivent être administrées plus spécialement par les voies pulmonaires.

DIÉLAFROY.

(A suivre.)

Syphillographie.

LEÇONS SUR L'APHASIE ET L'HÉMIPLÉGIE DROITE SYPHILITIQUE A FORME INTERMITTENTE, par le docteur Charles MAURIAU, médecin de l'hôpital du Midi (1).

Messieurs,

Je vous ai montré, au commencement de cette leçon, un malade, âgé de vingt-huit ans, qui a toutes les apparences de la santé et qui est pourtant atteint d'une lésion syphilitique des plus graves. Vous avez remarqué un peu d'embarras, de l'hésitation dans sa parole: il cherche ses mots, ne les trouve pas toujours ou les prononce parfois en bégayant. C'est qu'il conserve encore un léger degré d'aphasie.

Je vous ai fait voir que, dans les actes qui exigent une vive contraction des muscles de la face, on pouvait aussi constater un affaissement de la joue droite et une déviation des traits vers le côté gauche.

En outre la démarche est mal assurée, comme infléchie à droite; il existe un peu de claudication, par suite de la faiblesse du membre inférieur droit; enfin le membre supérieur correspondant a perdu de sa force, de sa souplesse, de sa dextérité; il a même été plus touché par la paralysie que l'inférieur. Quant à la sensibilité, elle est émue, mais elle a beaucoup moins souffert que la contractilité musculaire.

Ainsi notre malade est tout à la fois *hémiplegique de tout le côté droit et aphasique*. Ces troubles fonctionnels qui sont si fréquemment associés, et que, pour mon compte, j'ai vu constituer une des manifestations les plus communes de l'encéphalopathie syphilitique, étaient beaucoup plus accusés il y a quelques semaines; ils diminuent de jour en jour, et j'espère que bientôt il n'en restera plus que des vestiges insignifiants.

PREMIÈRE PARTIE.

Voici l'histoire de cet homme. Sachez d'abord qu'il a toujours joui d'une santé parfaite, qu'on ne trouve dans ses antécédents aucune trace de maladie constitutionnelle héréditaire.

(1) Première leçon, faite le 27 novembre et recueillie par M. Pouzet, interne du service.

ou acquise, que ses parents se portent très-bien, qu'il a fait sans en trop souffrir la campagne de 1870-71, et qu'il ne se livre à aucun excès répréhensible au point de vue de l'hygiène.

Il y a deux ans, en septembre 1873, il eut commerce avec une femme qu'il rencontra tout près d'ici, dans un bal public que vous connaissez sans doute. Trois ou quatre semaines après, le 4^e novembre, il lui survécut un chancre infectant, à gauche et en avant de la verge, dans le reflet balano-préputial. Je vous ai montré la cicatrice de ce chancre, qui était étendu, profond, ulcèreux, et qui a rougé une partie de la couronne du gland.

L'adénopathie qui suivit, huit ou dix jours après, fut très-douloureuse mais ne suppura pas; elle força pourtant le malade à garder le repos au lit. C'est une circonstance que je vous signale parce qu'elle se présente rarement dans le bubon symptomatique du chancre infectant; son processus, loin de s'exprimer avec cette acuité, est la plupart du temps remarquable par sa lenteur et par son indolence.

II

Quoi qu'il en soit, l'accident primitif et son adénopathie spécifique ont été guéris assez facilement. C'est deux mois après le début du chancre, c'est-à-dire le 1^{er} janvier 1874, que les accidents consécutifs ont fait leur apparition.

Ils ont consisté en des plaques muqueuses confluentes de la bouche et du gosier, accompagnées de gonflements des ganglions sous-maxillaires, de gêne de la mastication et de la prononciation, etc. Il y a aussi des plaques muqueuses sur les bourses, et probablement la roséole; mais les taches cutanées sont passées inaperçues.

Les deux médecins qui le soignèrent dans cette première phase de la maladie lui firent prendre des pilules d'hydrargyre et de la liqueur de Van Swieten. Il suivit ponctuellement leurs prescriptions. Les plaques ne disparaissant pas assez vite à son gré, il consulta M. Ricord, qui fit continuer l'usage du mercure et prescrivit des cautérisations avec de la teinture d'iode.

Au bout de quatre mois il fut guéri de cette première poussée; mais vers la fin d'août (neuvième mois de la syphilis), son nez se gonfla, devint douloureux à l'intérieur, et les narines se remplirent de croûtes. C'était une nouvelle éruption de plaques muqueuses. M. Ricord le fit panser avec une pommade au précipité rouge et ordonna du sirop de biiodure ioduré.

III

En somme, le malade n'avait pas trop à se plaindre jusqu'à présent. Son chancre ulcèreux aurait pu faire craindre des accidents plus graves et de même forme que lui, c'est-à-dire destructeurs, non résolutifs.

« Eh bien, messieurs, au bout d'un an ces accidents là survinrent! La syphilis, à partir de ce moment, entra d'emblée dans la phase tertiaire et constitutionnelle, où elle manifesta son action, qui n'était restée latente que quelques mois, par une gomme située à l'extrémité du sourcil droit.

« Ce fut d'abord une petite tumeur qui atteignit peu à peu le volume d'une noisette; puis de dure devint molle, et enfin s'ouvrit tout à coup, rejetant au dehors une matière épaisse, liquide, filante et ressemblant à de la gomme.

« La cicatrice de l'ulcération consécutive à la tumeur est arrondie, déprimée, nette, blanche et un peu gaufrée. Vous avez pu constater tous ces caractères, qui restent indélébiles.

« A peu près vers la même époque, il se produisit aussi d'autres ulcérations, mais elles ne furent pas précédées de tumeurs: c'étaient de larges pustules de rupia au nombre de deux ou trois, situées sur les extrémités inférieures; elles ont laissé de grandes cicatrices ovalaires que je vous ai fait voir. Ces cicatrices sont remarquables par deux cercles concentri-

ques de pigmentation gris clair qui se détachent nettement sur la blancheur du fond.

« Chose curieuse, pendant ces graves manifestations, il lui revenait de légers accidents du côté de la bouche. Il eut encore en effet à cette époque plusieurs éruptions de plaques muqueuses sur la muqueuse bucco-pharyngienne.

« Comme traitement interne, on prescrivit de nouveau du biiodure ioduré, mais à doses peu élevées; on ne lui fit point prendre séparément de l'iode de potassium.

« Les ulcérations des extrémités inférieures débütèrent deux mois après la gomme du sourcil; elles furent à peu près guéries en février 1875.

IV

« C'est à cette époque (quinzième mois de la syphilis), qu'apparurent les premiers phénomènes prodromiques de l'affection syphilitique du cerveau qui devait aboutir à l'aphasie et à l'hémiplégie droite.

« Ainsi, messieurs, il y a eu une succession presque ininterrompue d'accidents, depuis le chancre infectant jusqu'à l'encéphalopathie. Ni le mercure administré dès le début, ni le mercure et l'iode de potassium associés et pris plus tard, n'ont pu rompre cet enchaînement fatal qui devait aboutir en moins de deux ans à une des viscéropathies les plus funestes de la syphilis.

« A partir du mois de février 1875, le malade fut tourmenté par des céphalées presque continuelles; elles occupaient toute la boîte crânienne et présentaient la même intensité le jour que la nuit. Pendant trois ou quatre mois elles constituèrent le seul accident nerveux; elles étaient accompagnées d'insomnie, ce qui arrive presque toujours.

« Une pareille persistance est un mauvais indice. Dans mon mémoire sur les affections syphilitiques précoces des centres nerveux, j'ai insisté sur ce fait; j'y reviens aujourd'hui parce qu'il importe que vous graviez dans votre esprit la valeur de sa signification pronostique.

V

« Je vous étonnerai peut-être en vous disant que ce malade eut encore à souffrir, en mars 1875, six ou sept mois après être entré dans la phase tertiaire de la syphilis, des mêmes accidents qui avaient signalé le début de la maladie: il lui survint une nouvelle éruption de plaques muqueuses buccales et pharyngiennes.

« Dans mon travail dont je vous parlais plus haut, vous trouverez quelques observations où j'ai constaté ce mélange de phénomènes superficiels et d'accidents viscéraux profonds. Tandis que dans l'intérieur de la boîte crânienne naît et évolue la lésion syphilitique qui comprime, hyperémie, enflamme, ramollit et détruit l'encéphale et ses enveloppes, on voit parfois apparaître sur la peau des taches de roséole érythémateuse, et sur la muqueuse des plaques qui ne sont même pas érosives.

« N'y a-t-il pas là de quoi faire réfléchir ceux qui, dominés par leurs idées d'absolutisme inflexible en matière d'évolution pathologique, posent comme une loi qu'une maladie constitutionnelle ne remonte jamais son cours, et que les lésions de l'ordre tertiaire et de l'ordre secondaire ne peuvent pas se manifester simultanément.

« Je ne dis pas, messieurs, que les choses ne se passent bien ainsi dans la grande majorité des cas. Les plaques muqueuses, par exemple, ont leur saison, qui est plus ou moins longues suivant les individus. Quelquefois elles durent fort longtemps, deux, trois, quatre ans; puis elles passent. Certes, dans une encéphalopathie syphilitique survenue dix, quinze, vingt ans après le chancre, vous ne rencontrerez pas de plaques muqueuses; mais dans une encéphalopathie précoce il en sera tout autrement. Je ne vois pas qu'il existe entre les productions gommeuses et les phénomènes de l'ordre secondaire

une de ces incompatibilités qui ont leur source dans les actes les plus intimes de l'organisme. En quoi leur coïncidence choque-t-elle les notions que nous nous faisons de la vie normale ou pathologique?

Est-ce que la syphilis ne débute pas souvent par un accident primitif qui ressemble infiniment plus à une gomme qu'à un condylome?... Mais ne raisonnons pas à perte de vue sur de pareils faits. Qu'importe qu'ils contrarient nos idées ou nos préjugés? Les théories passent, les faits restent. Admettons-les donc, alors même que nous ne pouvons pas les expliquer (1).

VI

Ce malade, au milieu de sa *céphalée syphilitique*, eut donc une nouvelle éruption de plaques muqueuses; c'était la quatrième ou la cinquième depuis l'invasion de la maladie. Il la traita comme les autres, par des cautérisations et en prenant du sirop de biiodure ioduré. Il lui suivit aussi des croutes dans les cheveux et de l'alopecie.

Sans doute, la céphalalgie pouvait faire pressentir une détermination quelconque du côté du cerveau; mais où se localiserait-elle et quelle en serait la formule symptomatique? Telle était la question qui se présentait et à laquelle il eût été impossible de répondre avant le mois de juillet.

À cette époque, sans qu'il fût intervenu aucune cause occasionnelle, l'*encéphalopathie* se déclara d'une façon très-évidente. Les phénomènes étaient pourtant atténués, fugaces et intermittents. Ainsi le malade s'aperçut pour la première fois qu'il avait de temps en temps de la *faiblesse* dans les doigts de la main droite; lorsque cette faiblesse le prenait pendant qu'il était en train d'écrire, il avait de la peine à former les lettres. La *crise* du reste ne durait que quelques minutes et elle se répétait plusieurs fois dans la journée.

Remarquez qu'elle ne consistait qu'en un simple *affaiblissement de la contractilité musculaire*, sans convulsions ni contractures partielles. Puis elle porte non-seulement sur les doigts et le bras, mais sur la face, qui était alors déviée à gauche, et sur le membre inférieur du côté correspondant, de telle sorte que dans ces moments-là le malade avait de la peine à marcher.

Un autre symptôme ne tarda pas à s'ajouter aux phénomènes de cette *hémiplegie droite passagère*: ce fut un *embarras de la parole*, une difficulté à trouver les mots et à parler couramment; pourtant la langue avait conservé toute sa mobilité.

La *crise d'aphasie* se déclarait en même temps que la *crise d'hémiplegie droite*, se reproduisait le même nombre de fois dans la journée et durait en moyenne, comme elle, quatre ou cinq minutes.

Les facultés intellectuelles étaient à peu près intactes, sauf peut-être la *mémoire*, qui commençait à diminuer.

Dans toutes les affections cérébrales, quels qu'en soient le siège et la nature, il est rare, messieurs, que la mémoire ne soit pas atteinte. C'est la faculté la plus générale, la faculté maîtresse. Que deviendraient les autres sans elle? Elle paraît avoir ses racines dans chacune des parties de la masse encéphalique. Le cerveau de tous les animaux en est doué, même celui des plus obtus et des plus bas placés dans l'échelle des êtres, sur les confins du monde végétal. N'est-ce pas elle qui projette quelque vague lueur d'intelligence sur les instincts obscurs et primordiaux de la matière organique animée du moindre souffle de vie?

À aucun moment, même dans les crises les plus fortes, il n'y a eu *perte de connaissance*.

J'insiste sur ce dernier fait, ainsi que sur l'absence de tout phénomène d'*excitation cérébrale* pendant les attaques. C'est

là ce qui distingue ces crises des *attaques épileptiformes*, qui constituent, elles aussi, une manifestation commune de l'*encéphalopathie syphilitique*.

Pendant tout le mois de juillet (vingt et unième mois de la syphilis), l'hémiplegie droite et l'aphasie se reproduisirent chaque jour quatre, cinq, six fois, à des intervalles variables et constamment sous la même forme. La céphalée persistait et continuait à occuper toute la boîte crânienne, sans se localiser ni s'accroître plus spécialement sur un point que sur un autre. Le pouvoir génital était très-affaibli.

VII

Voilà quelle a été ce que j'appellerai la *première phase* de cette encéphalopathie syphilitique. Revenons sur quelques-uns de ses phénomènes les plus remarquables. Je ne pense pas qu'il existe beaucoup de cas plus nets, plus circonscrits dans leur formule symptomatique; je n'en connais pas dont le processus ait affecté pendant un mois des aurores intermittentes aussi caractéristiques. C'est même là le côté original de cette observation, celui sur lequel vous ne vous étonnez pas de me voir insister quand la revue que je ferai devant vous de différents cas d'aphasie avec hémiplegie droite, consignées dans les recueils scientifiques, vous en aura démontré la rareté.

Sans doute l'*intermittence* des phénomènes n'est pas incompatible avec la *facilité* des lésions. Vous en avez pour preuve les attaques épileptiformes symptomatiques des tumeurs cérébrales. J'en pourrais choisir d'autres exemples en dehors du cerveau. Mais n'est-il pas curieux de voir tant de crises se succéder tous les jours et ne pas dévier un seul instant de leur forme primitive? Pas une convulsion, pas une contracture, pas la moindre roideur, aucune irradiation sur les autres départements du système nerveux, aucun ébranlement général de la masse encéphalique, pas trace d'*ictus apoplectiforme ou épileptique*; malgré les coups répétés qui frappent sur l'organe où s'élabore la parole et sur la région dévolue à la contractilité du côté droit du corps, le cerveau conserve constamment la possession de lui-même, le sentiment de son être, de son fonctionnement, imparfait sans doute, mais intact encore dans l'intime perception de ses principaux actes.

VIII

Il est évident, messieurs, que l'*hémiplegie droite et l'aphasie* ne pouvaient pas perpétuellement rester dans cet état surprenant d'intermittence à crises si courtes et si fréquentes. Il était à craindre qu'à ces crises succédât une *attaque* de longue durée, comme il arrive dans la grande majorité des encéphalopathies syphilitiques après le vague, l'indécision et même quelquefois l'incohérence des phénomènes prodromiques.

Quelle probabilité, en effet, que la guérison s'effectuât spontanément? Je crois que le malade, lorsqu'il en avait le plus besoin, ne prenait pas d'iode de potassium. Pourtant ce sel était aussi formellement indiqué que possible. C'est dans de pareils cas, pendant la phase congestive des encéphalopathies, quand la pulpe cérébrale n'est pas encore irrémédiablement détruite, au niveau de la lésion syphilitique, qu'on peut attendre de lui la plénitude de ses effets curatifs.

Mais la *continuité* des troubles fonctionnels ne devait pas succéder tout d'un coup à leur *intermittence*; elle fut préparée et comme amenée presque graduellement par des accès plus longs et une aggravation progressive des symptômes. Il est probable, en effet, qu'à la cinquantième ou à la soixantième crise les défaillances momentanées de la force musculaire dans le côté droit et de la faculté de parler étaient plus voisines de la *parésie absolue* que les premières.

Toutefois, ce fut seulement le 1^{er} août 1875 (vingt-deuxième mois de la syphilis) que ces crises prirent des proportions menaçantes.

(1) Voyez, sur cette question, mes deux mémoires sur les affections syphilitiques précoces du système osseux et des centres nerveux.

IX

Ce jour-là, le malade se promenait dans la campagne, à Charenton, lorsque tout à coup, sans vertiges ni titubation, ni perte de connaissance, il tomba, incapable de proferer un mot et de remuer le bras et la jambe du côté droit.

Cette attaque d'hémiplégie droite complète et d'aphasie dura environ un quart d'heure ou vingt minutes; puis le mouvement et l'usage de la parole revinrent, si bien que le malade se releva et put même continuer sa promenade.

Mais elle fut interrompue trois ou quatre fois par des attaques semblables qui se reproduisirent chaque fois de la même façon, et qui, à leur intensité près, furent en tout semblables à la première.

Le lendemain, le malade était tout à fait aphasique et hémiplégique. Il lui fut impossible de se lever et il ne pouvait pas parler. Le médecin qu'on appela crut qu'il s'agissait d'une attaque de congestion simple; il fit appliquer des révésifs aux extrémités inférieures et prescrivit une potion calmante.

Cet état se prolongea une semaine environ, que le malade passa au lit. Peu à peu la contractilité musculaire sortit de sa torpeur, dans la jambe d'abord, puis dans le bras; et la pensée qui ne s'était pas éteinte un seul instant, qui tout au plus avait été obscurcie, trouva des mots pour s'exprimer.

X

Malheureusement, l'amélioration ne fut pas de longue durée. Le 16 août, comme il revenait du bain, cet homme fut frappé d'une nouvelle attaque d'hémiplégie droite et d'aphasie aussi violente que la précédente, et toujours avec la même expression symptomatique.

Sur un seul point il y avait eu du changement: la céphalée, qui jusqu'alors occupait tout le crâne, devint frontale et même se localisa dans le côté gauche. Retenez cette circonstance; n'est-elle pas la révélation du travail morbide qui s'accomplissait depuis longtemps dans la partie antérieure de l'hémisphère cérébral gauche?

Cette attaque devait être le terme de la marche intermittente qui avait imprimé une physionomie si particulière à l'encéphalopathie. Nous voilà dans une nouvelle phase: la continuité des effets produit une désorganisation plus profonde; il faudra du temps pour qu'elle se répare.

Vous en voyez encore les suites, messieurs: le malade est sur pied; il va, il vient, en boitant un peu; il s'exprime tant bien que mal; sa mémoire se réveille; il se sert de sa main et de ses doigts (pas au point d'écrire cependant); sa bouche est peu déviée; mais il n'est pas tout à fait guéri.

XI

Que s'est-il passé depuis le début de cette seconde grande attaque jusqu'au moment actuel? Rien d'extraordinaire. L'encéphalopathie, après avoir présenté ces caractères si remarquables d'intermittence à son début, a suivi pendant ce qu'on pourrait appeler sa période d'état, puis pendant sa période de réparation, une marche régulière, continue, qui n'a été interrompue par aucune crise, ni traversée par aucun événement heureux ou malheureux.

Après un état stationnaire d'aphasie et d'hémiplégie droite complète qui dura à peu près deux semaines, le malade recouvra progressivement l'usage des facultés abolies. Dans les premiers jours de septembre, il fut en état de se lever; il fut même en état de partir pour la campagne, où on l'envoya terminer sa convalescence. Mais cette fois l'amélioration, qui avait été relativement si prompte la première fois, ne se faisait qu'avec lenteur. Voyant qu'il ne retirait pas de son séjour à la campagne le bénéfice qu'il en attendait, le malade se décida à entrer dans mon service, où il fut reçu le 4^{er} octobre (vingt-troisième mois de la syphilis, quatrième mois de l'encéphalopathie), et placé au n° 5 de la salle 7.

Lui avait-on fait suivre un traitement spécifique pendant sa maladie? C'est un point que je ne suis point parvenu à éclaircir. Toujours est-il que s'il a pris de l'iodure de potassium, ce n'a été qu'à faibles doses et pendant quelques jours seulement. Aussi je considère que l'encéphalopathie a évolué spontanément depuis son origine jusqu'à l'époque où le malade est entré dans mon service. Et c'est, à mon avis, ce qui lui donne un intérêt de plus.

XII

Depuis qu'il est ici, il prend tous les jours 4 grammes d'iodure de potassium. Il y a six semaines, il se traînait péniblement, en sautant de la jambe droite; et le bras correspondant pendait inerte le long du corps; les traits affaissés à droite étaient fortement tirés à gauche. La sensibilité restait émoussée; les souvenirs étaient confus et la parole lente, embarrassée, hésitante.

Vous avez vu ce qu'il est aujourd'hui et vous pouvez faire la comparaison de son état actuel à son état antérieur. Le temps a sans doute été pour beaucoup dans l'amendement notable de tous les troubles fonctionnels. Mais l'iodure de potassium y a bien aussi sa part. Je crois cependant qu'il aurait été plus efficace pendant la première phase. Son action a été aidée par une médication topique adjuvante destinée à exciter le mouvement et la sensibilité. On l'a électrisé plusieurs fois. Nous lui faisons prendre des bains sulfureux. Pendant qu'il était à la campagne, son père lui fouettait les parties paralysées avec des orties.

Depuis l'invasion de l'encéphalopathie, aucune manifestation syphilitique n'a eu lieu ni sur la peau, ni sur la muqueuse, ni ailleurs. Il semble que la diathèse a concentré toute son action sur le cerveau. Si encore elle l'y avait épuisée pour toujours? mais qui pourrait l'affirmer?

Toujours est-il que depuis le jour où la lésion encéphalique prenait son maximum d'effet dans cette deuxième attaque, elle n'a eu aucun retour offensif; elle semble être entrée, au contraire, dans une voie de régression continue. Rien n'indique qu'elle pousse des irradiations autour d'elle. Je ne découvre pas trace d'un autre foyer morbide dans l'intérieur de la boîte crânienne. Toutes les fonctions nerveuses, sauf celles qui ont été primitivement atteintes, s'exécutent régulièrement. La santé générale est bonne. En somme, la situation de cet homme devrait être jugée très-favorablement, s'il ne fallait pas faire toujours quelque réserve quand il s'agit des maladies constitutionnelles en général et de la syphilis en particulier.

Les troubles fonctionnels disparaîtront-ils complètement? Ne restera-t-il aucun vestige de cette encéphalopathie? Je l'espère, mais je n'ose pourtant pas l'affirmer. Je sais bien qu'on a observé des guérisons complètes et que les affections syphilitiques du cerveau sont en général beaucoup moins graves que celles qui tiennent à d'autres causes. Il est rare cependant qu'un cerveau soit impunément touché, même une seule fois. Pour ma part, je n'ai pas vu une seule encéphalopathie syphilitique qui n'ait bien laissé quelque fâcheuse empreinte sur cet organe.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 17 JANVIER 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

CRITIQUE EXPÉRIMENTALE SUR LA FORMATION DE LA MATIÈRE SUCRÉE DANS LES ANIMAUX (suite), par M. Cl. Bernard. — L'auteur rappelle d'abord la célèbre expérience du foie lavé. « Je séparai, dit-il, du corps le foie d'un chien bien nourri et sacrifié en pleine digestion; j'introduisis un tube dans le tronç

de la veine-porte au moment où elle pénètre dans le sillon hépatique, et j'y adaptai le robinet de la fontaine de mon laboratoire. Sous l'influence de ce vigoureux courant d'eau, le tissu du foie fut bientôt lavé. L'eau qui sortait par les ouvertures béantes des veines sus-hépatiques était d'abord rougeâtre, mêlée de sang, contenant du sucre et de l'albumine; mais bientôt le tissu hépatique devint coloré, l'eau était claire, limpide, et ne contenait plus ni sucre ni albumine. Au bout de dix à quinze minutes, je cessai le lavage, et, en examinant aussitôt un fragment du foie lavé, je constatai que son tissu infiltré d'eau ne renfermait pas trace de sucre; le liquide qui résultait de sa décoction ne donnait aucune réduction avec les sels de cuivre dissous dans la potasse et ne fermentait pas avec la levure de bière. J'abandonnai ensuite à lui-même le reste du foie à la température ambiante du laboratoire par un jour d'été. Après un quart d'heure, le tissu hépatique contenait déjà très-manifestement de la matière sucrée; mais, après trois quarts d'heure, il en renfermait une telle proportion que le liquide exprimé du tissu hépatique, soumis à la coction, donna de 2 à 3 pour 100 de sucre à l'analyse. Par plusieurs injections d'eau successives, j'enlevai le sucre formé, et ce n'est qu'après le troisième lavage que la propriété saccharifiante du tissu hépatique disparut complètement. Ainsi, ajoute-t-il, la question glycogénique avait changé de face, son vrai mécanisme était connu; ce mécanisme était semblable chez les animaux et chez les végétaux. Dans les deux cas, la glycose provenait d'une matière amyloïde qui le précédait, et, de même que le sucre peut se former dans un fruit ou dans un tubercule séparé de la plante, de même le sucre se formait dans le foie des animaux après avoir été séparé du corps. Il résultait aussi de l'expérience qu'il fallait diminuer le chiffre des anciens dosages faits avec la matière de la glycogénèse *post mortem*. M. Pavy alla plus loin; il dit: il faut la supprimer; le sucre n'existe pas pendant la vie, sa formation est un phénomène cadavérique. M. Cl. Bernard fait remarquer que, pour soutenir cette théorie, il aurait fallu prouver: 1° qu'il n'y a pas de sucre dans le sang à l'état normal; 2° qu'il n'y a pas non plus de sucre dans le foie chez l'homme ou chez un animal plein de vie et de santé; opinions insoutenables; le sucre est un élément constitutif anormal du sang.

« Après avoir découvert la matière glycogène dans le foie de l'animal adulte, je l'avais recherchée, dit l'auteur, dans le fœtus, dans le sang, ainsi que divers autres liquides organiques, est également sur. Je trouvai en effet de la matière glycogène dans le fœtus, dans les muscles, dans les épithéliums, dans le placenta chez les rongeurs, dans les plaques de l'annulus chez les ruminants, dans le sac vitellin chez les oiseaux, etc. Or, à cette époque de la vie, le foie ne renferme pas encore de matière glycogène, et comme je voyais ensuite cette matière diminuer et même disparaître dans les appareils fœtaux transitoires à mesure que le moment de la naissance approchait et que le foie lui-même débütait dans la fonction glycogénique, j'en avais induit que, chez le fœtus, la matière glycogène semble être une condition de développement de certains tissus, et que la fonction glycogénique est alors diffusée au lieu d'être localisée dans le foie, comme cela se voit chez l'animal adulte. J'avais corroboré ces vues par d'autres observations faites sur des animaux inférieurs, sur certains mollusques, sur des larves d'insecte chez lesquels la matière glycogène se rencontre en très-grande quantité à l'état de diffusion dans les tissus, au lieu d'être concentrée dans un point spécial du corps. Plus tard, on trouva et je trouvai moi-même que la matière glycogène que j'avais constatée dans les muscles du fœtus peut aussi exister dans les muscles de l'adulte. De tous ces faits on inféra que la fonction glycogénique n'est pas limitée au foie, mais qu'elle appartient à beaucoup de tissus, sinon à tous; qu'il fallait, en un mot, admettre une *glycogénie générale* au lieu d'une simple *glycogénie hépatique*. C'est ainsi que la confusion s'est introduite dans la question de la fonction glycogénique des animaux, question qui est devenue aujourd'hui un véritable chaos, sur lequel les traités généraux de physiologie cherchaient en vain à répandre une lumière conciliatrice. On a confondu l'explication du phénomène physiologique avec sa localisation. »

Il reste, quant à présent, que la propriété glycogénique n'est plus contestable, que le glycogène se forme dans les cellules animales aussi clairement que l'amidon dans les cellules végétales. C'est ce point de départ qui, bien établi, doit servir aujourd'hui de base à tous les travaux relatifs à la fonction glycogénique des animaux.

TRAJET DES CORDONS NERVEUX QUI RELIENT LE CERVEAU A LA MOELLE ÉPINIÈRE. Note de MM. G. Sappey et M. Duval.

« Trois cordons forment la substance blanche de la moelle épinière. Les observateurs, jusqu'à présent, n'avaient pas réussi à les suivre à travers le bulbe rachidien et la protubérance annulaire. Nos études nous ont permis de combler cette lacune.

« Des trois cordons qui forment la substance blanche, l'un est *antéro-interne*; il a pour limite, en dedans, le sillon médian antérieur de la moelle, et en dehors la corne antérieure. Le second, plus volumineux, répond à la partie antérieure de cette corne et remplit en outre tout l'espace qui la sépare de la corne postérieure; c'est le *cordons antéro-latéral*. Le troisième, ou *cordons postérieur*, s'étend dans le sens transversal de la corne précédente au sillon médian postérieur.

« Le cordon antéro-interne s'entre-croise avec celui du côté opposé sur toute la longueur de la moelle; il prend ainsi une part fort importante à la formation de la commissure antérieure. Dans le bulbe rachidien et la protubérance, les deux cordons antéro-internes deviennent indépendants et se déplacent, de telle sorte que, antérieurs sur la moelle, ils occupent dans le bulbe sa partie centrale, puis répondent bientôt à sa face postérieure. Devenus postéro-supérieurs, ils poursuivent leur trajet ascendant, traversent la protubérance, puis les pédoncules cérébraux, et se jettent dans les couches optiques.

« Les cordons antéro-latéraux s'entre-croisent au niveau du collet du bulbe. L'entre-croisement bien connu qu'on observe sur ce point est exclusivement formé par ces cordons. Il se produit de la manière suivante: les deux cordons antéro-latéraux s'inclinent l'un vers l'autre, pour se porter en dedans, en avant et en haut; mais leur entre-croisement ne s'opère pas en masse; il s'effectue par couches successives et alternatives qui s'étagent de bas en haut. Les couches les plus internes se rapprochent du canal central, puis échangent les cornes antérieures au niveau de leur continuité avec la commissure grise. D'autres couches s'ajoutent aux précédentes, se rapprochent plus encore du plan médian et agrandissent l'échancrure; les plus élevées achèvent, et bientôt les deux cornes se trouvent complètement décapitées. Après leur entre-croisement, les deux cordons montent parallèlement sur les côtés de sillon médian antérieur, celui de droite occupant le côté gauche du sillon et réciproquement; au premier aspect, on pourrait croire qu'ils constituent la totalité des pyramides antérieures; mais un examen plus attentif démontre bien clairement qu'ils en forment seulement la partie superficielle: cette partie superficielle, nous l'appellerons *portion motrice* des pyramides.

« En s'entre-croisant et se prolongeant pour constituer la portion motrice des pyramides, les deux cordons antéro-latéraux écartent les cordons antéro-internes, les rejettent d'abord à droite et à gauche, puis bientôt les recouvrent entièrement. Ces derniers, qui à la partie inférieure du bulbe s'avancent jusqu'à la périphérie, se trouvent donc situés plus haut, immédiatement en arrière des pyramides antérieures.

« La portion motrice des pyramides est remarquable par l'aspect fasciculé qu'elle présente. Du bulbe elle pénètre dans la protubérance, la parcourt dans toute sa longueur, s'étale ensuite largement sur la face inférieure des pédoncules cérébraux, et se porte vers les corps striés, dans l'épaisseur desquels elle pénètre.

« Les deux cordons postérieurs de la moelle, parvenus au-dessus de l'entre-croisement des cordons antéro-latéraux, se comportent comme ceux-ci; mais ils ne commencent à s'entre-croiser que lorsque l'entre-croisement des précédents est tout à fait terminé. On les voit alors s'infléchir en avant et se décomposer en douze ou quinze faisceaux qui décapitent la corne postérieure en traversant son extrémité profonde, et qui contourner ensuite la substance grise située au devant du canal central du bulbe, pour se porter, ceux de droite vers le côté gauche, et ceux de gauche vers le côté droit. Ainsi entre-croisés, les deux cordons postérieurs forment d'ailleurs un large raphé triangulaire, à base postérieure; mais bientôt le raphé s'allonge d'arrière en avant, en passant entre les cordons antéro-internes qu'il sépare, et revêt alors la figure d'un rectangle dont l'extrémité antérieure, sur les coupes horizontales, s'applique à la portion motrice des pyramides. Dès que le raphé

revêt cette figure, son extrémité extérieure se divise, et les deux branches résultant de sa division s'adossent aux pyramides. A mesure que l'entre-croisement se complète, la partie antérieure du raphé prend plus d'importance; elle s'élargit et s'épaissit, et, lorsque cet entre-croisement est terminé, les deux cordons postérieurs se trouvent appliqués à la portion motrice des pyramides, dont ils forment alors la couche profonde: cette couche profonde, d'un aspect très-différent de celui que nous offre la couche superficielle, constitue *leur portion sensitive*.

Les cordons postérieurs conservent par conséquent dans le bulbe la situation qu'ils occupent sur la moelle à l'égard des cordons latéraux. Ils sont d'abord immédiatement appliqués à ceux-ci; mais au niveau de la base du bulbe ils tendent à en devenir indépendants, et, en parcourant la protubérance et les pédoncules cérébraux, ils s'en écartent de plus en plus, et en même temps ils se modifient si notablement dans leurs formes qu'ils deviendraient bientôt méconnaissables si on ne les suivait pas à pas dans toute l'étendue de leur trajet.

Au niveau de la base du bulbe, la portion motrice des pyramides est déjà entourée de noyaux aplatis, de substance grise. L'un de ces noyaux répond à la partie profonde du sillon antérieur du bulbe; il revêt la figure d'un triangle dont le sommet s'enfonce à la manière d'un coin entre la portion motrice et la portion sensitive des pyramides. A mesure que ces deux portions s'avancent dans la protubérance, le coin qui tend à les séparer s'avance aussi de plus en plus entre l'une et l'autre; vers le tiers inférieur de la protubérance, il les sépare complètement; entre les deux portions primitivement contiguës, il existe alors une couche de substance grise, et celle-ci s'épaississant de plus en plus, ces deux portions s'élèvent et changent d'aspect; la portion sensitive surtout se modifie considérablement: elle s'aplatit et s'allonge dans le sens transversal, puis s'amointrit, s'épaissit en dehors et devient de plus en plus externe. Sur les pédoncules cérébraux, elle répond à la partie externe de ceux-ci; on peut la suivre jusqu'aux couches optiques dans lesquelles elle pénètre avec les cordons antéro-intérieurs. »

— *M. Larrey* présente à l'Académie, de la part de *M. le docteur de Chauvont*, chirurgien-major de l'armée anglaise, un ouvrage intitulé: *LECTURES ON STATE MEDICINE*, etc.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 25 JANVIER 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. CHATIN.

M. le ministre de l'Agriculture et du Commerce transmet à l'Académie: a. Le compte rendu des épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Mont-St-Marsen pendant l'année 1875. (*Commission des Epidémies*). — b. Des pièces relatives à une domoie faite par *M^{me} Desjournes-Gazette* d'exploiter pour le service médical les eaux d'une source dite Grando-Sourco, qu'elle a découverte dans sa propriété du Saint-Goulier (Loire). (*Commission des eaux minérales*).

L'Académie reçoit: a. Une lettre du candidat de *M. le docteur Félix Guyon* pour la section de pathologie chirurgicale. — b. Un pli cacheté de *M. le docteur Edmond Langlois*. (*Accepté*). — c. Un travail sur l'inflammation des cartilages, par *M. le docteur Auguste Fricour*. (*Commission des prix Portal*).

M. Broca offre au hommage à l'Académie, au nom de *M. le docteur Paul Topinard*, un volume intitulé: *L'ANTHROPOLOGIE*.

M. Hirtz présente, de la part de *M. le docteur Ed. Sieffmann*: 1° une brochure intitulée: *ACROÏTHÉRAPIE ET PNEUMOTHÉRAPIE*; 2° une brochure de *M. le docteur Pauléniat* ayant pour titre: *CONFÉRENCES DES PROFESSEURS VIEUXVAUX ET AMABLE SUR LES FORCÈS-SICH ET LE TRAITEMENT DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES FAITES AU CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES DE BRUXELLES*.

LA LEUCOCYTOSE ET LA MORVE. — *M. Colin* commence par rechercher quel est l'état actuel de la question de la virulence, question sur laquelle *M. Douillaud* a particulièrement appelé l'attention. Les expériences de *M. Chauveau* sur le principe virulent soit du vaccin, soit de la morve, ne lui semblent pas concluantes. Il désapprouve la méthode dite de *diffusion*, qui consiste à superposer deux liquides de densité différente, dans l'espoir que l'un cédera par *diffusion* une partie importante de ses principes à l'autre. Le vaccin étant un liquide albumineux ne peut céder à peu près rien à l'eau qui s'y mélange et s'y altère bien vite. Mais cela ne prouve absolument rien sur la nature de l'élément contagieux. Lorsqu'on emploie la méthode des lavages, comme on l'a fait en ce qui touche à la morve, les premières eaux de lavage transmettent la mala-

die, les dernières sont inoffensives, parce qu'elles ne renferment plus que des éléments altérés.

« En somme, dit *M. Colin*, ma conclusion sur ce premier point est celle-ci: la virulence des liquides animaux est indépendante de leurs éléments figurés, globules rouges, leucocytes, globulins, cellules épithéliales, noyaux de cellules ou granulations solides quelconques. Elle appartient aux liquides en masse, à toute leur substance, aux sécrums, aux plasmas amorphes les plus purs. C'est ce dont je donnerai bientôt, je l'espère, une démonstration complète et irréfutable, quand j'aurai réuni en faisceau mes expériences sur le charbon, la septiciémie, la vaccine et la morve. »

Revenant ensuite à la question de la leucocytose, effleurée seulement dans son premier discours, *M. Colin* se propose de traiter successivement les trois questions suivantes: 1° y a-t-il réellement plusieurs formes de leucocytose ou de leucocythémie? 2° quel est le point de départ de cet état? 3° enfin, la leucocytose de la morve est-elle une leucocytose spécifique? *M. Colin* rappelle d'abord jusqu'à quel point, dans ces derniers temps, les théories pathologiques ont subi la suprématie des théories physiologiques ou micrographiques. Aussiôt que les micrographes eurent indiqué, dans la rate, dans le thymus, dans les parois intestinales et dans d'autres parties encore, des éléments analogues à ceux des ganglions lymphatiques, on se hâta de créer des leucocythémies splénique, thyroïdale, intestinale, etc. Au fond, on ne sait pas plus quel est le rôle de la rate en pathologie qu'en physiologie. Elle est gonflée dans la plupart des cas de leucocythémie; mais ce gonflement est-il la cause ou l'effet de l'état du sang? Il est peu probable qu'il en soit la cause et que la rate, en cas pareil, donne naissance aux leucocytes en excès. En effet: 1° les veines de la rate n'emportent pas plus de globules du sang que les autres parties de la veine porte; 2° les lymphatiques de la scissure splénique ne charrient pas une quantité de leucocytes supérieure à celle de la lymphé des autres organes; 3° l'extirpation de la rate (si souvent pratiquée sur les animaux par *M. Colin*) ne modifie pas d'une manière sensible le rapport numérique qui existe entre les globules rouges et les globules blancs dans le système vasculaire. D'ailleurs, l'engorgement d'un organe sécrétant n'augmente pas la sécrétion, mais la diminue au contraire. Il en est ainsi pour la glande mammaire, le foie, etc. Il en serait ainsi pour la rate, si elle engendrait des leucocytes.

Quant à l'appareil glandulaire de l'intestin, aux glandes de *Peçer*, aux follicules solitaires, on n'a qu'à recueillir leurs produits sur l'animal vivant, ainsi que l'a fait *M. Colin* par une méthode non germanique, pour être certain que ce sont des organes non lymphatiques, mais sécréteurs comme les autres glandes.

Du reste, leur volume ne leur permettrait pas de produire à eux seuls une leucocythémie comme on veut l'admettre aujourd'hui, à l'exemple des Allemands.

Il n'est pas plus vrai qu'il existe une leucocytose médullaire provenant de la masse des os. Les remarquables changements d'aspect, de texture et de composition chimique que subit la moelle des os chez les animaux amaigris est un fait général qui se rattache au marasme, à la cachexie, et n'a rien à faire avec le mécanisme de la leucocytose.

Il est singulier de s'appuyer, en médecine, sur des données d'histologie dont on ignore le vrai sens, sur des interprétations physiologiques qui ne supportent pas l'examen, sur les matériaux mal triés de la mauvaise science allemande.

« Nous avons mieux que cela, a dit *M. Colin* en terminant; nous avons des faits exacts, des expériences en grand nombre sur les animaux, et des résultats qu'on semble peu connaître: nous avons enfin ce qui nous donne le moyen de faire une leucémie plus claire, plus savante que la leucémie donnée par les travaux étrangers. »

C'est cet ensemble de documents nouveaux que *M. Colin*

exposera mardi prochain dans la deuxième partie de sa communication.

DISCUSSION SUR L'INFLUENCE DU RHUMATISME SUR LES TRAUMATISMES. — M. Gosselin demande à présenter quelques observations sur la communication faite par M. Verneuil relativement à l'influence des affections rhumatismales sur les maladies chirurgicales. Ses observations confirment de tout point les opinions émises par M. Verneuil. M. Gosselin a été frappé de l'influence que les affections rhumatismales exercent sur les arthrites traumatiques : par exemple sur les arthrites survenues à la suite de fractures ayant leur siège au voisinage des articulations ou à la suite des luxations, etc. Tandis que, dans les cas ordinaires, ces arthrites ont une grande tendance à la guérison, sans ankylose, sans roideur, chez les rhumatisants, au contraire, elles mettent en très-grande lenteur à se résoudre, et encore d'une façon incomplète : on observe des roideurs, des ankyloses, et souvent on voit survenir les symptômes d'une arthrite sèche, incurable. Il y a donc lieu de se défier des arthrites traumatiques chez les rhumatisants et chez les goutteux : il importe chez eux de faire dès le début tous ses efforts pour empêcher de fâcheux résultats.

M. Verneuil n'a pu développer dans son travail cette question bien connue. Il s'est borné à rapporter une observation à l'appui d'une idée qui lui paraissait être celle de tous les praticiens. Comme M. Gosselin, il a eu l'occasion d'observer souvent la lenteur de la guérison des arthrites, même traumatiques, chez les individus rhumatisants ; comme M. Gosselin, il a vu cette guérison rester le plus souvent incomplète, surtout si le blessé a passé l'âge de quarante ans. La thérapeutique de ces genres d'arthrites est très-difficile. L'immobilisation prolongée amène l'ankylose, les mouvements exécutés trop tôt provoquent des rechutes. M. Verneuil préfère encore l'immobilisation, sauf à traiter ensuite par les eaux minérales ou l'hydrothérapie les raideurs et les ankyloses incomplètes. Quant aux ankyloses complètes, M. Verneuil n'y touche pas chez les rhumatisants, toutes les fois que le membre est immobilisé dans une bonne position.

M. Verneuil voudrait voir ses collègues élucider par leurs observations les points délicats de son travail.

M. Blot, pour répondre à cet appel, dit avoir eu l'occasion d'observer chez des femmes placées dans les conditions traumatiques produites par l'accouchement, le retour de fièvres intermittentes ou de névralgies paléodémiques qui semblaient disparues depuis quelques mois. Chez d'autres, il a vu après l'accouchement des gonflements articulaires qu'on aurait pu prendre tout d'abord pour des manifestations de l'infection puerpérale et qui dépendaient de la diathèse rhumatismale mise en jeu par le traumatisme de l'accouchement.

M. Verneuil dit que les erreurs de diagnostic dans les cas analogues aux cas cités par M. Blot ne sont point rares. Il lui est arrivé plusieurs fois à lui-même de croire à des accidents d'infection purulente chez des blessés qui présentaient des gonflements articulaires accompagnés de fièvres et de symptômes généraux graves. Heureusement, il ne s'agissait que de manifestations rhumatismales, réveillées par le traumatisme. M. Verneuil est porté à penser que beaucoup d'individus réputés atteints d'infection purulente et dont on a publié les observations suivies de guérison, n'étaient probablement que des rhumatisants dont l'état constitutionnel n'avait pas été reconnu.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 14 JANVIER 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LABOULBÈNE.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FRÉQUENCE DU TÆNIA. — TÆNIFUGES ET MODE D'EMPLOI. — COMITÉ SECRET.

Après les discours applaudis de M. Woillez, président sortant, et de M. Laboulbène, président pour l'année 1876, la Société reprend la discussion sur la fréquence du tænia.

— M. Archangebault traite les deux points suivants : 1° La viande crue donne-t-elle le tænia ; 2° quels sont les meilleurs tænifuges pour les enfants, et comment doit-on les leur administrer ?

M. Archangebault considère la première question, propagation du tænia par l'usage de la viande crue, comme résolue depuis plusieurs années. On trouve, en effet, dans le TRAITÉ DES ENTOZOÏMES de M. Davaine, une note du docteur Weisse, de Saint-Petersbourg (l'auteur du traitement de la diarrhée des enfants par la viande crue), qui déclare que le bothriocephale étant le tænia le plus commun dans la capitale de l'empire russe, il observe depuis l'année 1858 une fréquence insolite du *Tænia solium*. Or, d'après les investigations, il ressort que le *Tænia solium* a été importé à Saint-Petersbourg par la viande de bœufs de Podolie, bœufs qui étaient bourgeonnés (terme de vétérinaire), et que cette viande, réduite en pulpe et mangée crue, avait transmis le ver solitaire. Il cite à l'appui de cette opinion plusieurs observations.

M. Archambault a remarqué une augmentation de fréquence du tænia à Paris, chez les enfants. Il a pu réunir en peu de temps dix observations, dans lesquelles les choses se passent toujours de la même façon : un enfant est pris de diarrhée persistante au moment du sevrage ; on lui donne de la viande crue, et cinq ou six mois après on constate qu'il a le *Tænia solium*. M. Dumas, de Cette, rapporte six observations de tænia chez des enfants, et il n'hésite pas à rapporter le tænia à l'absorption de viande crue provenant des bœufs d'Afrique. Il croit que l'addition d'alcool à la viande crue peut préserver de l'écllosion du ver.

Légender avait, dans un mémoire, rassemblé avec peine 47 cas de tænia chez l'enfant. Aujourd'hui on aurait moins de difficulté à en recueillir autant.

Si le tænia est si fréquent en Abyssinie, cela tient à ce qu'on fait usage du *brondou*, plat du pays composé de viande crue pilée. Or, les musulmans, qui n'en mangent pas, ne sont pas atteints du tænia.

En ce qui concerne la question thérapeutique, M. Archambault affirme qu'il est très-difficile, sinon impossible, de faire prendre aux enfants le koussou ou la racine de grenadier. Le tænifuge qui lui paraît préférable à tous points de vue est la graine de citrouille mondée, à la dose de 45 grammes. On prépare les amandes en pâte sous la forme de la framipane, que les enfants prennent aussi bien que la pâtisserie, ou bien on pile les graines finement, on passe dans un tamis et l'on incorpore dans un looch, ce qui fait ressembler la préparation à une bavaroise au lait. Quelle est la partie active de cette graine : est-ce dans l'épisperme, est-ce dans l'amande elle-même qu'elle se trouve ? Ici les opinions sont encore partagées.

M. Hérard, d'après quelques expériences faites dans son service, croit que c'est l'amande elle-même qui est la partie active.

M. Gubler dit que M. Hæckel, médecin de la marine, a cherché à établir (Acad. des sciences, août 1875) que le principe actif de la graine de courges est une résine, la péporésine, que l'on trouve sous l'épisperme, dans le premier feuillet de l'endopèvre.

M. Chauvffard, discutant la question étiologique du tænia, reconnaît que l'usage de la viande crue doit jouer un rôle

prépondérant, surtout chez les enfants; mais, devant la fréquence du ténia, il s'a aussi lieu de se demander si, dans la culture des légumes, des salades surtout, l'eau employée à l'arrosage ou la fumure adoptée ne contiennent pas des germes d'entozoaires.

M. Potain rapporte un cas de *Tenia medio-canellata* observé chez une jeune fille qui mangeait tous les matins du cœur de veau à peine cuit. Il peut se faire que le centre de la viande ne subisse pas une température suffisante pour détruire les œufs. L'alimentation par les viandes saignantes, aujourd'hui très-appreciée, peut être cause de l'augmentation du ténia à Paris.

À Genève, la propagation du bothriocéphale se fait par les salades, parce que le bothriocéphale jouit de la propriété de se reproduire directement de l'œuf sans passer par la génération alternante. Les œufs du ver sont déposés sur les légumes par les eaux viciées par les excréments des animaux.

M. Potain cite un fait qui prouve cette propagation directe du bothriocéphale par l'absorption des œufs.

M. Gérin-Roze a fait rendre trois ténias à des personnes qui mangeaient souvent du jambon cru. Il a employé avec plein succès le kouso granulé, forme pharmaceutique qui rend le médicament parfaitement acceptable.

— La Société se forme en comité secret pour examiner la situation faite aux médecins de l'hôpital Necker par la translation, dans cet hôpital, du service de clinique de la Charité.

A. L.

Société de biologie.

SÉANCE DU 22 JANVIER 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. CL. BERNARD.

SUR LES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES: M. BROWN-SÉQUARD. — PRÉSENTATION DE CHIENS ATTEINTS D'HÉMIANESTHÉSIE: M. LABORDE. — OBSERVATIONS: MM. RAYMOND ET CHARCOT. — SUR LES EFFETS DE L'ENTRÉE DE L'AIR DANS LES VEINES: M. PETIT. — ÉTAT DES NERFS SENSITIFS DANS L'HÉMIANESTHÉSIE: M. CHARLES RICHTER.

M. Brown-Séguard a dans cette séance terminé la première partie de l'exposé de ses doctrines, à savoir qu'il y a des faits cliniques démontrant que la paralysie consécutive à une lésion cérébrale peut exister du même côté que cette lésion; il ajoute que l'existence d'hydropisie ventriculaire ou d'hémorragie ventriculaire, non plus que l'absence ou l'imperfection de l'entrecroisement des pyramides, ne suffisent à expliquer ces cas exceptionnels.

— Pour aujourd'hui, l'hémi-anesthésie semble être à l'ordre du jour, comme en peut juger par le titre des observations présentées. C'est ainsi que M. Laborde montre deux chiens atteints d'hémi-anesthésie du côté d'une lésion cérébrale, en même temps qu'il y a de l'hémiplégie faciale et de l'hémichorée du côté opposé à la lésion. Celle-ci est produite expérimentalement et consiste en une piqûre faite dans la masse cérébrale à l'aide d'une canule-trocart, par laquelle on injecte dans la substance cérébrale une certaine quantité de sang.

— M. Raymond fait observer qu'il a, il y a quelques mois, pratiqué des expériences analogues dans le but de contrôler les expériences faites par Vaysière et dans lesquelles l'hémi-anesthésie a pu être produite chez le chien. M. Raymond, sur 8 chiens, a produit de l'hémi-anesthésie, mais dans 4 cas seulement il y a eu en même temps de la chorée.

M. Charcot rappelle que ces expériences ont eu pour point de départ la recherche expérimentale de la lésion qui chez l'homme produit l'hémi-anesthésie à la suite de certaines hémiplégies cérébrales. Cette hémi-anesthésie, qui rappelle celle des hystériques, correspond à une lésion de la partie posté-

rieure de la capsule interne; lorsqu'il y a eu hémichorée, on a trouvé la lésion dans la partie postérieure des corps striés. Quant à présent, les expériences sur le chien ont confirmé les résultats observés dans les autopsies.

L'état des nerfs sensitifs dans l'hémi-anesthésie a été étudié par M. Charles Richet dans ses relations avec la sensibilité aux courants électriques continus ou interrompus. M. C. Richet conclut de ses observations que les cordons des nerfs sensitifs eux-mêmes ne sont pas lésés, puisque ceux-ci peuvent encore transmettre des impressions douloureuses chez les hémi-anesthésiques.

— M. Petit fait une communication sur un sujet tout différent; il s'agit de l'action produite par l'injection d'air dans les veines ou les artères. D'une série d'expériences faites sur des chiens chez lesquels la tension artérielle a été étudiée avec grand soin, M. Petit a déduit des conclusions très-intéressantes sur le mode d'action de l'air: introduit dans la circulation, il produit l'arrêt de l'ondée aortique; injecté à petite dose et lentement, il amène une chute de la tension; à dose plus forte, il y a syncope, des convulsions, symptômes résultant de l'arrêt de l'ondée aortique, l'arrêt du cœur se produit après l'arrêt de la respiration, et celui-ci n'est pas dû à la présence de l'air dans l'artère pulmonaire, car les branches de ce vaisseau ne contiennent pas d'air dans le cas de mort prompte. Pour M. Petit, l'arrêt du cœur représente une asystolie brusque produite par la distension des cavités droites du cœur. Ce phénomène d'arrêt circulaire résultant de l'injection d'air dans les veines varie suivant les circonstances qui le produisent, mais il peut toujours être considéré comme de l'asystolie cardiaque.

A. HÉNOQUE.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 12 JANVIER 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. OULMONT.

INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE BROMHYDRATE DE QUININE, DE SULFOVINATE DE QUININE, DE CHLORHYDRATE DE QUININE: MM. GUBLER, FÉROL, C. PAUL. — EMPLOI DU CHLORAL COMME TOPIQUE DANS LE PITUIRIASIS: MM. HARTINEAU, BEAUMETZ, DELJOU, GUBLER. — EMPLOI DU CHLORAL CONTRE LES ULCÉRATIONS DU COL DE L'UTÉRUS: M. GUBLER. — EMPLOI DU MÉTA-CHLORAL: M. BEAUMETZ.

M. Gubler s'étonne d'avoir entendu parler, dans la précédente séance, d'accidents qui seraient survenus après l'emploi des injections sous-cutanées de bromhydrate de quinine. Dans son service, où cette méthode est employée depuis longtemps déjà, il n'a jamais eu à observer un seul accident, même léger.

M. Férol pense que pour les injections sous-cutanées on peut se servir avec avantage du sulfovinate de quinine. Il cite l'exemple d'un malade auquel on en a pratiqué un grand nombre dans l'espace de six mois sans avoir à déplorer un seul accident local, même à forte dose.

M. C. Paul a eu lui-même l'occasion d'employer un grand nombre de fois les injections sous-cutanées de sulfovinate de quinine chez un malade atteint d'une fièvre contractée en Cochinchine; il n'a jamais vu non plus d'accident local.

M. Férol n'a pas été aussi heureux avec les injections de chlorhydrate de quinine. Il a eu, notamment une fois, une grave menace de phlegmon.

M. C. Paul a souvent employé en injections le chlorhydrate de quinine; il n'a observé qu'un seul accident, et encore dans ce cas l'injection avait été faite sur une région peu favorable, à la peau de l'avant-bras.

M. Férol, avec le sulfovinate, a pu dans un cas constater la production de nodus, mais la disparition en était rapide.

M. Gubler, avec le bromhydrate de quinine, n'a jamais constaté même de nodus.

— M. Martineau donne lecture d'une note sur l'emploi du chloral comme topique dans le pityriasis.

M. C. Paul croit qu'il ne faudrait pas généraliser le traitement des pityriasis. Il y a plusieurs espèces de pityriasis qui demandent des traitements divers; le pityriasis versicolor, par exemple.

M. Beaumetz pense qu'il doit en être du pityriasis comme de la teigne. Dans la teigne fautive le chloral ne vaut rien; il réussit dans la teigne décalvante.

M. Delioux est d'avis qu'il convient d'autant plus de se montrer réservé dans les conclusions sur le traitement du pityriasis que souvent il est plus facile de blanchir les malades que de les guérir.

Il emploie souvent la formule suivante :

Carbonate neutre de potasse chimiquement pur.....	1 gramme.
Eau de goudron.....	50 centigr.
Rhum.....	50 —

ou bien celle-ci :

Turbith.....	20 centigrammes.
Axonge.....	25 grammes.
Huile d'amandes douces.....	5 —

M. Martineau répond qu'il ne s'est pas occupé du traitement du pityriasis versicolor. Du reste, dans les cas rebelles au chloral il associe le mercure.

Eau.....	500 grammes.
Liquueur de Van Swieten.....	100 —
Chloral.....	50 —

M. Delioux ajoute à ce qu'il vient de dire que le carbonate de potasse ayant l'inconvénient de rendre les cheveux secs et cassants, il associe souvent la glycérine.

M. Martineau pense que la dose de chloral dans les lésions employées ne doit pas excéder 5 ou 6 pour 100.

— M. Gubler est aussi d'avis que le pityriasis est une affection sur la guérison de laquelle il ne faut pas se hâter de conclure. On sait avec quelle facilité la maladie disparaît; mais la facilité avec laquelle elle reparaît n'est pas moindre. Certaines peaux, celles qu'on nomme huileuses, se prêtent particulièrement au développement de cette affection.

M. Gubler pense toutefois que les avantages du chloral sont multiples. Il a lui-même employé ce médicament avec succès dans les ulcérations du col de l'utérus; le tampon d'ouate imbibé de la solution au chloral est promené sur le col.

— M. Beaumetz a substitué dans ces cas le méta-chloral à l'iodoforme, souvent employé.

A. B.

REVUE DES JOURNAUX

Collection purulente enkystée entre le foie et le diaphragme, ponction, ouverture cuticulaire dans les bronches, par M. RENOU, interne des hôpitaux de Lyon.

Il s'agit d'un homme de quarante ans entré à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 22 juin 1875. Depuis un an, il se plaint de palpitations, oppression et toux et, depuis deux mois, de la perte de l'appétit, de l'embonpoint et des forces. Au moment de son admission; dyspnée, anorexie et œdème des membres inférieurs; voussure considérable de tout le côté droit de la poitrine et de l'abdomen, mais sans douleur ni tumeur; la matité hépatique remonte à trois travers de doigt au-dessus du mamelon et descend un peu au-dessous de l'ombilic. On diagnostique un kyste (hydatique?) de la face inférieure du foie. Le malade s'affaiblit de plus en plus; on

le ponctionne le 6 juillet et l'on retire deux litres et demi d'un liquide puriforme, fétide; très-albumineux; mais ne contenant pas de crochets. L'opération, qui a d'ailleurs soulagé le patient, est suivie d'une diminution très-notable dans l'étendue de la matité. L'état général s'améliore; mais, le 13 août, à la suite d'une poussée pneumonique à la base droite, vomique assez abondante qui se reproduit le 25 septembre et est suivie de mort.

À l'autopsie, on trouve le foie gras et il existe entre sa face convexe et le diaphragme une vaste poche contenant environ un litre de liquide jaunâtre, puriforme et fétide. Cette poche, une fois ouverte et vidée, il est facile d'en étudier les rapports et les dimensions.

La face convexe du foie, moins l'extrémité gauche, son bord tranchant et la partie antérieure de sa face inférieure sont recouverts d'une membrane granuleuse de 4 à 5 millimètres d'épaisseur, grisâtre et semée de petites anfractuosités. Cette membrane, que l'on sépare bien de la capsule de Glisson, laquelle est sous-jacente et simplement épaissie, forme une partie de la paroi de la poche, qui est constituée d'autre part, en haut et en avant, par le diaphragme, et en bas par une anse intestinale. La base du poumon droit adhère intimement au diaphragme qui présente deux orifices déchiquetés, de sorte que, de la cavité abdominale, on peut facilement, sans inciser le diaphragme, introduire deux doigts dans le poumon.

Friehrichs ne signale aucun cas de ce genre dans son livre; il dit cependant que des épanchements du péritoine, enkystés entre le foie et le diaphragme, peuvent soulever l'hyponchon dre droit comme les kystes hydatiques, mais que, dans ce cas, les symptômes de péritonite générale ou circonscrite les feront facilement reconnaître. Cette observation prouve cependant que le diagnostic n'est pas toujours facile, puisque, quoiqu'on ait eu affaire ici à un épanchement du péritoine enkysté entre le foie et le diaphragme, il n'y a eu aucun phénomène de péritonite, soit circonscrite, soit généralisée, qui pût le faire reconnaître (*Lyon médical*, 20 décembre 1875, n° 52).

Nouveau procédé pour remplacer la transfusion du sang après les hémorragies post partum, par le docteur TALBOT.

Dans un mémoire lu à la Société de médecine de Victoria, le docteur Talbot fait ressortir les nombreuses difficultés qui entourent la pratique de la transfusion chez les femmes soignées à domicile. L'opération, qui est de mise dans une maternité où l'on trouve les aides et les instruments nécessaires, est pour ainsi dire impossible dans la pratique privée. Le docteur Talbot propose de remplacer la transfusion, dans les cas d'hémorragie post partum, par le procédé suivant :

On pratique sur chaque membre inférieur, depuis l'orteil jusqu'à l'aîne, une compression à l'aide d'une bande élastique semblable à celle qui est employée dans le procédé d'Esmarch. On applique ensuite un autre bandage élastique sur le bassin, de manière à comprimer l'utérus, même l'aorte, si la chose est possible. On pratique également la compression sur les membres supérieurs, depuis l'extrémité des doigts jusqu'à l'aisselle, en suivant le même procédé. Il est utile de maintenir les membres élevés pendant qu'on applique les bandages, de manière à favoriser, par la gravitation, le refoulement du sang vers le tronc. Le docteur Talbot estime de la manière suivante la quantité de sang qui peut être fournie au tronc par ce procédé : Chaque membre inférieur peut donner 12 onces; le bassin, les fesses et les téguments de l'abdomen peuvent en fournir 12 et la même quantité peut être obtenue des membres supérieurs; total 48 onces (1440 grammes). Ce chiffre est évidemment trop élevé, mais il est incontestable que la quantité de sang refoulée serait plus

que suffisante, surtout si l'on considère que la plupart des auteurs pensent qu'il ne faut pas injecter plus de 6 à 8 onces dans la transfusion.

D'après le docteur Talbot, ce procédé présente les avantages suivants : Le sang est vivant, ne peut se coaguler et s'adapte évidemment mieux aux besoins du malade que celui qui est pris chez un autre individu ; l'opération est simple et se fait très-rapidement ; il suffit, pour la pratiquer, d'avoir quatre ou cinq bandages élastiques. Après avoir fait le vide dans le membre, on peut appliquer le tourniquet à l'aîne ou à l'aisselle et retirer les bandages.

Dans la discussion qui suivit la communication du mémoire de M. Talbot, on fit remarquer que l'adoption de ce procédé peut éloigner l'attention de l'utérus, et qu'il est peut-être imprudent de diriger une grande quantité de sang sur cet organe avant d'avoir arrêté l'hémorrhagie. L'objection la plus sérieuse est que, même après avoir arrêté l'hémorrhagie, il sera toujours difficile et peut-être dangereux d'appliquer les bandages compressifs sur une femme épuisée et mourante. Néanmoins, le procédé du médecin australien mérite d'être sérieusement pris en considération par les praticiens, surtout en raison de sa grande simplicité (*Australian Medical Journal*, août 1875, et *Medical Times and Gazette*, 11 décembre 1875).

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée de l'homme et des animaux, par le professeur H. MILNE EDWARDS (Tome X, 2^e partie, et T. XI. — Paris, 1874-1875. G. Masson, éditeur).

Nos lecteurs savent quel juste tribut d'éloges la *Gazette* a souvent accordé à l'œuvre importante du professeur Milne Edwards. Cet immense travail, si riche en matériaux, en comparaisons fécondes, touche à sa fin, et le savant auteur aura bientôt terminé cette véritable encyclopédie de physiologie et d'anatomie comparée.

Sans vouloir aujourd'hui donner un compte rendu détaillé des trois fascicules qui nous ont été confiés, nous nous arrêterons sur les questions physiologiques les plus importantes qui y sont traitées, la *contraction musculaire*, la *locomotion*, la *travail musculaire* et le *système nerveux*.

Avant d'exposer les vues du professeur sur la nature de la contractilité musculaire, il nous semble intéressant de mentionner son opinion sur quelques points d'ostéologie générale, dont la discussion a provoqué de sérieuses recherches d'anatomie comparée. On sait avec quel entrainement Oken formula sa théorie *vertébrale* du squelette, quand il écrivit, en 1807 : « Le squelette n'est qu'un os vertébral, développé, ramifié, et l'os vertébral est le germe préformé du squelette ; — l'homme entier n'est qu'une vertèbre. » Depuis cette époque, la conception générale émise par Oken fut tour à tour attaquée et défendue par des savants de premier ordre, et, quoique ébranlée en bien des points, notamment par les recherches d'embryogénie, elle est admise aujourd'hui dans ses points essentiels, et beaucoup d'auteurs s'y sont ralliés avec R. Owen, qui a remanié dans un brillant travail (*Ostéologie comparée*, 1864) la théorie de l'homologie.

Pour Milne Edwards, le squelette se compose de plusieurs systèmes distincts, dont l'origine paraît être différente : le système rachidien est toujours le plus important, mais il faut en distraire le système maxillo-hyoidien et le système sternal, ainsi que le système appendiculaire, soit médian, soit latéral. Il dit du système sternal, par exemple, que ce système répète à la face ventrale du tronc les parties dont se compose l'arc neural (anneau supérieur) de la colonne rachidienne, mais n'en procède pas, et doit être considéré comme

un appareil autogène, susceptible de rester isolé ou de se réunir au système vertébral. « La vertèbre et la sternèbre avec ses branches costales, sont des produits d'un même segment du sclérome, mais la seconde n'est pas une dépendance de la première. »

Quant à la division vertébrale de la tête, Milne Edwards ne l'admet que pour le crâne, et, à l'exemple de la plupart des auteurs, reconnaît à celui-ci trois vertèbres : l'occipitale, la sphéno-temporale et la fronto-ethmoïdale. La justification de la première est toute simple ; quant à la réalité des deux autres, qui a été si vivement contestée par Rathke, Agassiz, Vogt, Huxley, etc., d'après cette notion d'embryologie que la corde dorsale, base du système vertébral, ne s'étend pas au delà du segment occipital, M. Milne Edwards la défend en répondant que la gaine notochordienne, plutôt que la corde dorsale elle-même, joue le rôle important dans le travail organogénique dont résulte une vertèbre, et le blastème, qui donne naissance à toute la région moyenne et antérieure de la boîte crânienne, est évidemment en continuité de substance avec celui où se forme cette gaine. L'absence de la corde dorsale et la division du cartilage crânien sur la ligne médiane ne sont donc point incompatibles avec l'homotypie entre ces anneaux et les anneaux vertébraux.

Quant au squelette facial, il n'y a aucune raison pour le considérer comme vertébral, à rapprocher les os maxillaires supérieurs des côtes sternales etc., et il y a grand inconvénient à le faire. Quant aux membres, l'instabilité dans les connexions anatomiques qu'ils affectent avec le système central semble inconciliable avec l'idée des auteurs qui considèrent la première paire de ces appendices comme une dépendance de la vertèbre occipitale et rapportent la seconde à un segment déterminé de la colonne vertébrale.

Nous n'insisterons pas plus longuement sur ces questions d'un intérêt à peu près exclusivement scientifique ; nous avons voulu seulement indiquer, au sujet de quelques-unes de celles qui sont le plus controversées, l'opinion autorisée de notre savant professeur.

Ses études sur l'appareil musculaire en fonction, sont précédées d'un exposé détaillé des travaux histologiques. Parmi ceux-ci, il en est un que je veux mentionner tout particulièrement ici, car ses conclusions nous montrent une fois de plus quelle lumière l'étude élémentaire d'un organe jette sur son fonctionnement intime : c'est l'observation faite par Bowmann des *ondes musculaires*. On sait aujourd'hui que le muscle excité à une extrémité est presque instantanément parcouru dans le sens de sa longueur par un renflement mobile, par une ondulation de son propre tissu. Aehy, le premier, a pu insérer cette onde mobile, que Schiff et Valentin avaient déjà constatée. Son appareil, d'une complication extrême, a été simplifié par Marey, qui a posé sur le muscle couché dans une petite gouttière deux leviers légers pouvant se soulever verticalement et placés à une distance déterminée l'un de l'autre. En superposant leurs pointes sur un cylindre tournant, il a vu que l'excitation d'une extrémité du muscle par un courant induit très-bref détermine la formation d'une onde qui, du point excité, parcourt le muscle dans toute sa longueur et va s'éteindre à l'extrémité opposée. Sans entrer dans d'autres détails, je reviens aux recherches histologiques de Bowmann (Bowmann and Todd, — *Physiological Anat. and Physiol. of Man*, 1856, t. I, p. 183). La première conclusion porte que « la contraction ne se manifeste jamais dans le muscle entier en même temps, ni dans la totalité d'une fibre élémentaire ; elle est toujours partielle à un moment donné. »

Dans la troisième conclusion, il est dit : « La contraction prolongée d'un muscle est le résultat d'un nombre inférieur de contractions partielles et momentanées, qui changent de place et envahissent de nouvelles parties successivement. »

Ce rapprochement, entre les deux modes d'observation qui se complètent l'un par l'autre, méritait d'être fait, surtout la constatation de Bowmann, remontant à vingt années

derrière nous, et celle de Aebý, datant de quatorze ans (Braunschweig, 1862).

La contractilité musculaire, envisagée successivement par Milne Edwards dans ses rapports avec l'élasticité, les phénomènes électriques intra-musculaires, les combustions interstitielles, est étudiée à fond, et les idées de l'auteur sur sa nature même doivent être présentées ici comme des plus intéressantes au point de vue théorique.

Il partage tout à fait l'opinion de Rouget qui appelle la contractilité « une élasticité variable sous l'influence nerveuse », et considère le raccourcissement du muscle comme le fait d'une attraction intermoléculaire, « variable dans son intensité, augmentée par l'influence de l'action nerveuse, de l'électricité ou des autres stimulants extérieurs de l'activité musculaire ». Or, on conçoit facilement la possibilité d'une variation de ce genre dans l'état dynamique d'un muscle vivant : ce changement s'apercevrait si le tissu de cet organe était le siège de courants électriques parallèles, circulant dans la même direction autour des éléments sarceux, et si les phénomènes, dont dépendrait le développement de ces courants, étaient activés par les agents excitateurs de la contractilité. Or, non-seulement cette hypothèse n'est en désaccord avec aucun fait connu, mais elle est en relation avec les phénomènes électriques et chimiques, dont le tissu musculaire est le siège.

Le muscle produit un courant propre : c'est une véritable source électro-motrice. On est conduit, en présence des phénomènes électriques observés pendant le repos et pendant le raccourcissement du muscle, à se demander si, dans une contraction volontaire ou autre, la force motrice qui détermine le rapprochement des particules du muscle et le raccourcissement de la série constituée par celles-ci ne seraient pas due à une augmentation dans l'intensité des courants, dont le tissu musculaire est le siège... On sait que toute action chimique est accompagnée de phénomènes électriques et provoque des courants. Or, cette combustion intérieure, qui est déjà la source principale de la chaleur dans les organismes vivants, ne serait-elle pas également la cause des phénomènes électriques propres de l'organisme, et la source de la force mécanique développée dans l'acte de la contraction musculaire? Si l'attraction intermoléculaire a en effet son origine dans les phénomènes de combustion intramusculaires, sa puissance peut varier, car ces réactions sont elles-mêmes variables, et, d'autre part, s'accompagnent « d'un développement de force qui peut se manifester sous la forme de chaleur, ou se transformer en une quantité correspondante de travail mécanique ». C'est ainsi que le Professeur aborde la question si complexe du travail musculaire et de la comparaison du muscle avec nos moteurs ordinaires, rapprochement qui a valu au muscle le qualificatif très-judicieux de moteur animé. Nous retrouverons bientôt cette question du travail musculaire, quand nous aurons un instant quitté, avec le professeur Milne Edwards, ces questions délicates, et présenté quelques considérations sur la locomotion.

Cette étude, faite au grand complet dans toute la série animale, nous intéresse surtout ici par les côtés qui touchent à la physiologie de l'homme.

L'auteur s'est appuyé dans ses développements sur les travaux les plus récents et les plus autorisés, parmi lesquels nous sommes heureux de voir une aussi large place accordée à ceux de M. Carlet. Les recherches expérimentales, faites avec le concours éclairé et sous l'habile direction du professeur Marey, ont conduit à une intelligence plus nette des différents détails de la marche, du saut, etc., et ont servi à renverser quelques idées courantes, dont le peu de fondement a été démontré par l'emploi judicieux de la méthode graphique.

Rappelons quelques points importants de l'étude faite par Milne Edwards de la locomotion humaine.

L'oscillation du membre inférieur, par exemple, considérée

d'habitude comme toute passive, doit être comprise autrement.

Les recherches des frères Weber, sur la passivité de l'oscillation du membre inférieur, ont rendu classique cette notion, que le mouvement pendulaire du membre est complètement indépendant de l'action musculaire. Cependant, pour que le pied ne heurte pas le sol dans l'arc du cercle qu'il décrit d'arrière en avant, il faut que le membre se raccourcisse; or, il ne le fait qu'en se fléchissant, et ce sont les muscles de la région antéro-interne de la cuisse qui, se contractant, amènent cette flexion de la cuisse sur le bassin. Quelques-uns de ces muscles, le triceps crural, par exemple, agissent en même temps sur la jambe qu'ils étendent et, par conséquent, activent la projection du pied en avant et accélèrent la lancée. Cette intervention des muscles dans l'oscillation d'arrière en avant est démontrée par les recherches cliniques de Duchenne, de Boulogne, sur la paralysie des muscles éleveurs de la cuisse, et surtout par les expériences précises de Carlet.

Le déplacement du centre de gravité en avant de la verticale tombant sur la base de sustentation, est d'autant plus accusé que l'inclinaison du tronc en avant augmente davantage. D'après les frères Weber, cette inclinaison du tronc serait toujours appropriée à la vitesse de translation, mais cette influence de l'inclinaison du corps en avant sur la vitesse de la marche est combattue par Carlet.

Quand la détente du membre à l'appui est assez douce, le corps n'abandonne pas le sol, dans la marche, par exemple; si, au contraire, comme dans la course ou dans le saut, les membres, après s'être fléchis beaucoup pendant la pose, se détendent brusquement pendant la poussée, le corps abandonnant le sol décrit dans l'air une trajectoire plus ou moins longue; mais il est à noter, comme l'a démontré Marey dans « la Machine animale », que pendant la course l'élevation tient bien plutôt à ce que les jambes se sont retirées du sol par l'effet de leur flexion au moment où le corps est à son maximum d'élevation.

Un chapitre important et méritant bien toute l'attention du clinicien est celui où l'auteur met en relief la fonction des différents groupes musculaires dans la locomotion. Cette connaissance exacte, indispensable au diagnostic d'une foule de paralysies partielles, ne peut être acquise d'une façon suffisante par la dissection. Nos connaissances sur les modifications apportées par la forme des surfaces articulaires dans les résultats mécaniques de la contraction des muscles, rendent l'exploration physiologique indispensable, soit par la méthode de l'électrisation localisée, comme l'a fait Duchenne, soit et mieux encore par l'inscription des mouvements qui correspondent à l'action de tels ou tels groupes de muscles. C'est ainsi qu'ont procédé Marey et Carlet, et ce moyen d'étude peut seul révéler l'association fonctionnelle ou l'antagonisme des muscles dans l'exécution des mouvements complexes de la marche, de la course, etc.; seul aussi il peut éclairer le diagnostic et permettre de préciser les groupes musculaires atteints par la paralysie.

D^r François FRANK.

(A suivre.)

VARIÉTÉS

Chronique de l'étranger.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES. — LE CENTENAIRE AMÉRICAIN. — LE CONGRÈS OPHTHALMOLOGIQUE. — LA « PUBLIC HEALTH ASSOCIATION. » — ÉTAT SANITAIRE DE BOSTON. — AUTOPSIE DES FRÈRES SIBOGH. — L'ENSEIGNEMENT DE L'HOMÉOPATHIE DANS L'ÉTAT DE MICHIGAN.

Il n'est question dans la presse des États-Unis que des magnifiques fêtes préparées pour le centenaire dont la célébration doit avoir lieu à Philadelphie. Nos confrères américains n'ont pas voulu rester en retard et sont en train d'organiser un immense meeting

médical qui tiendra sa session à la même époque que l'exposition universelle. La Gazette a déjà publié le programme du congrès qui sera présidé par le docteur Samuel Gross, et qui commencera le 4 septembre 1876 pour se terminer le 9.

Nous forons connaître les détails de l'organisation de cette fête scientifique aussitôt qu'ils nous parviendront.

C'est également en Amérique que se réunira cette année le congrès international d'ophtalmologie. The meeting aura lieu à New-York le 15 septembre 1876, quelques jours après celui de Philadelphie. Les savants qui visiteront cette ville à l'occasion du centenaire auront donc le temps de se rendre à New-York pour assister à la réunion des ophtalmologistes. Il n'est peut-être pas inutile de donner quelques détails sur cette association dont l'institution est toute récente. Voici un extrait du programme : « 1° Le congrès international a pour but unique l'avancement de la science ophtalmologique, il ne discutera aucune question étrangère à cette branche de l'art médical ; — 2° Le nombre des membres est illimité ; — 3° Les candidats doivent posséder le diplôme de docteur en médecine ou s'être distingués par des travaux scientifiques ; — 4° Le congrès aura lieu tous les quatre ans et durera 10 jours ; — 5° L'association ne donne pas de diplôme. Chaque membre recevra quelques jours avant l'ouverture de la session une carte donnant admission à tous les meetings après avoir payé la cotisation qui est fixée à 2 dollars. »

Les noms suivants choisis parmi les membres du congrès peuvent donner une idée de son importance : MM. Art et Stellwag, de Vienne; Giraud-Teulon et Wecker, de Paris; Helmholz, de Berlin; William-Bowman, George Critchett, R. Laebrich, W. Hulke et Soelberg-Wells, de Londres; Donders et Spaellen, d'Utrecht.

Pour au finir avec les congrès américains nous dirons quelques mots de la session annuelle de l'*American public health Association* qui a été tenue à Baltimore au mois de novembre dernier. L'Amérique suit depuis quelques années l'exemple de l'Angleterre et introduit chaque jour d'importantes modifications dans les lois relatives à la santé publique. Mais dans un pays où les États ont une législation indépendante du pouvoir central les réformes sanitaires ne peuvent s'introduire que graduellement. C'est ce qui a eu lieu en Amérique, grâce aux efforts de la *Public health Association*. Cette société vient d'organiser une commission chargée d'examiner l'état sanitaire des différentes provinces et de distribuer à toutes les municipalités de la République une espèce de cédule contenant une série de questions relatives à l'hygiène et à la santé publique. L'association fait ainsi, sous les auspices du gouvernement central, une utile propagande sur tous les points du territoire américain.

Ceci nous amène à parler d'un excellent rapport sur l'état sanitaire de Boston qui vient d'être publié par le docteur Thomas Curtis au nom de la commission médicale nommée par le *board of health* de la ville. La mortalité de Boston avait été considérable pendant ces dernières années et s'était toujours maintenue au-dessus de celle des autres villes des États. La proportion des décès, qui était en 1871 de 23,5 par 1000 habitants, s'est élevée en 1872 à 30,4 et s'est maintenue à 28,5 pendant l'année 1873. Ce chiffre est en effet très-élevé, surtout si l'on considère que la mortalité de Londres était en 1873 de 21,4 et celle de Paris de 24,1 par 1000 habitants. M. Curtis attribue cette haute mortalité à quelques épidémies de variole et de scarlatine et à ce fait que Boston possède plus que toute autre ville des États, une population étrangère qui fournit une mortalité élevée. Le tableau dressé à ce sujet et qui donne la mortalité proportionnelle dans les différentes races étrangères qui habitent Boston est des plus intéressantes. Nous y trouvons des exemples remarquables de prédisposition nationale pour certains malades et d'immunité nationale pour d'autres malades. Aussi les Irlandais qui constituent la plus grande partie de la population étrangère présentent une prédisposition extraordinaire pour les affections rénales et jouissent d'une immunité relative pour d'autres affections. En somme la mortalité est beaucoup plus considérable chez les étrangers et chez les descendants d'étrangers qui résident à Boston que chez les familles qui habitent la ville depuis une ou plusieurs générations.

— Le collège des médecins de Philadelphie vient de publier un volume de ses « transactions » qui contient plusieurs intéressants mémoires présentés au collège du 1^{er} avril 1874 au 1^{er} juin 1875. (*Transactions of the college of Physicians Philadelphia*, 1875.) Parmi ceux-ci nous citerons deux mémoires relatifs à l'autopsie des frères siamois qui fut pratiquée au mois de février 1874 par une commission nommée par le collège. Les lecteurs de la Gazette se souviennent que, peu de temps après la mort des jumeaux, les docteurs Harrison et Allen se rendirent à Mount-Airy et obtinrent

avec beaucoup de difficultés l'autorisation nécessaire pour pratiquer l'autopsie. Les veuves permirent cependant qu'on portât les corps de leurs époux à Philadelphie, à condition qu'on les ramènerait à Mount-Airy sans les avoir défigurés.

Le premier mémoire, présenté par le docteur Allen, contient quelques détails intéressants sur l'histoire *ante mortem* des frères Siamois. Chang et Eng, nés à Bangkok en 1811 d'un père chinois et d'une mère siamoise, appartenaient à la variété tératologique connue sous le nom de *omphalopagus azygodymus*. Ils se marièrent en 1843 et eurent à eux deux 22 enfants. Après avoir acquis une certaine fortune en Europe et en Amérique, ils achetèrent une ferme dans la Caroline du Nord, à Mount-Airy, et devinrent d'excellents agriculteurs. Ils étaient même fort habiles dans le maniement des instruments aratoires et se livraient avec dextérité aux exercices de la pêche et de la chasse.

Lors de leur dernier voyage en Europe, Chang, un des deux frères qui s'adonnaient depuis quelque temps à l'alcoolisme, eut une attaque d'hémiplegie du côté droit qui lui laissa quelque gêne dans la marche. Ils revinrent néanmoins en Amérique où ils reprirent leurs travaux champêtres. Au mois de janvier 1874 Chang succomba aux suites d'une broncho-pneumonie. Les deux frères s'étaient retirés dans leur chambre et s'étaient endormis, lorsqu'un de leurs enfants s'aperçut que Chang était mort ; il avertit immédiatement Eng qui dormait encore. Celui-ci s'écria : « Je suis perdu. » On essaya de le rassurer, mais il ne tarda pas à tomber dans une grande agitation qui fut suivie d'une syncope. Il expira deux heures après la mort de son frère.

Quelques détails anatomiques concernant l'autopsie des frères Siamois ont été exposés dans la Gazette en 1870 et le manque d'espace ne nous permet pas de revenir sur cette question. Dans un autre mémoire M. Pancoast donne une excellente description anatomique de la bande qui unissait les deux frères et enretra quelques déductions pathologiques. L'opération chirurgicale nécessaire pour séparer les jumeaux aurait été présentée quelques chances de succès ? A cette question qui avait excité autrefois tant de controverses parmi les chirurgiens européens, M. Pancoast répond par la négative. La bande était en effet traversée par des vaisseaux péritonéaux et par des vaisseaux importants qui faisaient communiquer les deux frères. M. Pancoast pense cependant que l'opération eût été justifiable pendant la première enfance, et qu'après la mort de Chang il eût été indiqué d'appliquer sur la bande une forte ligature et de pratiquer ensuite la section. Il est en effet permis de supposer que la vie de Eng eût pu être conservée par ce procédé, car il jouissait d'une santé parfaite au moment de la mort de son frère qui survint, comme nous l'avons dit, pendant son sommeil et sans qu'il s'en aperçût.

— Les grandes polémiques qui ont agité l'état de Michigan à propos de l'homœopathie viennent de se terminer par un compromis. La législature de cet Etat avait passé un *bill* dans le but d'instituer une école de médecine homœopathique ; mais comme les fonds étaient insuffisants et le nombre des élèves peu considérable, on se contenta de créer un département spécial dans l'ancienne Université où l'on avait toujours professé les doctrines allopathes. Cette décision, dont la sagesse est certainement contestable, souleva une grande opposition et occasionna quelques démissions de la part du corps enseignant régulier. Les choses finirent cependant par s'arranger, et les doctrines des allopathes et des homœopathes sont aujourd'hui professées sous le même toit. Quelques personnes pensent que ce système amènera de bons résultats et que les élèves qui suivent à la fois les cours des deux écoles arriveront facilement à distinguer le vrai du faux et se rattacheront inévitablement aux saines doctrines de la médecine ordinaire.

J. L.

FACULTÉ. PRÉCIPUT DES DOYENS. — Par décret en date du 14 janvier, le préciput des doyens des Facultés de théologie, de droit, de médecine, des sciences et des lettres, et le préciput des Ecoles supérieures de pharmacie est fixé à 1000 fr., à partir du 1^{er} janvier 1876.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. CHAIRES NOUVELLES. — Sur un rapport de M. Broca, et après une assez longue discussion, l'assemblée des professeurs a voté ce principe ; que, au lieu des chaires dites *complémentaires* proposées dans le rapport de M. Chauffard (voyez le rapport, *Gaz. hebdom.*, n° 48, 737), il serait institué de nouvelles chaires, du même ordre que celles qui existent déjà, pour l'enseignement de

certaines spécialités. Mais rien n'est encore fait quant à la détermination de ces chaires nouvelles et spéciales, dont chacune doit être l'objet d'un vote particulier.

Liste des prix de la Faculté pour l'année 1874-1875.

La Faculté avait à décerner pour 1875 :

1° Les prix provenant des libéralités de : MM. le baron Trémont, de la valeur de 1000 fr. ; le baron Barbier, de la valeur de 2000 fr. ; la comtesse de Chatauvillard, de la valeur de 2000 fr. ; Corvisart (médaillon) 400 fr.

2° Les prix pour les thèses les plus remarquables soutenues devant elle pendant l'année.

Dans ses séances des 2 et 9 décembre, l'Assemblée de la Faculté a entendu les rapports des Commissions chargées d'examiner les titres de chacun des candidats et elle a dressé la liste des lauréats. Cette liste a été approuvée par M. le ministre de l'Instruction publique par décisions des 30 novembre, 8 décembre, 23 décembre 1875, et 13 janvier 1876.

1° PRIX TRÉMONT. (Commission : MM. Wurtz, doyen, Bouchard, Depaul et Vulpian.) Ce prix, de la valeur de 1000 fr., a été partagé en parties égales entre deux étudiants également méritants et remplissant les conditions du legs.

2° PRIX BARBIER. (Commission : MM. Richet, Dolbeau, Trélat, Vulpian et Le Fort.) La somme de 2000 fr., provenant de ce prix, a été répartie, à titre d'encouragements, entre les personnes dont les noms suivent : M. Trouvé, fabricant d'appareils électriques (750 fr.) ; M. Faucher, fabricant d'appareils électriques (750 fr.) ; M. le docteur Laitoux, aide de clinique (300 fr.) ; M. Bénac, fabricant de sondes, de bougies, etc. (200 fr.).

3° PRIX CHATAUVILLARD. (Commission : MM. Lorain, Charcot, Verneuil.) M. le docteur Pinard, chef de clinique à l'Hôpital des Cliniques, une somme de 1500 fr. à titre de récompense pour sa thèse inaugurale ; Des vies de conformation du bassin étudiés au point de vue de la forme et des diamètres ; M. le docteur Barély, une somme de 1500 fr. à titre d'encouragement pour sa thèse ayant pour titre : L'adénopathie trachéo-bronchique en général, et en particulier dans la scrofule et la phthisie pulmonaire.

4° PRIX CORVISART. (Commission : MM. Béhier, Lasègue, G. Sée.) La question proposée était : des péritonites non purpérales. La Faculté partage le prix de 400 fr., par portions égales de la manière suivante : 1° Une médaille de 200 fr. à M. Monod (Frédéric), né à Marseille (Bouches-du-Rhône), le 27 janvier 1852, externe à la Pitié ; 2° Une médaille de 200 fr. à M. Gautéch (Jean-Baptiste), né le 15 mars 1846, à Paris, externe à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Les prix LACAZE et MONTYON n'ont pas été décernés.

7° THÈSES RÉCOMPENSÉES. (Commission : MM. Béclard, Broca, Charcot, Regnaud.) La Commission a eu à examiner 78 thèses qui avaient mérité les notes *extrêmement et très-satisfait*. Elle a distingué particulièrement 44 thèses qu'elle a partagées en trois classes, conformément à la liste ci-après : Les 44 récompenses accordées se composent de 5 médailles en argent, 15 médailles en or bronze et 24 mentions honorables. Le défaut d'espace ne nous permet pas de mentionner le titre de toutes les thèses ; nous donnons seulement celui des thèses de 1^{re} classe.

1^{re} classe. (Médailles d'argent.) La 1^{re} classe a été réservée à celles de ces thèses dans lesquelles les auteurs ont mis en lumière un fait nouveau, un sujet original. MM. Couturier (L.-J.-J.). De la glycosurie, dans le cas d'obstruction totale ou partielle de la veine porte ; Exchaquet (T.), D'un phénomène stéthoscopique propre à certaines formes d'hypertrophie simple du cœur ; Gallipé (M.-L.-V.), Etude toxicologique sur le cuivre et ses composés ; Homolle (S.-G.), Des scrofules graves de la muqueuse bucco-pharyngienne ; Verneuil (R.-P.), Le bassin suivant les sexes et les races.

2^e classe. (Médailles de bronze.) MM. Boucheron (H.-A.), Cordier (J.-S.), Dubergé (A.-F.), de La Bellière (T.), Duchamp (L.-G.), François-Frank (C.-A.), Fiaux (F.-L.), Glénard (C.-M.-F.), Hearn (A.-W.), Hocquard (C.-E.), Lebeau (L.-A.), Magnier de la Source (H.-L.-E.-V.-F.), Morice (A.-J.-C.), Sevastopoulo (N.) Viguier (A.-F.-C.).

3^e classe. (Mentions honorables.) MM. Appay (C.-E.), Barbier (J.-A.), Bourdon (E.-P.-F.-R.), Cadiat (L.-M.-D.), Chevalet (H.-C.),

De Cours (A.-J.), Dumas (P.), Foix (P.), Franceschini (F.-A.), Girardot (C.-J.-A.-J.), Goguel (Y.-A.), Labarraque (E.-F.), Martin (M.-E.), Pasturand (V.-M.-D.), Percheron (F.-E.), Petit (G.-L.-H.), Mohammed Radouan, Sainte-Marie (G.-J.-L.), Tridon (E.), Vaffier (M.-L.-A.), Weill (A.).

Nous donnerons dans le prochain numéro la liste des prix de la Faculté pour l'année scolaire 1875-1876.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Hardy, professeur de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur de clinique médicale à ladite Faculté, en remplacement de M. Bouillaud, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite. (Décret.)

— M. Chauffard, professeur de pathologie et thérapeutique générales à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1875-1876, par M. Rigal, agrégé. M. Lancereux, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé, pendant l'année scolaire 1875-1876, du cours de clinique médicale à ladite Faculté.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE. (Assemblée générale annuelle de la Société centrale.)

Hier, dimanche, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, a eu lieu l'Assemblée générale annuelle de la Société centrale, sous la présidence de M. Henri Roger. L'honorable Président était entouré de tous les membres de la Commission administrative de la Société centrale et d'un assez grand nombre de sociétaires civils et militaires.

M. le Président Henri Roger a ouvert la séance par un discours dans lequel il a officiellement annoncé la retraite si regrettable de M. Tardieu et dont voici les derniers paragraphes :

Chers collaborateurs, continuons nos secourables offices à l'égard des vœux de la profession ; que notre charité ne se borne pas à l'appui matériel ; qu'elle soit, vis-à-vis des infortunes profondes et imméritées, qu'elle soit aimante et consolatrice ; qu'elle relève les injustement malheureux, qu'elle les soutienne par les constants efforts d'une dilaction persévérante. Quant à moi, Messieurs, je veux donner une sanction à mes paroles, et à mes conseils une sanction une conclusion pratique : je prie donc M. Brun de verser aujourd'hui, à mon nom, dans la caisse des pensions viagères, une somme de cinq cents francs ; je suis sûr qu'il ne m'en voudra pas de venir, au dernier moment, déranger ses comptes de cette façon ; car notre trésorier est, avant tout, un comptable « aux entrailles de père. » Telle est, chers collègues, la péroraison de mon discours ; elle m'a été inspirée par Bossuet, qui a dit éloquentement : « Les œuvres parlent à leur manière et d'une voix bien plus forte que la bouche même ; c'est là que parait tout le fond du cœur. » Au 31 décembre 1875 l'avoir de Société centrale se compose de : 1° Capital disponible. Fonds de réserve à la Caisse des dépôts et consignations 40 000 francs. Somme en caisse du trésorier 2 966 fr. 06 c. 2° Capital non disponible (pour cotisations perpétuées). 258 francs de rente 3 p. 100 ; 110 francs de rente 5 p. 100 ; une obligation du chemin de fer des Ardennes, produisant 15 francs de rente. Au total de la Société centrale au 1^{er} janvier 1876, 42 966 fr. 06 c., plus, 383 de rente.

M. Amédée Latour a ensuite annoncé la mort de Caffé, qui était si sympathique à l'Association et qui a fait un don de 20 000 francs à la caisse des pensions viagères, payables au décès de M^{me} Caffé,

CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES (5^e session, Genève, 1877). — Selon le vœu exprimé à Bruxelles par le dernier Congrès périodique des sciences médicales, et en exécution de la décision prise par les médecins suisses réunis à Olten, la ville de Genève a été désignée comme siège de la cinquième session du Congrès. Un comité d'organisation a été nommé par la Société médicale du canton de Genève, de concert avec la section scientifique de l'Institut national genevois. Ce comité est ainsi composé : *Président* : M. le professeur C. VOLT ; *Vice-président* : M. le docteur Cl. LOMBARD ; *secrétaires généraux* : M. le docteur PREVOST ; *secrétaires adjoints* : MM. les docteurs d'ESPINÉ et REYDENN ; *membres* : M. le professeur MAYOR, MM. les docteurs DUNANT, FIGUÈRE, JULLIARD fils, RUYLLIOT.

Le Congrès, exclusivement scientifique, durera une semaine ; il s'ouvrira le dimanche 9 septembre 1877. La langue officielle sera

le français. Toutes les communications relatives soit au Congrès, soit aux questions qui pourront faire l'objet de ses délibérations, seront reçues avec reconnaissance par le comité. Elles devront lui être adressées avant le 1^{er} juin 1876, époque à laquelle le comité fixera définitivement les statuts, le programme et nommera les rapporteurs.

Le Congrès s'ouvrira sous les auspices du Conseil fédéral suisse et des autorités du canton et de la ville de Genève.

Pour le comité : *Le Président*, professeur C. Vogt ;
Le Secrétaire général, docteur Prevost.

N. B. — Toutes les communications relatives au Congrès doivent être adressées au secrétaire général, docteur Prevost, à Genève.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — SÉANCE ANNUELLE. — La séance annuelle et publique de chirurgie a eu lieu le mercredi, 19 janvier.

M. le docteur Le Fort, président, a prononcé un discours dans lequel il a rappelé la mémoire des deux membres de la Société décédés dans l'année, les docteurs Demarquet et Giraldès. M. le docteur Sée, secrétaire annuel, a présenté son rapport sur les travaux de la Société pendant l'exercice 1875 ; il a ensuite proclamé les noms des lauréats dans les prix à distribuer.

M. Martin, interne des hôpitaux, a obtenu le *prix Duval*, destiné à l'auteur de la meilleure thèse. Le *prix Laborie*, offert à l'auteur du meilleur mémoire sur un sujet médical indiqué par la Société, a été décerné à M. Martinet, également interne des hôpitaux. La séance a été terminée par un discours de M. le docteur Guyon, secrétaire perpétuel. Ce discours avait pour sujet l'éloge de Nélaton.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — Le bureau de la Société, pour l'année 1876, est ainsi constitué : *Président*, M. Duménil. — *Vice-président*, M. Billod. — *Secrétaire général*, M. Motet. — *Secrétaires particuliers*, MM. Bouchereau et Collinoux. — *Trésorier architecte*, M. Vosin. — *Membres du comité de publication et du conseil de famille*, MM. J. Falret, Dagonet, Blanche et Loiseau.

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR. — Le *Journal officiel* du 27 janvier contient un décret relatif aux conditions et formalités à remplir pour l'ouverture de cours isolés ou d'établissements libres d'enseignement supérieur, et un autre décret concernant les conditions d'admission aux cours isolés.

NOUVEAU JOURNAL. — Un nouveau journal de médecine hebdomadaire vient de paraître à Londres sous le nom de *MEDICAL EXAMINER*. Il est dirigé par le docteur J. Milner-Fothergill, et s'est assuré les concours de collaborateurs nombreux et distingués.

REMÈDE SECRET. — **SINOP DE CABORY.** **CONdamnATION.** M. le docteur Bourloncel, demeurant à Paris, et M. Martin, pharmacien, sont prévenus d'avoir annoncé et vendu, sous le titre de « *Sinop de Cabory* », un remède secret dont la formule n'est pas inscrite au Codex. M. Bourloncel a reconnu qu'il prélevait un bénéfice sur la vente du sirop, dont la formule est à peu près celle de la tisane royale. Ces deux prévenus ont été condamnés chacun à 100 francs d'amende.

NÉCROLOGIE. — On n'a, au compte rendu de la séance annuelle de la *Société centrale* (ci-dessus) que, le corps médical vient de faire une perte douloureuse dans la personne de M. le docteur Caffé, le doyen de la presse française, dont les jugements en matière de droit et de devoirs professionnels avaient une si grande autorité et qu'il s'était fait une notoriété si légitime en oculistique. N'ayant pas assisté à la séance de la *Société centrale*, nous n'avons connaissance de cette nouvelle qu'au moment de mettre sous presse.

— On annonce aussi la mort de M. le docteur Passaguay chirurgien en chef de l'hospice de Lons-le-Saulnier, secrétaire de la Société des médecins du Jura. Il était né à Saint-Amand en 1807. Les derniers adieux lui ont été adressés par M. le docteur Bergerac, président de la Société des médecins, M. le docteur Chaland, et M. Gauthier sous-intendant militaire.

— On lit dans le *NOUVELLISTE DE ROUEN* du 19 janvier 1876 : « Nous apprenons la mort de M. le docteur Bulard, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Bordeaux. M. le docteur Bulard n'était âgé que de quarante-huit ans. »

LABORATOIRE DE L'ÉCOLE PRATIQUE. — **VISITE DE M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.** — M. le ministre de l'Instruction publique a fait, jeudi dernier, une visite aux laboratoires de l'École pratique. Il était accompagné de M. le doyen Vulpien, de M. Pinel, secrétaire de la Faculté, et de M. Wallon fils, Bailly, secrétaire général de l'Administration et de l'Assistance publique. Le préparateur du laboratoire de physiologie, M. Laborde, lui a rappelé que dans ce réduit, deux de ses prédécesseurs, Legros et Miron, avaient trouvé la mort. M. le ministre a paru frappé de l'exiguïté et des périls de cette installation.

VÊTEMENTS INCOMBUSTIBLES. — Dans une des dernières représentations du théâtre Alexandra de Sheffield le feu prit aux vêtements d'une jeune danseuse qui succomba quelques heures après l'accident. *Le Lancet* fait remarquer que les accidents ne devraient plus avoir lieu aujourd'hui et que la police devrait veiller à ce que les vêtements des danseuses soient préparés avec des substances incombustibles. Celles-ci sont en très-grand nombre : le chlorure, le sulfate d'ammonium, l'alun, etc. ; mais la plus avantageuse est constituée par du tungstate, neutre de sodium mélangé avec 3 pour 100 de phosphate de soude. On emploie une solution au vingtième qui n'altère ni le tissu ni la couleur, de l'étoffe, et la rend parfaitement incombustible. Cette solution est employée dans les blancheries des châteaux royaux.

THERMES DE PLOMBIÈRES. — Le *JOURNAL OFFICIEL* du 26 janvier publie le projet de loi présenté le 9 décembre 1875 à l'Assemblée nationale, et relatif à des modifications des tarifs de la compagnie fermière. Le projet tend à déclarer définitive l'augmentation de tarif provisoirement établie par la loi du 18 juillet 1873, et qui a permis à la compagnie de se relever en partie d'une situation des plus embarrasées.

MALADIES MENTALES ET NERVEUSES. — M. le docteur Ball, agrégé de la Faculté, commencera son cours sur les maladies mentales et nerveuses, le samedi 29 janvier, dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine, à huit heures du soir, et le continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure.

COURS. — M. le docteur Joffroy commencera son cours de pathologie interne, à l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, le jeudi 31 janvier 1876, à quatre heures, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

— M. le docteur Martin-Damourette commencera de nouveaux cours pour la préparation aux 3^e et 4^e examens de doctorat, le jeudi 3 février, à une heure.

Etat sanitaire de Paris :

Du 14 au 20 janvier 1876, on a constaté 1049 décès, savoir :
Variolo, 8. — Rougeole, 3. — Scarlatine, 2. — Fièvre typhoïde, 29. — Erysipèle, 2. — Bronchite aiguë, 44. — Pneumonie, 99. — Dysentérie, 0. — Diarrhée cholériforme des enfants 1. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine conennense, 10. — Croup, 15. — Affections puerpérales, 5. — Autres affections aiguës, 312. — Affections chroniques, 451, dont 171 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 43. — Causes accidentelles, 22.

SOMMAIRE. — PARIS. Académie de médecine : La leucocytose morbide. — COCHÉ PUBLIS. Collège de France : Des méthodes expérimentales. — Syphilis. — Leçons sur l'économie et l'hygiène des systèmes à forme intermittente. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de biologie. — Société de thérapeutique. — REVUE DES JOURNAUX. Collection paraissant hebdomadairement le dimanche. — Nouveau procédé pour remplacer la transfusion de sang après les hémorragies et post partum. — BIBLIOGRAPHIE. Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée de l'homme et des animaux. — VARIÉTÉS. Chronique de l'étranger. — Prix de la Faculté.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOQUE

Adresser ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 3 février 1876.

Académie des sciences : DES MOUVEMENTS DES VAISSEAUX ET DE LEUR INSCRIPTION : M. MOSSO.

Le travail du docteur Mosso (de Turin) SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE POUR INSCRIRE LES MOUVEMENTS DES VAISSEAUX SANGUINS CHEZ L'HOMME, présenté à l'Académie des sciences par le professeur Cl. Bernard dans la séance du 24 janvier, a justement attiré l'attention, et les procédés rigoureux employés par l'auteur pour transmettre à un appareil enregistreur les dilatations et les resserrements des vaisseaux d'une portion de membre donnent à ses recherches une valeur incontestable. Nous saisissons avec d'autant plus d'empressement l'occasion de présenter quelques considérations relatives aux expériences de Mosso que nous avons pu apprécier par nous-même la précision de sa méthode et la netteté des résultats qu'elle fournit.

Nous dirons tout d'abord que le principe de tous les appareils employés depuis Poiseuille pour étudier les dilatations et les resserrements des vaisseaux est le même que le sien. Comme Poiseuille le faisait pour une artère isolée, on enferme dans un appareil exactement rempli d'eau un organe vasculaire ou une portion de membre. Un tube implanté sur l'appareil établit seule communication avec l'air extérieur, et les déplacements de l'eau dans ce tube correspondent à des changements de volume du tissu vasculaire immergé. C'est à des appareils à déplacement semblables qu'a eu recours le docteur Piégu en 1846 quand il a, le premier, indiqué les doubles mouvements des membres comparables aux doubles mouvements du cerveau. En Allemagne, Chelius, en 1850, se servit d'appareils identiques pour étudier les mêmes phénomènes, mais ajouta la suspension libre du cylindre qui contenait la main et l'avant-bras, pour atténuer les causes

d'erreur qui tenaient aux petits mouvements du corps ou du membre en expérience.

Avec Fick en Allemagne et Ch. Buisson en France, commença quelques années plus tard l'application de la méthode graphique à l'étude de ces mouvements vasculaires, et c'est dans cette voie qu'ont depuis continué les recherches, peu nombreuses du reste, faites sur le même sujet; Mosso a perfectionné la méthode et en a généralisé l'emploi; n'a connu les travaux de ses devanciers ou de ses contemporains que tout récemment, quand ses expériences étaient achevées.

Ce qui distingue l'appareil de Mosso de tous ceux dont nous avons parlé, c'est qu'il sert à étudier les changements de calibre que les vaisseaux peuvent affecter en dehors de l'influence rythmée du cœur, leurs variations indépendantes: tous les autres, depuis celui de Piégu jusqu'à celui de Buisson, dont nous nous sommes servi nous-même, sous la direction du professeur Marey, ont été employés comme explorateurs du pouls, des membres, c'est-à-dire qu'on peut constater avec eux les pulsations totalisées des petits vaisseaux contenus dans les régions immergées.

Le « Plétismographe » de Mosso se compose essentiellement d'un long cylindre de verre couché sur une tablette librement suspendue et dans lequel on introduit la main, l'avant-bras et le coude. Quand l'appareil est rempli d'eau par une tubulure placée en haut, on ferme hermétiquement au-dessus du coude l'une des extrémités du cylindre avec un manchon de caoutchouc épais; l'autre extrémité donne passage à un tube de petit calibre qui se recourbe à angle droit et plonge dans une éprouvette. On prévoit déjà que chaque augmentation de volume du membre déplacera une quantité d'eau proportionnelle à la valeur de la modification produite, et inversement que chaque diminution de volume de la main et de l'avant-bras rappellera dans le cylindre qui les contient un nombre de centimètres cubes d'eau correspondant à la quantité de sang chassée du membre par le resserrement de ses vaisseaux. On pourrait, de

FEUILLETON

A propos d'un discours académique de M. le professeur Tourdes, de Nancy.

Il y a bientôt un an, le 27 mai 1875, l'Académie de Stanislas, à Nancy, était au complet. Chacun de ses membres avait eu à cœur d'assister à la réception de M. le professeur Tourdes, qu'on savait devoir payer sa bienvenue par un discours se référant à l'histoire de la médecine en Lorraine: ORIGINES DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL EN LORRAINE; LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PONT-À-MOUSSON (broch. in-8 de 88 pages; Paris, Berger-Levrault et G. Masson), tel est le programme que le savant récipiendaire devait développer devant ses nouveaux collègues. C'était une bonne fortune, tant à cause des qualités de l'auteur qu'à cause du sujet choisi. Les applaudissements ne lui ont pas manqué; en vérité, ils étaient bien mérités. On

2^e SÉRIE, T. XIII.

voulut aussi rendre un pieux hommage à l'ex-professeur de Strasbourg, à l'Alsacien rejeté par nos malheurs au delà des Vosges, et qui eut au moins la consolation de s'arrêter le plus près possible de la terre natale.

Ceux qui savent par expérience combien il est difficile de dégager du voile qui les recouvre les origines et les développements des compagnies savantes, apprécieront le travail que nous annonçons ici aux érudits. Il était impossible, dans un simple discours, de mieux raconter l'histoire de cette curieuse université lorraine, laquelle, fondée en 1572, y fleurit jusqu'en 1768, époque où le centre des études est porté à Nancy. Sous une forme concentrée, claire et littéraire, on voit l'université se fonder sous les inspirations du cardinal de Lorraine et du duc Charles III. La théologie, les arts, y plantent d'abord leur drapeau, puis le droit, enfin la médecine. Honneur à Toussaint Fournier! Ce fut lui qui, le 25 octobre 1592, ouvre dans sa maison, sur la rive gauche de la Moselle, des cours de médecine. Six ans après, Charles Lepois, médecin

5 1876-1875

cette façon, évaluer le débit et la rentrée du liquide directement, en suivant les indications d'une burette graduée. Mais Mosso a imaginé de suspendre son éprouvette à l'aide d'un contre-poids qui lui est relié par un fil se réfléchissant sur une poulie très-mobilité. L'éprouvette est ainsi maintenue en équilibre et plongée par sa partie inférieure dans un vase contenant de l'eau alcoolisée. Si les vaisseaux du membre immergé se dilatent et déplacent 5 centimètres cubes d'eau, l'éprouvette plongera d'une quantité donnée, le contre-poids remontera de la même quantité. Or, ce contre-poids porte une pointe écrivant sur un cylindre tournant autour d'un axe vertical ou sur la bande du kymographe de Ludwig; par conséquent, toute courbe ascendante tracée sur le papier qui se déplace régulièrement au devant du style correspond à une augmentation de volume, à une dilatation vasculaire, et vice versa; chacun de ces courbes affecte une hauteur facile à déterminer au-dessus d'une ligne horizontale servant d'abscisse, et c'est en comparant les diverses ordonnées de cette courbe que Mosso peut évaluer avec rigueur la valeur numérique d'une série de variations aux différents instants d'une expérience.

Nous n'insisterons pas davantage sur les détails de l'appareil qu'il serait trop long d'exposer sans figure, et, du reste, nous avons hâte de rappeler quelques-uns des résultats obtenus par Mosso.

La GAZETTE a déjà indiqué à ses lecteurs (n° 50, 1875, p. 796) les conclusions des recherches que l'auteur a exécutées avec un appareil du même genre sur les effets que produit la circulation artificielle d'un sérum chargé de tel ou tel principe toxique ou médicamenteux dans un organe isolé. Chez l'homme, dont les variations circulatoires nous intéressent seules ici, on voit se produire, sous des influences très-variées, des réactions vasculaires considérables, étudiées par Mosso dans les membres supérieurs et inférieurs, mais évidemment étendues à tout l'organisme quand la cause qui les produit est de nature à influencer le système vasculo-moteur tout entier.

Ainsi, d'après Mosso, une émotion, l'activité cérébrale, etc., ralentiraient immédiatement sur les vaisseaux de petit calibre qui se resserreraient sous cette influence. Les tracés qui accompagnent son texte sont assurément très-convaincants au point de vue de la diminution de volume subie par l'organe en expérience; mais je ne puis, en songeant aux rapports si directs du cœur et du cerveau, m'empêcher de demander si cette diminution de volume des or-

ganes périphériques, sous l'influence d'un travail intellectuel rapide ou d'une émotion soudaine, ne pourrait pas tout aussi bien être rapportée à une diminution dans l'action cardiaque, dans le débit du ventricule gauche, qu'à un resserrement primitif des vaisseaux périphériques?

L'influence réflexe du froid appliqué à la main gauche sur les vaisseaux de la main droite me semble beaucoup mieux établie, et ce fait, que les recherches de Brown-Séquard et Tholozan, ainsi que de quelques autres physiologistes d'une grande valeur, n'avaient point absolument mis en évidence avec l'exploration thermométrique, paraît maintenant parfaitement net, grâce à la méthode de Mosso.

Il en est de même des effets de l'excitation faradique sur le resserrement vasculaire. Mosso a su admirablement discuter et interpréter ces résultats. Le retard de la contraction sur le moment de l'excitation, la prolongation de ce resserrement après que l'excitation a cessé, la fatigue des muscles vasculaires, tous ces points sont étudiés avec la plus grande netteté.

Nous ne pouvons suivre le docteur Mosso dans la discussion du mécanisme par lequel la respiration agit sur la circulation périphérique, faisant diminuer le volume du membre en expérience pendant une inspiration forte, amenant une augmentation pendant l'expiration. Nous dirons seulement que les conditions mécaniques de la circulation dans les gros troncs vasculaires intra-thoraciques et intra-abdominaux, conditions alternativement favorables et défavorables au cours du sang dans ces troncs principaux, paraissent mériter une attention au moins aussi sérieuse que celle que Mosso semble disposé à accorder à la composition variable des gaz du sang.

Dans l'étude des influences mécaniques, s'exerçant localement sur la circulation de l'organe en expérience, l'effet de la compression de l'artère principale et celui que provoque la cessation brusque de la compression forment un intéressant chapitre. Quand on comprime l'artère humérale, le volume de la main et de l'avant-bras diminue, les vaisseaux s'affaissent; quand cesse la compression; ces mêmes vaisseaux sont tout d'un coup distendus par le sang qui afflue sous une forte pression. Ils se laissent distendre au delà de leur calibre habituel, mais bientôt, leur force contractile se rétablissant, ils reviennent à leur calibre ordinaire, et le membre présente les oscillations de volume correspondantes à ces variations. Pour Mosso il y a plus: pendant la compression de l'artère principale, il s'opère dans les parois vasculaires un trouble nutritif qui leur enlève de leur tonicité, et ce tonus ne reparait

ordinaire du due, organisait la Faculté et en était le premier doyen. M. Tourdes paye un juste tribut d'hommages à ce savant homme qui est la plus grande personnalité médicale de la Lorraine. Dès l'année 1603, l'université comptait 1600 élèves, en 1607, 2000; une chaire d'anatomie y est créée; la chirurgie entre dans le programme des études, non moins que la pharmacie, la thérapeutique, l'histoire naturelle; un jardin botanique s'éleva; le système du concours pour le professorat est établi; rien enfin ne manque pour que la Faculté lorraine acquière dans le monde un grand éclat; et par là ne suscite contre elle de sérieuses jalousies de la part des autres centres médicaux du royaume, et surtout de l'école de Paris. M. Tourdes a touché quelques mots de ces mauvais sentiments; qu'il nous permette de raconter, d'après des documents, la plupart inédits, et que nous avons pu consulter, une histoire dans laquelle se couloient le sérieux et le comique; et qui a eu dans son temps un grand retentissement; je suis convaincu que le professeur de Nancy ne nous saura pas mauvais gré de prendre

occasion de son remarquable travail pour lui dévoiler des faits qui se rattachent directement à la Faculté dont il a si curieusement et si habilement esquissé les annales.

Les registres originaux de l'ancienne Faculté de médecine de Paris signalent plus d'une fois les rapports qui se sont établis entre les suppôts de la rue de la Bûcherie et ceux des autres Facultés du royaume; rapports dont nos pères se sont montrés fiers; et qu'ils ont voulu transmettre à la postérité avec tous les détails capables de faire connaître le rôle qu'ils jouaient dans le monde médical. Il est incontestable qu'à Paris la gravité des études était telle que beaucoup de jeunes gens, n'osant y affronter les actes probatoires, allaient frapper à la porte d'autres universités et obtenaient là, avec une facilité souvent déplorable, un titre de docteur qui en imposait à la foule. Les chirurgiens surtout étaient d'autant plus friands de ces diplômes qu'ils espéraient pouvoir sous leur protection

que quand tout le sang chargé non-seulement d'acide carbonique, mais surtout des principes de déassimilation des tissus, a été renouvelé par les afflux artériels qui suivent la décompression.

D'après les quelques exemples que nous venons de rappeler brièvement, on voit combien est féconde l'exploration des changements de calibre des petits vaisseaux, surtout dans les conditions de précision où les a étudiés Mosso. Les faits se livrent tels qu'ils sont à l'étude, et si leur interprétation varie, on a du moins des bases solides pour la discussion. C'est du reste une conviction chez plusieurs de nos maîtres, que ce genre d'études doit conduire à une connaissance très-précise d'un grand nombre de phénomènes vasculaires, parmi lesquels les actions vaso-motrices tiennent la première place.

Dr François FRANK.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale.

PLAIE PAR ARRACHEMENT DE LA FACE INTERNE DU BRAS GAUCHE.

— DÉCHIRURE DE L'ARTÈRE HUMÉRALE ET DU NERF MÉDIAN. — LIGATURE DES DEUX BOUTS DE L'ARTÈRE. — SUTURE PAR RAPPROCHEMENT ET INTRICATION DU NERF MÉDIAN DIVISÉ AVEC LES FILETS DU NERF CUBITAL SAIN; GUÉRISON AVEC RÉCUPÉRATION DE LA PLUS GRANDE PART DES MOUVEMENTS PERDUS (observation recueillie dans le service de M. Després par M. MARCHANT, interne des hôpitaux).

Obs. — Le nommé Marek (Emile), cartonnier, âgé de dix-huit ans, entré à l'hôpital Cochin, lit n° 21.

Ce jeune garçon est employé dans une fabrique de cartonnerie : au moment où il plaqait une courroie pour mettre la drague en mouvement, il a été saisi par cette courroie d'abord par la manche, puis par son bras, et fut subitement enlevé du sol. Son bras gauche a été conduit entre un des arbres de transmission et le mur : à ce niveau se trouvait sur cet arbre un écorç large de 2 centimètres, haut de 4 environ, fixé à cet arbre et tournant comme lui, lequel, dans ses mouvements de rotation, pressait, attirait et enfin déchirait et lacérait les tissus à la face interne du bras. Les quelques instants pendant lesquels ce blessé est resté ainsi suspendu ont suffi pour amener de graves désordres. Lorsque la machine fut arrêtée, il avait perdu une quantité assez considérable de sang et était tombé sans connaissance.

Il a été transporté à l'hôpital Cochin vers sept heures et demie du matin. Au moment de la visite de M. Després, on constate les désordres suivants :

À la partie moyenne et à la face interne du bras gauche, il existe une plaie longitudinale de 12 centimètres de longueur, sur 4, ou 5 de

large parallèlement à l'axe du bras dont elle occupe la moitié inférieure; la peau est rétractée, et la section n'est pas nette, ses bords sont déchiquetés. Au fond de la plaie, on aperçoit des muscles dont la gaine est ouverte, mais intacts cependant : c'est le biceps et son bord interne, au-dessous le triceps ; au niveau des deux commissures de la plaie flottent des cordons rougeâtres, effilés, qu'on reconnaît appartenir à des vaisseaux et à des nerfs ; un cordon blanchâtre sain se trouve accolé au triceps ; c'est le nerf cubital qui a échappé au traumatisme ; plus d'hémorragie, mais toute vaine des tissus.

Restait à constater l'étendue des désordres et à intervenir. La gaine vasculaire nerveuse était évidemment ouverte, et ses éléments dissociés. Quel était le degré d'altération de chacune de ses parties constitutives ?

Et d'abord l'artère humérale : le siège de la plaie faisaient déjà pressentir que cette artère était intéressée ; et en effet les battements du pouls ne peuvent plus être perçus ni au niveau de la radiale ni de la cubitale ; cependant la main a conservé sa coloration normale, et le malade ne se plaint que d'un sentiment de froid : il y avait donc lieu d'admettre une rupture de l'artère, puisqu'on ne la sentait plus battre dans la plaie, mais il fallait trouver ses débris. Le bout inférieur est beaucoup plus long que, le bout supérieur ; de plus, il est effilé, tout à fait en fuseau, comme le verre chauffé à la lampe d'émailleur ; la section d'une partie de ce bout inférieur, et après que M. Després y a porté une ligature, révèle manifestement le mécanisme de l'hématose dans les plaies de ce genre.

Les deux téniques internes sont revenues sur elles-mêmes, reproquillées et remplissent la lumière du vaisseau. Mais il était nécessaire de trouver et de lier le bout supérieur. Par exclusion, après tâtonnement, M. Després aperçoit dans le haut de la plaie encore renfermée dans la gaine un cylindre noir, semblable à un boudin et gros comme une plume de corbeau, entouré par une masse ecchymotique et un caillot environnant. C'est le bout supérieur de l'artère. Porter une ligature sur ce bout coagulé était s'exposer à une hémorragie secondaire ; aussi M. Després n'hésite-t-il pas à isoler cette artère de sa gaine et au delà du caillot. La dissection permet d'arriver sur un point de l'artère, moins noir que les autres ; c'est là qu'est posée une première ligature d'attente. La dissection est continuée ; la gaine est ouverte encore plus haut pour se donner du jour, mais l'artère est toujours remplie par un caillot. Cet isolement sur 1 centimètre et demi de la longueur de l'artère, sans pouvoir trouver ni point non oblitéré, fait penser à M. Després que le caillot remonte jusqu'à la première collatérale ; il s'arrête et pose une deuxième ligature.

Les veines sont aussi déchirées, mais ne contiennent pas de caillot ; cependant elles ne fournissent pas de sang ; aussi sont-elles abandonnées à elles-mêmes.

Il existait, nous en avons parlé, un nerf sain couché sur le triceps et qui, malgré son assez petit volume, a été reconnu être le cubital. A partir de la commissure inférieure de la plaie flottait un cordon long, contenu dans la gaine vasculo-nerveuse ; la section de son extrémité effilée et mâchée permit de constater que c'est un nerf. Quel est ce nerf ? Peut-on s'éclairer sur sa nature par l'exploration de la sensibilité de la main ? Grossièrement et rapidement recherchée avec une épingle, cette sensibilité n'existe ni dans l'index ni dans le médius. D'après ces données, le

échapper aux tracasseries de toute sorte que leur suscitaient les médecins de Paris.

L'université de Pont-à-Mousson surtout, par la célébrité dont elle avait su s'entourer, avait le privilège d'attirer vers elle tous les friands de parchemins esculapiens, et la libéralité abusive de certains de ses doyens fut telle que Pont-à-Mousson était menacée de devenir en quelque sorte une fabrique de docteurs.

Tant que ces docteurs, mossontains gardèrent leurs diplômes dans leurs poches, l'école de Paris n'eut pas à s'en occuper ; mais, elle crut devoir intervenir, lorsque, soit sur leurs ordonnances, soit sur le titre de leurs livres ou au bas de leurs portraits, ils se permettaient de s'honorer de ce titre de docteur en médecine.

Nous voyons la compagnie de la rue de la Bûcherie agir ainsi en 1747 à l'égard de Quesnay, fort savant chirurgien, l'auteur des RECHERCHES SUR LA CHIRURGIE, et qui, ayant publié cette année un ESSAI PHYSIQUE SUR L'ÉCONOMIE ANIMALE,

fit ajouter sur le titre : par M. Quesnay, docteur en médecine de la Faculté de Pont-à-Mousson ; il y eut plaintes, poursuites par-devant le prévôt de Paris. Mais Quesnay se défendit bien ; il prouva, après tout, qu'il était réellement docteur en médecine de Pont-à-Mousson (9 sept. 1744) ; qu'il n'avait pas pris d'autre qualité, et que la Faculté de Paris n'était pas fondée dans ses poursuites.

Deux ans plus tard c'est le tour du chirurgien Gaumont. Celui-là a un grief bien autrement grave à se faire pardonner les médecins : il est médecin des Cent Suisses, et pour se faire délivrer cette charge il avait dû obtenir, on ne sait comment, des lettres de docteur en médecine de l'université de Pont-à-Mousson. L'école de Paris fronça son sourcil olympien et elle intenta en Châtelet contre Gaumont un procès dont nous n'avons pas le dossier, mais qui dut mal tourner pour nos pères, puisque ceux-ci portèrent leurs plaintes jusque sur les marches du trône. Dieu nous garde de reproduire ici la longue requête qui fut présentée à Louis XV

être le médian 3 Mais les mouvements sont entièrement boisés. (Le malade ne peut fléchir l'index complètement, mais il nous apprend que cette gêne tient à une fracture qu'il a eu il y a deux ans.) À côté de ces faits, on constate, chose contradictoire, insérée sur les réponses du malade, que le pincement du nerf cubital (nerf sain) amène une douleur dans l'index, tandis que la pression du nerf sectionné provoque de la douleur dans le médian. Si on laisse de côté ces faits propres à jeter le trouble dans l'esprit de l'observateur, et que la sensibilité récurrente peut à la rigueur expliquer et si l'on se réfugie sur le terrain anatomique, on reste convaincu que le nerf sectionné est le nerf médian.

Le chirurgien n'hésite pas à en pratiquer la suture, mais nouvelle difficulté : dans sa tension, ce nerf a été disjoint, bien au-dessus de la plaie ; le bout inférieur apparaît seul et ne peut être réuni au bout supérieur caché et resté dans la gaine et dont la recherche nécessiterait un débridement considérable allant jusque dans l'aisselle. C'est alors que M. Després fait la suture par rapprochement et par intrication ; (C'est-à-dire en rapprochant et mêlant les filets de l'un et de l'autre préalablement associés avec la pince), le bout inférieur du nerf sectionné. (Le médian) avec le nerf sain (le cubital). Puis la plaie est rapprochée par occlusion avec des bandelettes de diachylum, et des compresses d'eau froide renouvelées recouvrent ce pansement.

Nous procédons de nouveau à une exploration de la sensibilité, mais nous ne retrouvons plus les phénomènes signalés plus haut. Y a-t-il eu défaut d'observation, défaut d'attention de la part du malade en proie à la douleur, enfin le retour physiologique est-il déjà opéré ? Ce sont des questions qu'on ne peut résoudre avec conviction.

Le 22 juillet au soir, pouls 80, température axillaire 37°5. Le malade a passé une bonne après-midi ; ne souffre pas ; la chaleur est revenue dans la main depuis l'opération. Quant aux sensibilités à la douleur thermique, elles paraissent intactes et aussi fines que dans le membre sain, si ce n'est à la pulpe de l'index et du médian. Demandé à manger, prendra un lavement avec miel de mercurelle.

Le 23 au matin, pouls 90, température 38°2. Le soir, température rectale 39°5 et 102 pulsations.

Le 24, le malade a dormi ; une garde-robe liquide ; se trouve bien. Température axillaire 38°2 et 90 pulsations. Le pansement avec les bandelettes de diachylum est renouvelé. Pas de rougeur, autour des bandelettes. La suppuration commence à s'établir. Le soir, 100 pulsations, température axillaire 38°9. Le malade accuse des fourmillements dans la main.

Le 25, même état ; température 38°4, pouls 108. Le soir, température 38°7.

Le 27, la plaie commence à bourgeonner et est en voie de réparation. L'exploration de la sensibilité avec une épingle révèle une sensibilité relative limitée à la phalangine et à la phalange de l'index et le médian. Température, 37°.

Depuis cette époque, rien de saillant à noter ; la cicatrisation marche rapidement.

Le 19 août, la plaie est réduite au quart de son étendue primitive. La sensibilité est abolie presque entièrement dans les deux dernières phalanges du médian et de l'index ; le malade ne sent pas la pique d'une épingle enfoncée assez profondément dans ces régions ; les pouls radial et cubital ne se perçoivent plus.

Le 22 août, même état. Les mouvements de la main ne s'accroissent qu'avec lenteur et irrégularité ; nous recherchons alors quel est l'état des muscles de la main et de l'avant-bras, et nous explorons leur sensibilité au moyen de l'électricité à courant interrompu. Le traitement par l'électricité est institué.

Les muscles longs supinateurs, radiaux, lombicaux et intercostaux se contractent normalement ; le long fléchisseur propre du pouce est très-pareusieux ; il agit que sur la phalange ; les muscles de l'éminence thénar et hypothénar paraissent avoir leur force entière, mais l'opposition du pouce au petit doigt est imparfaite. Le grand palmaire a une action limitée.

Les faisceaux du fléchisseur superficiel peuvent abaisser la phalange de l'index et du médian ; ceux du fléchisseur profond ne peuvent agir sur les phalanges de ces mêmes doigts. Quant à la sensibilité, elle présente toujours les mêmes troubles. La plaie du bras est presque entièrement cicatrisée.

Le 7 septembre, le malade s'est fait une brûlure au deuxième degré en trempant ses doigts frappés d'insensibilité (les deux dernières phalanges du médian et de l'index) dans de l'eau chaude pour en apprécier le degré de température. Depuis que le malade est soumis à l'électrisation (22 août), on a obtenu certains résultats : le grand palmaire se raidit beaucoup mieux lorsqu'on sollicite sa contraction par la flexion de l'avant-bras sur le bras ; l'opposition du pouce au petit doigt est un peu plus facile, sans cependant être encore entière ; la flexion du pouce est toujours stationnaire ; c'est-à-dire très-lente, presque nulle ; il en est de même de la flexion de la phalange et de la phalangine, de l'index et de la dernière phalange du médian ; cependant, pour cette dernière l'action du muscle semble un peu améliorée. La sensibilité n'a pas fait de progrès ; il est nécessaire de rappeler que, d'après les dires du malade, son index était insensible dans les deux dernières phalanges avant l'accident ; la plaie est complètement cicatrisée.

Le 9 septembre, l'opposition du pouce fait des progrès ; il en est de même de l'action du grand palmaire.

Le 10, le fléchisseur propre du pouce ne répond toujours que très-imparfaitement à l'action électrique ; les muscles de l'éminence thénar se contractent avec énergie.

Le malade part pour Vincennes le 13. A ce moment, les contractions du grand palmaire sont assez efficaces pour relever la main ; l'opposé du pouce a pris un peu d'énergie, mais le fléchisseur propre de ce doigt ne transmet aucun mouvement ; les tendons des fléchisseurs superficiels des doigts de la main agissent bien ; seuls les tendons des fléchisseurs profonds de l'index et surtout du médian sont faibles ; la troisième phalange n'est que très-incomplètement fléchie, surtout celle de l'index. L'insensibilité persiste toujours au niveau des deux dernières phalanges de l'index et du médian.

Le 20 septembre, le malade est de retour à Paris ; il est en état de se rendre à son domicile.

Le 21 septembre, le malade est de retour à Paris ; il est en état de se rendre à son domicile.

Réflexions. — Cette observation de suture des nerfs par accolement sans ligature et où, dans un espace de deux mois, on a vu réparer les mouvements dans presque tous les muscles auxquels se distribuait le nerf, n'est pas très-exceptionnelle ; si l'on tient compte de l'âge du sujet. Dans l'adolescence, en effet, les plaies se réparent avec une facilité aussi grande que la rapidité. La sensibilité semble avoir été défini-

(Reg. de la Fac. de M. XXI, p. 333) ; il suffit d'en donner brièvement l'analyse. Le Pont-à-Mousson, c'est-il dit, est une université étrangère (1). Or, d'après l'article 34 de l'édit de 1707, les médecins de la maison royale ne peuvent pratiquer qu'autant qu'ils ont été gradués dans quelque université du royaume ; il y a incompatibilité entre l'exercice de la médecine et l'exercice de la chirurgie ; il est vrai que Caumont a obtenu en 1744 à Pont-à-Mousson des lettres de doctorat, mais ces lettres lui ont été expédiées *per saltum*, sans qu'il y eût pris aucunes inscriptions ; sans qu'il y eût fait des études préalables ; à Pont-à-Mousson le premier passant venu peut se faire délivrer des lettres de licence en payant certains droits ; il y en a même qui sans se déranger se font envoyer ces lettres. La Faculté est donc en droit de demander que l'article 34 de l'édit de 1707 soit exécuté ; que les provisions de médecin des Cantons

Suisses, surprises par Caumont, soient déclarées nulles ; et qu'il lui soit défendu d'exercer la médecine.

Mais nous avons hâte d'arriver à un conflit bien autrement grave et qui pendait deux ans tint en suspens le monde entier. Voici l'incident : à Paris, vers l'année 1760, se trouvait

Dans le courant du mois de juin 1760, le cardinal duc de Bavière, prince de Ligne, étant de passage à Paris, voulut confier les soins de sa santé délabrée à un de nos médecins du temps. Le marquis de Franchmont et le comte de Vanneck, envoyé plénipotentiaire de Son Altesse Sérénissime, furent chargés de se mettre en quête et leur choix tomba sur Jean-François-Clément Morand, peu connu alors, mais qui devait acquérir une grande réputation, professeur avec distinction l'anatomie et devenir pensionnaire de l'Académie des sciences (1).

(1) On sait que la Lorraine a été réunie à la France en 1766.

(1) J.-F.-Cl. Morand était fils de célèbre Sauveur Morand, chirurgien des Invalides, et naquit sur la paroisse Saint-Sulpice, le 29 avril 1726. Il mourut le 13 août 1781.

tivement perdu dans l'extrémité des doigts indicateur et médius; elle s'événendra peut-être avec le temps.

Un autre point de l'observation est bon à signaler. Quoique les ligatures des artères dans les plaies par arrachement ne soient pas toujours nécessaires, M. Després a placé des ligatures sur les deux bouts de l'humérale. Il voulait être assuré contre une hémorragie qui aurait nécessité des recherches dans une plaie en suppuration, ce qui aurait sans doute compromis la réussite de l'accoléement des nerfs. « On acquit la façon de tenir un crayon au bout d'une plume... »

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 24 JANVIER 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS. « On a lu le rapport de M. Després sur un cas de Nouveau cas d'aphasie ou de la perte de la parole, provenant de la perte des mouvements coordonnés nécessaires à l'acte de la prononciation des mots, sans nulle lésion des facultés intellectuelles, par M. Bouillaud. « On a lu... »

« On a lu... Le malade est un avocat d'une trentaine d'années, de Châtelleraux, ville dans laquelle habitait aussi un des aphasiques dont j'ai déjà publié l'observation... »

« Dans une des nuits du mois de juin de l'année 1875, et à coup et sans aucune cause connue, je m'éveillai, avec une émotion profonde, qu'il était paralysé du côté droit et qu'il avait perdu la parole, sans que d'ailleurs son intelligence eût éprouvé la moindre atteinte. En effet, il comprenait parfaitement et les paroles et les idées et les sentiments de sa femme, que l'accident si brusque et si pu prévu... »

« Cette paralysie du mouvement du côté droit du corps disparut graduellement, et le malade alors put écrire un certain nombre de mots, donner, entre autres actes de cette espèce, sa signature. En même temps il pouvait prononcer, plus ou moins péniblement, quelques mots isolés, mais non les associer, les combiner, les syntaxer, en quelque sorte, soit en discours, soit même en simples phrases... »

« Son intelligence et son caractère avaient d'ailleurs conservé leur intégrité. Il connaissait les personnes, les choses, les lieux, les temps, les affaires, les intérêts de toute espèce, et conservait ses affections accoutumées. Il continuait à se livrer aux jeux de cartes, dont il avait l'habitude. Il avait aussi conservé la faculté de la musique, du calcul, de la lecture, pourvu bien entendu qu'il ne s'agit pas de prononcer les paroles des airs chantés, des calculs opérés, des lectures faites... »

« Voici quelle était la situation psychophysique de M. X... le 28 décembre dernier. L'expression de sa physionomie, l'attitude... »

générale de sa personne, étaient celles d'un homme jouissant de la plénitude de ses facultés intellectuelles et morales. Le jeune avocat comprenait à merveille notre conversation. Le jeune avocat ne paraît pas par quelques mots, mais il ne pouvait y avoir de signe sans suite réglée, sans ordre, et plus ou moins voyant articulés. Les lui fit lire mentalement quelques passages d'un journal, écrivit quelques mots, signa son nom, ce qu'il exécuta de la manière la plus satisfaisante, sans qu'aucun signe, surtout sa signature. Enfin la voix et tous ses sens articulaires, les mouvements de la langue, des lèvres, des joues étaient obscurés... »

« Ainsi ce n'était pas la volonté de parler qui manquait, le malade, au contraire, en avait une extrême envie, et il était accablé, les idées et les sentiments ne faisaient aucunement défaut, les mots eux-mêmes n'étaient pas oubliés, absents, incompris, puisque le malade continuait à prendre part mentalement à la conversation, qu'il pouvait lire par la pensée, comprendre les mots écrits ou imprimés et se écrire lui-même quelques-uns, sans en propre en particulier; les divers organes extérieurs, par le concours desquels les sons vocaux sont produits et articulés, étaient également dans leurs conditions normales, et il n'existait aucun signe d'une lésion quelconque dans les nerfs, au moyen desquels le cerveau exerce son influence sur les mouvements coordonnés nécessaires à cette articulation des sons vocaux qui constitue la prononciation... »

« Il s'agissait donc bien d'une aphasie produite par l'absence de la faculté de coordonner les mouvements nécessaires à la prononciation ou à la voix articulée... »

« Ici M. Bouillaud rappelle ses vues, datant d'un demi-siècle, et bien connues de nos lecteurs, sur la perte des mouvements coordonnés nécessaires à l'articulation ou à la prononciation des sons vocaux; signes représentatifs des mots, comme ceux-ci sont les signes représentatifs de nos idées ou de nos pensées de toute espèce... »

DE L'ACTION DU FROID SUR LE LAIT ET LES PRODUITS QU'ON EN TIRE, par M. Eug. Tisserand. « Lorsque l'on soumet le lait d'une vache, immédiatement après la traite ou peu de temps après cette opération, à des températures différentes, comprises entre 0 et 30 degrés, et qu'on le maintient pendant vingt-quatre ou trente-six heures à la même température initiale, on constate les faits suivants... »

- 1° La montée de la crème est d'autant plus rapide que la température à laquelle a été exposé le lait se rapproche plus de zéro.
2° Le volume de crème obtenu est plus grand quand le lait a été soumis à un plus fort refroidissement.
3° Le rendement en beurre est aussi plus considérable quand le lait a été exposé à une température plus basse.
4° Enfin le lait écrémé, le beurre, le fromage, sont de meilleure qualité dans ce dernier cas.

« Ces faits suffisent pour montrer combien sont erronées les idées qui, ont cours en France sur le crémaillage du lait et sur la fabrication du beurre, à savoir qu'il faut tenir le lait... »

Morand se trouvait dans cet état d'esprit d'un jeune médecin qui entrevoit un avenir brillant dans sa patrie et qui ne voudrait pas le compromettre en courant après des honneurs actuels mais peut-être éphémères. Le diable aidant, il accepta néanmoins les offres qui lui étaient faites, sans pourtant cacher les torts sérieux que lui ferait une exatriation, et s'enquit très-adroitement des compensations qu'il trouverait à l'étranger. Il donna donc d'abord ses soins à Paris au noble duc; et finit par l'accompagner jusqu'à Liège; lieu de sa résidence habituelle. « Monsieur, avant d'accepter... »

« Je présume qu'il n'aura pas manqué de me rappeler au souvenir de Votre Excellence... Votre Excellence imagine, sans peine que je ne pourrais donner à Son Altesse Sérénissime un plus grand témoignage qu'en l'accompignant ici. Mes amis, qui savent où j'en suis dans la carrière que j'ay embrassée; ma famille, qui connaît les avantages de ma position; le public, auquel depuis plusieurs années je suis entièrement dévoué dans toutes les parties qui ont rapport à ma profession; tout le monde a reconnu que je ne pouvais, donner au prince un témoignage plus décidé de mon zèle qu'en perdant de vue mes affaires. Je me fais l'honneur de ce jugement. Cependant, je puis vous répéter que ma satisfaction n'est pas telle que je devais m'y attendre pour les temps que j'aurais pu donner au prince, et que la présence de Votre Excellence m'est absolument nécessaire. J'aspire, après le moment que je suis en mesure de faire ma cour à Votre Excellence et de tenir du lui l'état agréable et honorable, qui seul pourra me déterminer à faire auprès du... »

destiné à être éréché à la température de 12 à 13 degrés et ne pas aller au-dessous de cette température, parce qu'alors la crème monte mal, etc.; les applications à en tirer sont nombreuses: elles se déduisent assez d'elles-mêmes pour que nous n'ayons pas à insister. » (Renvoi à la section d'agriculture.)

NOUVELLE MÉTHODE POUR ÉCRIRE LES MOUVEMENTS DES VAISSEAUX SANGUINS CHEZ L'HOMME. Note de M. *Mosso* (Voy. *Gaz. heb.*, 1875, p. 796).

MAMMIFÈRES FOSSILES NOUVEAUX PROVENANT DES DÉPÔTS DE PHOSPHATE DE CHAUX DU QUERCY. — M. *H. Fihol* présente, par l'intermédiaire de M. Milne Edwards, une note sur ce sujet.

INFLUENCE DES DIVERS ÉLÉMENTS DES ENGRAIS SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA BÊTE RAVERE ET SUR SA RICHESSE SACHARINE, par M. *H. Joutie*. — Nous nous bornons à mentionner cette note.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 1^{er} FÉVRIER 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. CHATIN.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie: a. Le compte rendu général des épidémies pour le département de la Creuse pendant l'année 1875. (Commission des épidémies.) — b. Un rapport général sur les cas de Vichy pendant l'année 1874. (Commission des eaux minérales.) — c. Un rapport général sur les eaux de la Malou-Lancieus (départ.) pendant l'année 1874. (Même commission.)

L'Académie reçoit des lettres de candidature de M. *Panas*, pour la section de pathologie chirurgicale; de M. *Nasatac Raynaud*, pour la section de pathologie médicale; de M. *Delmas de Savignac*, pour la section de thérapeutique; et de M. *Bohler*, pour la même section.

Un rapport est lu en hommage à l'Académie: 1^{er} sur son nom, le *HISTOIRE DES LEÇONS DE CLINIQUE OBTÉRIENNE PROFESSÉES À L'HÔPITAL DES CLINIQUES ET RECUEILLIES PAR M. LE DOCTEUR DE SIVRY*; 2^e de la part de M. le docteur *Dubaud* (de Pau), une brochure intitulée: DE QUELQUES PRINCIPES FONDAMENTAUX DE LA THÉRAPEUTIQUE.

M. *Henri Roger* dépose sur le bureau une brochure de M. le docteur *Dabreux*, intitulée: DE LA GONORRÉE DU SIDAÏA PAR LES GABARIES CHOLÉRIQUES.

M. *Regnaud* présente, au nom de M. le docteur *Méhu*, un volume intitulé: ANNAIRE DE LA PHARMACIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

M. *Gaucher* offre, au nom de M. le docteur *Chéru* et *Collin*, une ÉTYMOLOGIE SUR L'ANSENE DANS LES EAUX SULFUREUSES DE SAINT-DIENNE.

M. *Larrey* dépose sur le bureau: 1^o Un mémoire manuscrit de M. le docteur *Séjoux* ayant pour titre: RELATIFS DE L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE QUI A RÉVÉLÉ A CAREN SUR LE 3^e RÉGIMENT D'INFANTERIE PENDANT L'ANNÉE 1871-1873; 2^o un nom de M. le comte de *Beaufort*, son ouvrage intitulé: TRANSPORT DES BLESSÉS; HÔPITAUX; APPAREILS; ASSISTANCE AUX MILITAIRES PAUVRES, etc.; 3^o une brochure de M. le docteur *Dubaud* sur le tulle hypogastrique; 4^o un travail de M. le docteur *Longueur* sur l'histoire de l'ampullisme.

M. *Richel* présente, au nom de M. le docteur *Ernest Héridy*, l'analyse d'un calcul saillant du canal de Wharton. (Comm. : MM. Richel, Regnaud et Personne.)

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA LEUCOCYTOSE. — M. *Colin* continue et termine aujourd'hui la lecture de son travail sur la leucocytose.

Il se propose de démontrer: 1^o que tous les états leucémiques ont une commune origine dans les vaisseaux et les ganglions lymphatiques; 2^o qu'ils ont une commune nature et consistent dans l'exagération passagère ou prolongée du travail formateur des leucocytes ou, en d'autres termes, dans la prépondérance de la production de ces éléments sur leur destruction; 3^o que toutes les particularités différentielles de leur physiologie se tirent des troubles qu'ils provoquent ou qui naissent à côté d'eux par contingence; 4^o que les symptômes et les lésions de ces états résultent des troubles que la présence des leucocytes en excès produit dans la circulation, l'hématose et la nutrition générale; 5^o que dans les maladies virulentes, où ils s'observent, ils paraissent plutôt effets que causes de la virulence; 6^o enfin que, dans les maladies contagieuses, ils n'ont rien de spécifique.

M. *Colin* se demande d'abord si le système lymphatique peut produire une quantité assez grande de globules blancs pour donner lieu à cette altération particulière du sang désignée sous le nom de leucocytose: « Il résulte d'expériences nombreuses faites sur de gros animaux, des veaux, des taureaux, des vaches, que la quantité des produits lymphatiques déversés en vingt-quatre heures dans le torrent circulatoire est véritablement énorme et qu'il y aurait de quoi saturer rapidement le sang de globules blancs s'il ne se faisait parallèlement et pour rétablir l'équilibre une destruction aussi rapide et presque aussi considérable de ces éléments particuliers. Lorsque, pour une cause quelconque, physiologique ou pathologique, l'équilibre vient à être rompu, on observe une leucocytose plus ou moins marquée. C'est ce qu'on observe par exemple à la suite des repas (leucocytose digestive), ou bien après l'ingestion de certains purgatifs ou de substances susceptibles de stimuler les sécrétions intestinales. Il suffit souvent, et l'expérience le démontre, pour démontrer l'apparition de ces leucocytoses passagères, de déterminer des excitations vasculaires ou ganglionnaires, ou d'introduire dans l'économie une plus grande quantité de matériaux. Ces différentes leucocytoses ont manifestement pour origine le système lymphatique. »

Entre ces états leucémiques momentanéus et les leucocytoses pathologiques graves, il n'y a pas de démarcations bien tranchées: excitation des lymphatiques et surabondance des matériaux propres à la constitution des globules blancs. Ces conditions se trouvent réalisées dans un bon nombre d'affections comme les fièvres éruptives, les maladies de peau, l'érysipèle, certaines irritations intestinales, la dysentérie, les états typhoïdes, la diphtérie, la pneumonie, etc. C'est ce que n'a pas compris l'école allemande qui, ne tenant pas compte du vaisseau lymphatique, considère le ganglion comme l'unique organe de formation des globules. Les Allemands n'ont pas vu que ceux-ci naissent aussi sur tous les points du sys-

« prince quelque séjour. J'avoue qu'à cet égard je compte
« fort sur les bontés dont Votre Excellence a paru disposée à
« m'honorer. Mais j'ose aussi me croire en état d'y répondre à
« par ma conduite, à laquelle je dois jusqu'à présent tout ce
« que je suis. »

« J'ay, etc. MORAND. »

Morand n'est pas moins explicite dans un mémoire qu'il adressait, le 26 février 1761, au duc lui-même, dans lequel on lit ce passage :

« Dès l'instant que Votre Altesse a daigné me charger du
« soin de sa santé, je prends avec confiance, Prince Sérénis-
« sime, la liberté de supplier bien humblement Votre Altesse
« de m'accorder, dans les différentes circonstances qui pour-
« ront se présenter, toutes les distinctions capables de flatter
« un homme bien né, en me faisant jouir à la cour de Votre
« Altesse de la considération dont il est naturel d'être jaloux
« quand on a des sentiments. »

Mais notre médecin avait été agrégé au collège des médecins de Liège, d'après un article des statuts de cette compagnie, qui regardait comme devant lui appartenir ceux qui avaient l'honneur de veiller sur la santé du prince bien-aimé. On comprend dès lors les embarras de Morand, qui n'a pu trouver à la cour du cardinal de Bavière, les avantages auxquels il s'attendait, et qui n'aspirait qu'à une chose: rentrer dans sa patrie et reprendre la fructueuse clientèle qu'il avait abandonnée. Ces embarras sont clairement exprimés dans une lettre que ce nouveau médecin malgré lui, écrivait, le 23 mars 1761 à Delvaud, prévôt dudit collège.

« Monsieur, on agit fort mal sur moi à Liège, et on me fait beaucoup de tort. »

« Peut-être ai-je paru aux yeux de vos messieurs médiocrement empressé à prendre parmi vous le rang qu'assistent vos statuts aux médecins du corps de S. S. E.; mais il me sera très-facile d'éclaircir un soupçon dont je dois

tème lymphatique; dont l'ensemble tout entier était atteint dans ces leucocytoses, dont ils ont multiplié à plaisir les variétés. Dans la morve comme dans toutes affections putrides, le charbon, le farcin, la septicémie, etc., la cause de l'excitabilité du système lymphatique est le principe virulent. Quant au mécanisme, il est toujours le même et consiste dans une hypergénése des globules blancs, hypergénése qui se fait ici avec une extrême rapidité.

Le leucocyte produit et introduit dans le courant circulatoire, que devient-il? Comment va-t-il se comporter, troubler la circulation, entraver l'hématose, modifier la nutrition de certains organes, provoquer en un mot toutes les lésions caractéristiques de l'état leucémique? Ses transformations successives sont généralement mal connues, parce qu'on ne les a considérées que sur le cadavre au lieu de les étudier chez le vivant. Lorsqu'on se met dans de bonnes conditions d'observations, on voit que ces leucocytes n'offrent pas les mêmes caractères que les globules blancs ordinaires; ceux-ci n'ont qu'une existence très-courte, ils ne vivent qu'un instant pour faire bientôt place à ceux qui leur succèdent; les globules pathologiques vivent plus longtemps, mais sont singulièrement altérés; ils ont perdu leur mobilité, ils deviennent granuleux, grasseux; ce sont des cadavres de leucocytes que la conservation est subordonnée tant à leur nouvel état qu'à la nature des milieux où ils ont été jetés.

Quant au mécanisme des lésions qu'ils déterminent, il est partout le même et résulte de l'engorgement, de l'obstruction des capillaires par les globules lymphatiques; les engorgements viscéraux, ceux de la rate en particulier, sont très-vraisemblablement dus à la même cause; il en est de même des autres lésions leucocytémiques; tumeurs, foyers tuberculeux, ulcérations, hémorrhagies circonscrites, etc.

M. Colin rappelle à cette occasion qu'il y a sept à huit ans il a démontré, dans ses expériences sur l'inoculabilité de la tuberculose, que les éléments figurés de la matière tuberculeuse pénètrent dans les lymphatiques lésés suivant un itinéraire précis, s'arrêtent dans les ganglions, puis arrivaient dans les poumons, où ils déterminent les lésions de la phthisie. Ce processus est très-vraisemblablement celui de la morve et des autres états leucémiques graves.

M. Colin revient ensuite à la leucocytose des affections farcino-morveuses et se demande si elle a des caractères propres et une physiologie spéciale; si dans les autres affections putrides ou virulentes la maladie doit suivre l'évolution suivante: 1° après la période d'incubation, développement de la leucocytose; 2° après celle-ci, développement des lésions (foyers pulmonaires, engorgement des membres, du fourreau, ulcération, de la pituitaire, tuméfaction des ganglions, etc.); 3° aussitôt après, production ou régénération de la virulence.

M. Colin a recherché avec soin, mais il n'a jamais rencon-

tré dans les muosités nasales les bactéries signalées par MM. Christat et Riene.

Quant à l'engorgement des ganglions sous-maxillaires, il a bien un caractère spécial qui permet de le distinguer des autres engorgements ganglionnaires; ce n'est pas un simple empatement, mais une induration portant sur la substance propre de l'organe et sur sa coque cellulo-fibreuse. Ces signes, disait M. Bouley, ont une valeur capitale véritablement pathogénomique.

M. Colin termine cette longue communication par une série de conclusions. D'après lui :

1° Les états leucémiques, depuis la leucocytose la plus légère jusqu'à la plus grave, dérivent d'une suractivité des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, soit dans leur ensemble, soit dans un des points du système.

2° Cette suractivité fonctionnelle peut être déterminée par une foule de causes qui stimulent le système lymphatique et lui offrent des matériaux surabondants.

3° Toutes les leucocytoses se développent avec une extrême rapidité.

4° Elles ne supposent pas nécessairement une lésion matérielle ni même une exagération de volume bien prononcée des organes formateurs des leucocytes.

5° Rien ne prouve que certaines leucocytoses se produisent en dehors du système lymphatique, par ces leucocytes que formerait la rate, les follicules intestinaux, etc.

6° Entre les leucocytoses dites physiologiques et celles qui se lient à des maladies, il n'y a de différences essentielles ni dans le siège ni dans le mécanisme, elles ne se distinguent que par la durée et le degré.

7° Les leucocytoses des maladies virulentes n'ont pas de caractères particuliers quant à leur nature.

8° Ces leucocytoses, quels qu'en soient les degrés, sont des états correspondants aux anémies.

9° Les troubles fonctionnels dus aux leucocytoses prononcées paraissent résulter surtout des entraves que les leucocytes apportent à la circulation et par suite à la nutrition.

10° La plupart des lésions anatomiques rapportées aux leucocytoses n'en sont pas les lésions obligées.

M. Verneuil regrette que M. Colin n'appuie pas son travail exclusivement sur des expériences.

M. Colin répond que les expériences sont faciles à faire avec de petits animaux; mais quand il s'agit de chevaux, et surtout de chevaux forts et vigoureux, cela coûte fort cher, parce que maintenant on les mange.

être exempt, étant bien éloigné de me pas priser autant que je le dois l'honneur d'appartenir à un corps de médecine. Je me suis présenté avec plaisir à une de vos assemblées, mais mon idée a été uniquement de faire connaissance avec les assesseurs et leur donner une marque de ma juste considération. Car je ne dois pas vous laisser ignorer plus longtemps que je n'ay nul droit à toutes les offres obligantes que vous me faites au nom du collège. Vous devez comprendre, monsieur, que je ne suis point venu ici chercher des titres et des avantages qui ne peuvent remplacer ceux que me fixent dans ma patrie. Je suis si peu engagé à S. A., comme je vous l'ay dit, que j'espère d'un instant à l'autre être libre de m'en retourner chez nous. Je peux vous montrer même la lettre que j'ay écrite à S. E., le comte de Webrück, lorsqu'il étoit à Cologne, pour le prévenir de la demande que j'en ay projetée presque en arrivant. Tout cela ne m'empêche pas, monsieur, d'être flatté du diplôme que le collège me destinoit. Je me contenteray d'en garder une

copie qui me servira de gage des dispositions honorables du collège à mon égard.

Après tout, il n'était guère possible de retenir le médecin français malgré lui, et il quitta Liège, laissant au collège des médecins de cette ville un excellent souvenir de son court passage, et au milieu de la cour du cardinal Duc une irascibilité dont on va voir les effets. C'est ici que commence vraiment l'intérêt de cette histoire.

III.

A cette époque il y avait comme chirurgien aide-major à l'hôpital militaire de Hersal, petit bourg tout près de Liège, un sieur Jean-André de La Grève. Ce personnage, enivré par des aspirations aux honneurs et aux grands emplois, flaira la place laissée vacante par la fuite de Morand. Mais il n'était que chirurgien; et le titre de docteur en médecine était indispensable pour parvenir jusqu'à la poi-

Société de chirurgie.

SEANCE ANNUELLE DU 19 JANVIER 1876. — PRÉSIDENCE DE M. DE LA FORT.

M. de La Fort, président sortant, ouvre la séance par une allocution très-éplaudie.

M. de La Fort, secrétaire annuel, rend compte des travaux de la Société de chirurgie pendant l'année 1875.

— Le prix Duval est décerné à M. Martin, ancien interne des hôpitaux.

M. Martinié, interne des hôpitaux, a obtenu le prix Labat.

M. Guyon, secrétaire général, prononce l'éloge de Nélaton. En voici les dernières pages :

« Un de nos collègues les plus distingués a dit avec beaucoup de vérité que « Nélaton n'a jamais cherché à dominer son époque ni à se poser en chef d'école... »

« Il aimait la chirurgie, il aimait l'enseignement, il ne se dédaignait ni les honneurs ni les succès, mais il n'avait en cette vieillesse d'âme qui lance dans la controverse et fait rechercher la lutte; il ne possédait pas la force de caractère qui permet d'imposer son autorité. S'il plébisait, ce n'était pas comme Dupuytren par excès d'orgueil, mais par excès de condensation d'idées... »

« Il n'avait pas assez d'ambition pour ne pas se contenter du présent et il ne songea pas assez à se faire place dans l'avenir. Être déçu de ses élèves, lui suffirait. Il trouvait, dans ses leçons, ses plus grandes satisfactions; c'était le meilleur moment de ses longues et pénibles journées. Les précieux souvenirs de cet enseignement célèbre, recue par tant d'élèves répétés par tant de maîtres, ont tenu à son nom la durée; ils consacrent la valeur, la haute utilité, la légitime et profonde influence de la pratique chirurgicale de Nélaton... »

« La tribune académique n'a-t-elle jamais, Membre fondateur de la Société de chirurgie, Nélaton fut un de ceux qui, pendant les premières années de sa création, suivirent avec la plus d'assiduité ses séances, où il prenait très-activement part à ses discussions et résolvait dans ce but, en ce qui concerne l'enseignement et les rapports des questions presque toujours alléguées à la pratique chirurgicale. C'est dans le recueil de nos mémoires (*Mémoires de la Société de chirurgie*, t. I, p. 255) qu'il publia son intéressant étude sur les lésions du maxillaire inférieur. Ce travail retirait de l'oubli une méthode qui permet d'obtenir la réduction par la douceur et donnait à cette manière de procéder une solide raison d'être. C'est un effet, on s'appuyait sur l'anatomie normale et pathologique, sur les expériences cadavériques et sur la clinique, que Nélaton démontrait qu'il suffisait, pour opérer la réduction dans la plupart des cas, de léger le sommet de l'apophyse coronoïde et de lui imprimer un mouvement de propulsion en arrière. Les travaux de notre collègue sont caractérisés, comme son enseignement, par la même modération et de vues, par leur rapport avec la thérapeutique... »

« C'est, en effet, en face du praticien que l'on est invinciblement

ramené lorsqu'on cherche à bien connaître notre éminent collègue. En s'attachant à cette étude, en la poursuivant dans ses détails, on acquiert la conviction que ses qualités chirurgicales et ses qualités personnelles furent la véritable source de ses succès... »

« Déjà nous avons tenté de rappeler ce que fut Nélaton dans son enseignement. Au vis-à-vis des maîtres, il avait, le même souci que devant les élèves; il voulait être bien compris... »

« Le seul aspect de sa physionomie aurait suffi pour qu'un favorable pressage répondît à l'anxiété et au noble interrogatoire qu'adresse toujours le malade à celui qui va devenir l'arbitre de sa destinée. Le calme, parfait, l'assurance modeste et ferme de l'homme qui a plus d'une fois éprouvé qu'il est à la hauteur de sa mission, s'y liaient de prime abord. Bientôt des questions pleines de précision, une attention sollicitée qui savait s'étendre à tout et ne s'inquiéter cependant que de ce qu'il convenait de savoir, un examen approfondi conduit de telle sorte que rien n'était négligé, tandis que tout était prévu, pour que la confiance et les plus intimes susceptibilités fussent ménagées, atraient de plus en plus la confiance. Le malade sentait qu'il pouvait s'abandonner et se livrait sans réserve, heureux de cette première victoire si complètement gagnée par celui qui, après avoir conquis le patient, allait s'attaquer à la souffrance. Le prestige du talent et de la notoriété conduisit près du chirurgien l'homme son affabilité exigée, sa manière attentive et simple, retenaient tous ceux qui dans un jour d'insécurité ou d'angoisse, avaient pu l'approcher... »

« Il voulait que la chirurgie fût douce. C'est peut-être ce but qu'il a le plus, constamment poursuivi. Il mettait en œuvre toutes les ressources de son expérience, toute la puissance d'un tact parfait, pour désarmer par la confiance les appréhensions qui inspirent à la fois la maladie et la présence du chirurgien. Il eût été heureux que notre art, si souvent terrible dans ses moyens, n'inspirât aucun effroi. Aussi, apportait-il toute son attention à se dépouiller du prestige, si facilement accordé à l'homme qui se lance et l'humanité lui laissait du droit de porter sur ses semblables le fer et le feu. Ayant tout il, ambitionnait de paraître, le ministre d'un art bienfaisant et humain. Il savait que la bonté patiente, que la sollicitude affectueuse, peuvent beaucoup pour faire accepter et pour faire oublier les durs nécessités de la chirurgie. Il éprouvait un profond souvenir de la chirurgie qui oublie la chirurgie garde un profond souvenir de la chirurgie... »

« Il ne s'est jamais plaint de ses succès, à ce qu'on peut constater; mais il ne se glorifiait pas l'orgueilleuse satisfaction d'en parler. De même qu'il ne savait pas triompher, il ne savait pas pleindre... »

« Cette heureuse pondération de sentiments, son retour dans tous ses actes... »

« Dans les consultations, après avoir attentivement écouté, après avoir minutieusement interrogé et examiné le malade, il écoutait avec le même soin l'avis de ses confrères. Il ne témoignait jamais que leur exposé fut très-abrégé. Il reprenait ce qui avait été dit et, après l'avoir clairement résumé, formulait une opinion. Toujours il semblait que cette opinion, découlait des premières poses par ses confrères. Il éclairait, mais n'importunait personne de la clarté qu'il savait abondamment répandre sur les situations, les plus obscures. Convaincre sans éblouir, venir en aide mais ne pas offenser, telle était sa règle de conduite... »

sonne du grand-duc, La Grave, résolut de s'adresser à Pont-A-Mousson, et de demander, sans plus de façon, à cette université, des lettres de docteur. Les lettres qu'il écrivit à Jadelot, doyen de la Faculté de médecine de cette ville, nous sont parvenues, mais, outre qu'elles sont trop longues pour être insérées ici, il suffira, pour en dégarer toute la harliesse et toute la témérité, de faire connaître la lettre remarquable que Jadelot écrivit à cette occasion à Boyer, ex-doyen de la Faculté de médecine de Paris, et remplissant alors les fonctions de censeur. Cette lettre fait grand honneur à Jadelot, connu du reste par des travaux justement estimés, et par l'intégrité du caractère :

« Pont-A-Mousson, le 28 novembre 1761.

« Depuis les tentatives, monsieur et cher confrère, que j'eurent, l'année dernière, le sieur Simon, chirurgien-major des chevaux-légers, et qui avoit passé ensuite au service de la cour de Bavière, et un frère apothicaire sorti du collège

» de Louis-le-Grand, pour que je leur envoyasse des lettres » de docteur en médecine, le premier sur le prétexte d'une » décoration qui lui manquait et qui lui étoit nécessaire » à la cour où il étoit; le dernier qui n'avoit d'autre titre » que des lettres de maître-ès-arts de Bourges, dont on » sait qu'on faisoit commerce à Paris, ne pouvoit point s'é- » loigner d'un prince auquel il étoit attaché (je ne crois pas » que le sieur disant grand vicarioir s'étoit intéressé, et qui » m'avoit écrit pour le petit frère apothicaire montre-ma ré- » pense). Voici Crispin qui revient sur la scène; et je crois » devoir vous faire, par des tentatives, que viennent de me » faire deux chirurgiens pour être décorés du titre de docteur. » Le sieur La Grave, pour m'engager à lui accorder ce » qu'il demande avec reconnaissance par les offres de services » les plus grands, et avec les protestations les plus fortes de » paroles d'honneur, que je n'en auray du plaisir, et qu'il » ne me compromettra pas en aucune manière, avec d'autant » plus de raison qu'il y est, dit-il, intéressé lui-même; il m'en-

On ne peut plus dire, comme Fontenelle l'écrivait au siècle dernier dans l'Éloge de Cécilia, que « sa rue était incommode de la quantité de carrosses qu'on y envoit de tous côtés ». Le quartier de Paris moderne habité par Nélaton ne peut souffrir de semblables inconvénients. Mais nous ne faisons que rendre hommage à la vérité en rappelant à quel prodigieux niveau s'éleva la réputation de Nélaton. Sa notoriété était plus qu'euro-péenne, et ce fut à Philadelphie que le docteur Alcei publia, en un volume, un recueil des leçons du professeur de la Clinique.

Appelés sans cesse dans tous les points de la France, il était puere de cas graves où sa main ou son conseil ne fussent requis. Il fut, il y a peu d'années, mandé en Suède. Le corps médical de Stockholm reçut avec le plus grande distinction l'illustre représentant de la chirurgie française. Loïn de se mouvoir froissés de la marque de haute confiance accordée à notre compatriote, nos confrères suédois furent heureux d'avoir au milieu d'eux l'homme dont l'enseignement, dont les idées et la pratique leur étaient si familières, qu'ils eussent pu le saluer comme le savant italien qui reçut Breschet à Milan, en s'écriant : « Bonjour mon ami, que je ne connais pas. »

Ces hautes marques de confiance que l'étranger donne à la France dans la personne des représentants de la science chirurgicale ne se sont-elles pas récemment renouvelées, lorsqu'il y a peu de semaines l'un de nos plus aimés collègues (le professeur Dupuy) franchissait l'Atlantique pour présider à la naissance du futur souverain du Brésil.

Le voyage en Suède ne fut pas le plus célèbre de ceux que Nélaton fit en qualité de chirurgien. Personne n'y perdit le souvenir de la visite que notre collègue fit en 1862 au général Garibaldi. Au 50^e jour de la blessure, on hésitait encore, le diagnostic était incertain; la présence de la balle dans la plaie contestée par les chirurgiens italiens et étrangers qui déjà avaient examiné le blessé. On annonçait que la situation était des plus graves. Nélaton reconnut immédiatement la présence de la balle et en déterminait la position. Ne jugeant pas à propos d'en pratiquer immédiatement l'extraction, il voulut du moins fournir la preuve irrefutable de son diagnostic. Chemin faisant il réfléchit, et de retour à Paris fit construire un stylet à olive de porcelaine rugueuse qu'il envoya à M. Zanetti. Le stylet plongé dans la plaie rapporta une trace noireâtre qui fut analysée. Cette ingénieuse exploration dissipa les derniers doutes, un mois ne s'était pas écoulé quand un télégramme du préfet de Pise vint annoncer à Nélaton que ses prévisions étaient confirmées et que le projectile avait été extrait en suivant ses indications (J. Richard, loco citato, p. 644).

Cet événement attire sur le nom du chirurgien français l'attention de l'Europe entière. S'il est juste de reconnaître que la réputation de Nélaton s'accrut singulièrement sous cette influence et qu'il arriva dès lors à la renommée populaire la plus étendue, il faut cependant rappeler que depuis longtemps déjà la notoriété du professeur de la Clinique était considérable. Il ne faut pas oublier que ce fut son enseignement, que ce furent ses élèves et les médecins français et étrangers, qui chaque jour le voyaient à l'œuvre et l'écoutaient; qui avaient fait connaître la haute valeur de sa pratique.

Cependant des honneurs de toutes sortes étaient venus consacrer les succès de Nélaton. Membre de l'Académie de médecine en 1863, il devenait, après la mort de Jobert, membre de l'Institut

en 1867. La mort de son collègue lui avait aussi officiellement ouvert la porte des Tuileries, où déjà sa réputation lui avait donné accès. Après une maladie grave du prince impérial, heureusement dirigée, il était promu au grade de grand-officier de la Légion d'honneur. En 1868, il atteignait en entrant au sénat à une dignité à laquelle nul médecin n'avait jamais été élevé. Ses confrères, par un vote unanime et chaque année renouvelé, l'avaient placé à la tête de la grande et utile Association des médecins de la Seine. Cette dignité n'était pas celle à laquelle il attachait le moins de prix, et bien des fois l'œuvre d'Orfila profita de son influence et de sa fortune.

Dès longtemps, en effet, Nélaton était arrivé à une grande richesse; et nous pouvons dire, si nous devons en croire Vidus Viduus, qu'il réunissait par cela même toutes les qualités du chirurgien. Le professeur de Florence que François I^{er} avait appelé à Paris pour y enseigner la médecine au collège royal, après avoir parlé de toutes les perfections du corps et de l'esprit d'un chirurgien doit être doué, désire, en effet, qu'il ait de la fortune, afin de pouvoir imposer un vulgaire par autorité et d'être avec tranquillité indépendant de son état. « *Bona fortuna et auctoritatem comparant apud vulgus et otium, ut ut libere liceat chirurgiam exercere* (De chirurg., lib. I, cap. 11). »

Une seule chose manquait à Nélaton; le temps de suffire à toutes les exigences de sa situation. Il donna, en 1867, sa démission de professeur, et quitta dès lors l'hôpital. Il avait soixante ans c'était le terme que depuis longtemps il avait fixé pour prendre sa retraite.

Il pris, en effet, sa retraite comme il se l'était promise, mais ne trouva point le repos. Tous ceux qui ont pris pour habitude d'augmenter l'intensité de la vie, ne savent pas traverser la vieillesse. Cette dernière étape que l'homme devrait graduellement consacrer au repos en se servant peu à peu de ce qui alimentait la période active de son existence, est habituellement parcourue d'un pas févreux. L'activité excessive reste le régulateur artificiel mais nécessaire de la vie. Bientôt la mort se rapproche et nous impose le repos que nous n'avons su prendre.

Nélaton ne méconnaissait pas les avertissements que lui donnait sa santé. Il était trop clairvoyant pour ne pas se sentir épuisé. Mais les événements qui allaient se précipiter n'étaient pas faits pour le détourner de sa carrière. Les jours du siège arrivèrent, et Nélaton fit à toute heure son devoir dans les ambulances. Il n'avait plus de doute, dès lors, sur son véritable état de santé, et paraissait sans illusion des troubles circulatoires qui entravaient son activité.

Dans notre vie où les impressions de l'âme se mêlent si constamment aux fatigues du corps, faut-il s'étonner de voir naître, et bientôt se développer ces affections devant lesquelles succombent le cœur ou le cerveau.

Une maladie du cœur fit lentement mourir Nélaton. Depuis longtemps résigné et préparé à la mort, il profitait des moments de répit qu'accordent les affections cardiaques pour voir ses amis et par conséquent ses malades. Il avait cédé aux conseils de ses collègues et de ses proches en quittant Paris. Ni l'Italie, ni les bords de la mer, ni la campagne qu'il avait rêvé ne purent le retentir. Il voulait mourir à Paris; et cependant mourir sans bruit, c'est ainsi qu'il eût aimé à vivre. Il s'éteignit au milieu des siens, le 21 septembre 1873.

L'une de ses volontés les plus expresses fut que ses obsèques se

» voye par la poste quatre louis d'or accompagnés d'une
» belle tabatière d'or, du prix d'environ vingt ou vingt-cinq
» louis; et ce pour témoignage de son amitié. Je sens, mon
» sieur, toute l'insulte d'un tel procédé, et je luy en ay témoi-
» gné toute mon indignation, tant par écrit que par le renvoy
» de ses lettres et de sa tabatière d'or à la première poste.
» Il y a encore un nommé Colombier, chirurgien-major,
» qui se met sur les rings; il demande la même chose que le
» précédent, avec assurance que l'argent ne manquera pas.
» Il ajouté cependant que, si je ne puis le passer sans rési-
» dence, il viendra pendant six mois sur nos bancs, mais qu'il
» ne luy sera pas possible d'en faire davantage. Voilà, mon
» sieur, des gens bien affamés, qu'ils méritent d'autant moins
» qu'ils cherchent à l'obtenir, per fas et nefas. J'ay écrit
» de façon qu'on ne doit pas faire parade de mes lettres.
» On doit y remarquer toute mon indignation de leurs procé-
» dés. Dieu veuille que toutes les tentatives de pareilles gens
» finissent là-dessus.

» Je compte, monsieur, que vous voudrez bien faire part
» de cette lettre à votre Faculté, pour qu'elle soit conviée
» que nous observons, autant que nous pouvons, la rigueur,
» de ne point accorder légèrement le titre de docteur à ceux
» qui se présentent. En voilà, pour le moins, une quarantaine
» que j'ay eu à refuser depuis que j'ay l'honneur d'être à la
» tête de la Faculté de Pont-à-Mousson.
» J'ay l'honneur d'être, avec tous les sentiments de la plus
» vive reconnaissance et de la plus haute considération,
» Monsieur et cher confrère,

» Votre très-humble et très-obéissant serviteur,

» JADELOT. »

On va voir comment cette lettre fut accueillie par les mé-
decins de Paris.

Dr. Achille GUÉNEAU.

fissent sans pompe et qu'aucun discours ne fût prononcé sur sa tombe. Cette volonté suprême a été respectée. Mais le souvenir des hommes qui ont honoré notre art nous appartient, et nous avons le devoir de le transmettre aux jeunes générations qui nous suivent. N'est-ce pas elles qui nous consolent en nous montrant l'avenir. La laborieuse et persévérante ardeur s'affermira de jour en jour et permet d'espérer des temps meilleurs. En reportant vers elles les regards que dans cette séance nous avons coutumés de fixer sur ceux qui ne sont plus; nous ne pouvons voir sans grande sympathie prendre courageusement place dans leurs rangs l'héritier du nom et de la fortune de Nélaton:

Le soufle du travail fécondera toujours notre pays; il le ranime, et déjà le relève. Honorons les hommes qui l'a conduits à la renommée, et ne négligeons rien pour que l'avenir soit à ceux qui obéissent à sa vivifiante impulsion!

SEANCE DU 26 JANVIER 1876. — PRÉSIDENCE DE M. HOUËL.

FRACTURE DU CRÂNE PAR ARME À FEU; TRÉPANATION, GUFERSON. — ATROPHIE DES NERFS OPTIQUES CONSÉCUTIVE AU MAL DE POTT. — PANSEMENT ANTISEPTIQUE DE LISTER. — CORPS ÉTRANGER DES FOSSÉS NARÉALES. — LÉSION DU NERF CIRCONFLEXE, SUITE DE LUXATION DE L'ÉPAULE; DIAGNOSTIC DE CETTE LÉSION AVANT LA RÉDUCTION DE LA LUXATION.

M. Perrin fait une communication au nom de M. Angel Marvaud, médecin à l'hôpital de Mascara: Un Arabe de dix-huit ans reçut, en juillet 1875, un coup de fusil chargé à balle dans la région mastoïdienne gauche. Le blessé, peut faire 3 kilomètres à pied pour rentrer chez lui. Il tomba alors comme une masse inerte. Cette période comateuse dura quelques jours. Puis survinrent des mouvements automatiques et des secousses convulsives, surtout dans la partie gauche du corps. L'ouïe revint peu à peu. La paupière supérieure gauche était paralysée; celle du côté droit était intacte. Plus tard, arriva une paralysie complète de tout le côté droit, et une paralysie du moteur oculaire commença comme à gauche. Impossibilité d'avaler et de projeter la langue en avant. La paralysie intéressait le mouvement et la sensibilité.

Le blessé fut apporté dans cet état dans le service de M. Marvaud, qui jugea la trépanation utile. Au fond de la plaie, on voyait une simple fêlure du crâne. L'état cérébral s'allégea peu à peu, on constata de l'aphasie. Le malade comprenait les questions, mais il répondait à tout par plusieurs fragments de phrases.

Un couronne de trépan fut appliquée immédiatement au-dessus de la fêlure, vers le milieu de la portion écailleuse du temporal; la dure-mère était intacte. Le lendemain, seconde couronne de trépan, à 1 centimètre en avant de la première et au-dessous de la fêlure; le chirurgien fit sauter le pont intermédiaire et explora avec le doigt. Il put extraire trois esquilles, dont une avait 2 centimètres d'étendue. Immédiatement la paralysie disparut au bras et à la jambe; le lendemain la langue reprit ses fonctions. Au bout de quinze jours il ne restait aucune trace de l'accident et le blessé quittait l'hôpital complètement guéri.

M. Perrin demande l'insertion de ce travail dans les *BULLETINS* de la Société.

M. Lucas-Championnière. Turner a fait la topographie des circonvolutions cérébrales dans leurs rapports avec la boîte crânienne. Il est à regretter que le siège précis des esquilles ne soit pas indiqué nettement dans l'observation de M. Marvaud.

M. Perrin. L'extrémité postérieure du sillón était située derrière l'oreille, et l'extrémité antérieure au niveau de la région temporale; le trépan a été appliqué au milieu du sillón. Les esquilles se trouvaient en avant des couronnes du trépan. Il est vrai que ce n'est pas là le siège anatomique de l'aphasie.

M. Duplay, à l'occasion du rapport de M. Terrier sur le travail de M. Abadie, signale un mémoire inséré dans le der-

nier numéro de l'*AMERICAN JOURNAL*. M. Bull rapporte le résultat de ses recherches sur les lésions de l'œil en rapport avec le mal de Pott. Il a observé des lésions de structure du nerf optique et de la rétine, de la névrite, mais jamais l'atrophie à la suite du mal de Pott. Cette atrophie existe-t-elle? M. Duplay en doute. On ne voit pas, dans l'observation de M. Abadie, les symptômes ordinaires du mal de Pott, mais plutôt les symptômes d'une lésion cérébrale; qui a été suivie d'atrophie; le mal de Pott ne serait qu'une coïncidence.

M. Verneuil lit un rapport sur un travail de M. Saxtorff (de Copenhague): DU PANSEMENT ANTISEPTIQUE DE LISTER. Voici les divers cas dans lesquels le chirurgien l'a appliqué ce pansement:

4 résections de l'épaule.	4 guérisons.
4 — de la hanche.	3 —
2 — du coude.	2 —
2 — du poignet.	2 —
2 — du genou.	2 —

Avec une telle statistique, on comprend sans peine l'enthousiasme de M. Saxtorff, qui attribue ses succès au pansement de Lister.

M. Boinet voudrait savoir si les malades de M. Saxtorff ont été opérés dans les salles communes ou s'ils ont été soignés dans des chambres particulières.

M. Verneuil. Un seul malade a été isolé dans une chambre.

M. Lucas-Championnière. Au Friedrieh's Hospital, avant l'application du pansement de Lister, on observait l'érysipèle et l'infection purulente; depuis, ces complications sont inconnues.

M. Tillaux est frappé du nombre considérable de résections faites à l'étranger; à Paris, on a rarement l'occasion d'en faire. Dans un cas, rapporté par M. Saxtorff, M. Tillaux n'aurait pu se décider à réséquer la hanche. Il faut donc tenir compte, pour les résultats, de la période à laquelle on intervient.

M. Lucas-Championnière. Dans le pansement de Lister comme dans le pansement ouaté, on cherche à faire vivre la plaie en dehors des germes atmosphériques. Le but du tube à drainage dans le pansement de Lister, c'est l'écoulement des liquides et non du pus; c'est dans les premiers jours du pansement que ce tube joue un rôle.

M. Le Fort. Quelle que soit la plaie chirurgicale, elle sécrète une quantité de lymph plastique en excès, qui ne peut s'organiser en totalité; il faut donc en favoriser l'écoulement, d'où le drain. C'est là aussi le but de la réunion dite *profonde* par M. Azzini; et qui serait mieux nommée *réunion intermédiaire*.

On fait un pansement de Lister un reproche: l'acide phénique est irritant pour la plaie, et en Allemagne on le remplace par l'acide salicylique. Langenbeck dit que ce pansement est empêché par l'érysipèle, et M. Le Fort pense que cette complication peut avoir pour point de départ l'irritation locale produite par l'acide phénique. M. Av. Guérin empêche les germes d'arriver sur la plaie; M. Lister tue les germes.

Il y a un excellent antiseptique, c'est le camphre. Depuis longtemps M. Le Fort emploie le camphre et il n'a plus à redouter l'infection purulente et l'érysipèle.

M. Verneuil. Le pansement de Lister n'est ni long ni difficile; en huit minutes on pansé le moignon d'un amputé. L'acide phénique n'irrite que les mains du chirurgien; pour le malade, la douleur est presque nulle et les bords de la plaie ne sont pas irrités.

M. Le Fort. L'irritation des plaies, dans le pansement de Lister, est un fait évident; si l'acide phénique irrite les mains du chirurgien, à plus forte raison il irritera les plaies chirurgicales.

M. Lucas-Championnière. L'acide phénique ne peut irriter

les plaies, puisqu'il en est séparé par une pièce de pansement appelée *protecteur*.

— **M. Tillaux.** Une femme de soixante-six ans vient à l'hôpital pour se faire traiter d'un œzène datant de deux ans. En explorant les fosses nasales avec un stylet, on trouvait à la face inférieure du vomer la sensation d'un point nécrosé. Lavage pendant plusieurs mois; le séquestre était toujours immobile. Au bout de six mois, M. Tillaux voulant ébranler le séquestre, fit basculer un petit corps dur, ayant la forme d'une mûre. Ce n'était pas un os, mais un noyau de cerise incrusté de calcaire; il avait passé plusieurs mois sur le bord postérieur du vomer.

— **M. Théophile Anger** présente une pièce anatomique: Un vieillard de Bicêtre s'étant luxé l'épaule, le chirurgien constata le loudement de l'accident, outre les symptômes de la luxation, l'insensibilité de la peau de la région deltoïdienne. Il annonça qu'après la réduction il resterait une paralysie du muscle deltoïde, ce qui est lieu. Le malade mourut de pneumonie six jours après l'accident.

— A l'autopsie, outre les lésions viscérales, on trouva sur le nerf circonflexe une contusion limitée au point où ce nerf fournit le rameau cutané; la gaine du nerf était remplie de sang noir.

Avant de réduire une luxation de l'épaule, on peut donc prévenir le malade qu'il aura une paralysie du muscle deltoïde, si l'on constate une anesthésie de la peau à ce niveau, car c'est l'indice d'une lésion du nerf circonflexe.

L. LEROY.

Société de biologie.

SEANCE DU 29 JANVIER 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

TÊTE DE BŒUF, ATTEINTE DE DIPHTHÉRIE; M. CORDEREAU. — HÉMI-ANESTHÉSIE DIRECTE DANS LES CAS DE LÉSIONS CÉRÉBRALES; M. BROWN-SÉQUARD; DISCUSSION; M. CHARCOT. — ACCIDENTS D'ORIGINE SPINALE AVEC ÉLEVATION DE LA TEMPÉRATURE DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE; M. MAGNAN. — ÉTUDE DE LA QUANTITÉ D'ACIDE CARBONIQUE EXPIRÉ FAIT AU MOYEN D'UN APPAREIL NOUVEAU; M. SANSON.

BLESSURE DE L'ŒIL PAR UN GRAIN DE PLOMB; M. PONCET. — LÉSIONS ARTICULAIRES CHEZ DEUX ATAXIQUES; M. RAYMOND.

M. Cordereau présente à la Société une tête de fœtus aplatie latéralement suite de la compression exercée sur elle par deux tumeurs de la placenta de volume inégal, entre lesquelles elle s'est trouvée enclavée.

— **M. Brown-Séguard** continue aujourd'hui l'exposé de sa doctrine: il s'agit de l'hémi-anesthésie. L'auteur a dépouillé avec soin environ 42000 observations de lésions cérébrales; sur ce nombre il a rencontré seulement 17 ou 18 cas dans lesquels il y avait hémi-anesthésie du même côté que la lésion; il entre dans quelques détails à propos des faits particuliers.

• Dans le cours de son argumentation, M. Brown-Séguard dit que les troubles de la sensibilité sont très-fréquents chez les hémiplegiques de cause cérébrale.

M. Charcot dit, au contraire, que ces troubles sont rares si l'on a soin de se mettre à l'abri des causes d'erreur, l'état de stupeur qui suit l'ictus apoplectique, l'hystérie, l'intoxication saturnine, etc.

M. Sanson rapporte les résultats de 100 expériences faites avec un appareil nouveau pour mesurer la quantité d'acide carbonique expiré. Il est arrivé aux conclusions générales suivantes: La proportion d'acide carbonique expiré dans l'unité de temps et pour l'unité de poids varie avec le genre, l'espèce et la variété. Dans une même variété, la quantité d'acide carbonique atteint un maximum et diminue ensuite avec l'âge. Dans une même espèce, il y a d'autant plus d'acide carbonique rendu que la capacité thoracique est plus grande.

L'alimentation n'exerce aucune influence sur la quantité d'acide carbonique rendu. L'examen pratiqué après ce travail ne donne pas plus d'acide carbonique que chez les animaux qui ne travaillent pas. Elle est en raison directe de l'élevation de la température et en raison inverse de la pression barométrique. Comme conclusion générale: la quantité d'acide carbonique rendue est en raison de la surface du poumon et du milieu atmosphérique, formule qui n'est autre que la loi physique de diffusion des gaz.

— **M. Poncet** rend compte de l'examen histologique d'un œil blessé par un grain de plomb. La vision, d'après les renseignements cliniques fournis par M. de Wecker, s'était maintenue deux ans pour disparaître brusquement après une chute. L'étude histologique du globe oculaire a démontré l'existence d'un décollement complet de la rétine en champignon, avec cette circonstance que le pédicule était double et détaché en partie à sa base du nerf optique; une partie de ce pédicule provenait d'une cicatrice de la sclérotique blessée par le projectile, mais n'était pas le corps étranger; celui-ci était allé s'enkyster à la zone ciliaire après avoir touché le fond de l'œil.

M. Poncet établit par la situation du kyste que le grain de plomb n'a pas ricoché, mais glissé au moment de la chute pour gâcher la partie délicate; le décollement se produisit en même temps.

— **M. Raymond** présente des pièces anatomiques assueses de deux malades ataxiques morts après avoir présenté des phénomènes d'arthropathie d'origine spinale.

— Pendant le cours de cette séance, M. Hamy avertit la Société qu'une exposition d'instruments servant aux sciences physiques et biologiques est ouverte à Londres par les soins du gouvernement anglais. La Société de biologie est priée d'y prendre part. M. le président désigne MM. A. Moreau, Ranvier et Hamy pour faire partie de la commission qui sera chargée de centraliser les instruments qui pourront être envoyés. Le gouvernement anglais fait absolument tous les frais de l'exposition et même ceux de transport.

H. CHOUPEPPE.

ERRATUM. — Dans la dernière séance (n° 4, p. 58), dernière communication, un lieu de M. Petit lisez M. Gouth.

Société de thérapeutique.

SEANCE DU 26 JANVIER 1876. — PRÉSIDENCE DE M. OULMONT.

NOMINATION DU PROFESSEUR HIRTZ. — EMPLOI DU SULFATE D'ÉSÉRINE CONTRE L'ASTHÉNIE CONSÉCUTIVE AUX MALADIES AIGÜES ET CONTRE CERTAINES FORMES DE PRÉSYBIE; SÉNILE; M. GÜBLER. — ACTION COMPARÉE DU BROMURE ET DU SULFATE DE QUININE; MM. GÜBLER, MALHE, DELIQUO, DE SAVIGNAC, DUJARDIN-BEAUMETZ.

ELECTION. — M. le professeur Hirtz a été nommé, à l'unanimité des voix, membre de la Société de thérapeutique.

— **M. Gübler** entretient la Société d'un moyen de pallier aux troubles de la vision qui suivent les maladies aiguës et quelquefois les états chroniques. Ces troubles se rattachent à la grande classe des paralysies consécutives aux maladies et décrites par le savant professeur de thérapeutique. Ils sont caractérisés par de l'asthénopie, de la faiblesse des muscles intrinsèques de l'œil. Un médicament agit puissamment sur eux: c'est la *feve de Calabar*.

Il suffit pour remédier à cette asthénopie (difficulté d'accommodation, état vague, des images produites par les objets rapprochés, dilatation pupillaire), de laisser tomber dans l'œil quelques gouttes d'une solution de sulfate d'ésérine. Au bout d'une heure ou deux, la vision devient alors très-nette dans l'œil qui a été soumis à l'ésérine.

Mais ce résultat n'est pas atteint d'emblée. Au début, dans

les quinze à vingt minutes qui suivent l'insufflation de l'ésérine, la pupille devient étroite, punctiforme, et à ce moment là vision est plus trouble dans l'œil soumis à l'ésérine que dans l'autre.

C'est là un phénomène à expliquer mais qui semble complexe : tout collaire produit de l'excitation, de la sécrétion des larmes, et par cela même de la difficulté de voir.

Mais quand ces premiers phénomènes ont disparu, que la pupille se dilate, à nouveau et qu'après avoir été punctiforme elle devient moyenne, la vue devient très-nette. Mais il faut recommencer le lendemain, sans quoi la vision ne se maintient plus aussi nette.

La formule du collaire qu'emploie M. Gubler est au 1/500 ou au 1/200.

Ce n'est pas, tout M. Gubler, à cet occasion d'appliquer l'ésérine au traitement de la presbytie. La presbytie est une conséquence normale du progrès des années; mais dans un grand nombre de cas, cette presbytie semble venir par saccades. C'est alors que l'ésérine peut rendre de véritables services.

M. Gubler cite le fait d'une dame d'un certain âge qui vit tout à coup diminuer sa vision; en même temps elle souffrait des yeux. M. Gubler pensant à un état pathologique du système moteur de l'œil, conseilla le collaire à l'ésérine; ce collaire eut l'avantage de rendre la vision plus claire et de calmer la douleur. Depuis lors, cette dame a eu, à diverses reprises, des troubles de la vision, revenant par accès; à chaque fois elle a d'elle-même repris son collaire, et chaque fois avec le même succès. Depuis lors, M. Gubler a vu des gens presbytes plus âgés s'en trouver bien. Il considère ce moyen comme excellent pour enrayer au moins la rapidité de la presbytie.

M. Mialhe, revenant sur la question du bromhydrate de quinine, demande à M. Gubler sur quoi se basent les préférences qu'on peut avoir pour ce sel comparé au sulfate de quinine.

M. Gubler répond que, contrairement à ce que fait le sulfate de quinine, même associé à un acide végétal inoffensif, le bromhydrate en injection-sous-cutanée ne donne jamais lieu à la production de tubercules, de nodi; encore moins donne-t-il naissance à des abcès. Or, c'est là un point essentiel, et jusqu'ici aucune solution de quinine n'a présenté cet avantage. Rien qu'à ce titre le bromhydrate est bon; mais, en outre, il a quelque chose des composés du brome; il est plus sédatif du système nerveux que n'est le sulfate de quinine. De plus, plusieurs malades, tout en ayant obtenu d'excellents effets antipyrétiques aussi avec le sulfate, n'ont pas ressenti avec le bromhydrate de quinine l'ivresse quinquina au même degré.

M. Mialhe pense qu'à dose égale de quinine pure l'ivresse doit être la même. Il insiste pour qu'on tienne compte uniquement de la dose de quinine pure, et non de la dose du sel de quinine. Il est d'avis que le sulfate de quinine, qu'on a accusé d'irriter l'estomac plus que le bromhydrate, est inoffensif pour cet organe. Il a pris lui-même 10 grammes de sulfate de quinine en cinq jours, sans éprouver le moindre trouble gastrique. C'est la maladie qu'on se propose de traiter par la quinine qui donne du mal d'estomac, et non la quinine.

M. Gubler, sans pouvoir encore rien affirmer, est porté à croire que le bromhydrate possède des propriétés calmantes particulières. Il croit, en outre, que M. Mialhe conclut peut-être hâtivement contre l'action nocive du sulfate de quinine sur l'estomac. Les médecins des pays où sévit la fièvre palustre, et les malades surtout, savent tous que l'ingestion du sulfate de quinine produit de la gastralgie; or, la gastralgie n'est pas un symptôme habituel de la fièvre. Sans doute, toutes les gastralgies qu'on retrouve chez les fiévreux ne sont pas dues au sulfate de quinine, mais cela est vrai pour beaucoup. La quinine donne de la gastralgie, mais le bromhydrate de quinine semble en donner moins que le sulfate.

Il ne faut pas croire d'ailleurs qu'un médicament ingéré dans l'estomac pénètre en totalité dans la circulation; — c'est même ce qui fait la supériorité de la méthode hypodermique. Les médicaments donnés par l'estomac sont plus lentement absorbés, et il n'en arrive pas dans le sang, et surtout dans les parœchymés, assez à la fois pour produire des effets physiologiques intenses.

Ce fait est vrai pour tous les médicaments; mais il y a plus : le médicament rencontre dans l'estomac un milieu où il peut subir un grand nombre d'altérations; non pas de digestions à proprement parler, mais d'altérations chimiques. Si l'on se rencontre certains acides, certains corps en voie de transformation, l'équilibre moléculaire se communique à la substance; cette substance se détruit et, même à doses élevées, on n'a pas de phénomènes physiologiques. C'est ainsi qu'on peut donner 1, 2, 3, 4 et même 5 milligrammes de sulfate d'atropine par l'estomac, sans obtenir de dilatation de la pupille, alors que 4 milligramme injecté sous la peau du même malade peut produire les phénomènes les plus inquiétants.

Il y a des substances qui résistent plus que d'autres à ces altérations stomacales. La morphine est, de ce nombre; la quinine aussi, mais pas complètement. Enfin, il y a des substances qui se transforment de suite : les glycosides, les alcaloïdes peu stables, telles que l'aconitine. Lorsqu'on jette dans l'estomac des doses élevées de quinine, il n'est pas bien sûr que tout reste à l'état de quinine, il se fait de la quinidine, de la quinicine et même des substances inertes.

Il convient donc, pour comparer le sulfate et le bromhydrate de quinine, de comparer leur action, par la même voie.

M. Deloucq de Saingnac est également d'avis que la quinine irrite l'estomac. Les femmes surtout ont fréquemment de la gastralgie après avoir pris du sulfate de quinine, et si certains sujets ont normalement de la gastralgie, ce qui n'est pas la règle dans la cachexie palustre, ceux-là savent bien que le sulfate de quinine augmentera leur gastralgie, surtout s'ils le prennent à jeun. Dans ces cas, il est bon de prendre le sulfate de quinine au moment du repas; mais alors, si l'on évite la gastralgie, on manque quelquefois la guérison de la fièvre.

A priori, M. Deloucq pense que le bromhydrate doit donner moins d'ivresse que le sulfate; en cela il tiendrait du brome. M. Deloucq donnerait surtout le bromhydrate aux malades qu'on le cerveau excitable.

M. Beaumetz croit que c'est à tort que l'on confond l'acide bromhydrique et le brome; autant vaudrait, dit-il, confondre l'acide chlorhydrique et le chlore. Les substances qui se combinent s'éloignent de celles dont elles dérivent; il ne voit pas pourquoi un bromhydrate pourrait ressembler à un brome.

M. Gubler croit qu'il y a là une mauvaise interprétation des formules. On n'a jamais dit, et surtout prouvé, que le bromhydrate de quinine fut une association d'acide bromhydrique et de quinine; nul ne sait s'il y a là de l'acide bromhydrique, et la dénomination de ce composé n'est pas juste; c'est plutôt du brome de quinine qu'il faudrait dire, de même qu'au lieu de dire du chlorhydrate d'ammoniaque on dit du chlorure d'ammoniaque.

M. Gubler ne dit pas d'ailleurs que les avantages du bromhydrate de quinine soient tous démontrés, les faits ne sont pas encore assez nombreux; mais il incline à penser que plusieurs de ces avantages existent réellement. Il n'est pas certain que le bromhydrate de quinine irrite moins l'estomac que le sulfate, mais il est certain qu'il possède une action supérieure. Cette supériorité est probablement due au brome, qui joue le rôle d'acide.

M. Mialhe croit aussi que le brome du bromhydrate de quinine doit se retrouver dans le sang à l'état de bromure alcalin; il pense qu'il doit y avoir de sa part un effet sédatif; mais il trouve qu'il y a bien peu de brome; et par suite bien peu d'effet produit par lui.

M. Gubler ne saurait partager cet avis. Le milieu organique change les conditions chimiques. Nous savons bien, dit-il, que lorsqu'on mélange du sulfate de peroxyde de fer, et du carbonate de soude, il se fait du carbonate de peroxyde de fer; mais dans le sang le milieu est albumineux et le mélange de deux substances qu'il vient de citer ne donne plus le même résultat apparent. La chimie du laboratoire n'est plus la chimie de l'intérieur de nos organes.

En présence de la supériorité apparente du bromhydrate sur le sulfate, M. Gubler se demande si ces propriétés ne tiennent pas plus au bromhydrate de quinine, *total* qu'au brome isolé supposé.

Le chlorure de sodium n'a ni les propriétés du chlorure ni celles de la soude. Il en est de même du bromure de quinine.

A. B.

REVUE DES JOURNAUX

Considérations sur la nature et le traitement de la pelade, par M. HORAND, chirurgien en chef désigné de l'Antiquaille.

Bazin a admis trois espèces de teignes, la *teigne favuse*, la *teigne tonsurante* et la *teigne pelade*, qui répondent chacune à un cryptogame spécial : la première à l'*Achorion Schoenleinii*, la seconde au *Trichophyton tonsurans*, la troisième au *Microsporon Audouinii*. Il n'est plus permis de douter que la teigne favuse et la teigne tonsurante ne soient produites par les cryptogames cités plus haut; mais M. Horand exprime une opinion différente à l'égard de la pelade, dont la nature parasitaire est loin d'être démontrée.

Les maladies cutanées parasitaires ont pour caractère essentiel d'être contagieuses et inoculables. En est-il de même de la pelade? Les expériences pratiquées par le chirurgien lyonnais sont concluantes. M. Horand a d'abord inoculé la pelade à des jeunes chiens, et cela de la même manière que l'herpès tonsurant, c'est-à-dire en rasant préalablement la surface d'inoculation, en l'humectant et en frictionnant ensuite avec la poussière épidermique obtenue en raclant une plaquée de pelade non traitée. Ces résultats n'ont donné lieu à aucune lésion locale. Autorisé par ces résultats, M. Horand a également tenté l'inoculation sur un jeune enfant sans en obtenir de résultat.

Un autre caractère des maladies cutanées parasitaires est de se manifester à l'extérieur par une production cryptogamique. Il en est ainsi pour le favus, l'herpès tonsurant, le pityriasis versicolor, etc.; or, rien de semblable dans la pelade, maladie dans laquelle le cuir chevelu ne présente pas la moindre production pathologique.

Certains réactifs permettent encore d'affirmer l'absence de parasites dans la pelade. Dyce Duckworth a fait observer que le chloroforme; à la dose de quelques gouttes, versé sur une plaquée cutanée dont on cherche à déterminer la nature, produit en s'évaporant l'action suivante, lorsqu'il existe un parasite végétal : la peau se recouvre d'une poussière jaunâtre et fine; semblable à de la fleur de soufre, et les cheveux deviennent opaques; d'une couleur jaune blanchâtre et revêtent l'aspect de fins filaments de végétaux; tandis que la peau et les cheveux sains ne sont nullement influencés par le chloroforme. Or cette réaction fait complètement défaut dans le *porrigo decalvans*.

On peut donc affirmer, avec M. Horand, que la pelade n'est pas une maladie parasitaire et qu'elle n'est, par conséquent, ni contagieuse ni inoculable.

Les recherches anatomiques faites jusqu'à ce jour n'élaient point les phénomènes pathologiques qui caractérisent la pelade. D'après Hébra, les cheveux n'offrent en réalité aucune lésion spéciale, et cette absence de travail pathologique ap-

préciable a conduit cet auteur à classer la pelade dans les atrophies cutanées.

En résumé, il est incontestable que la pelade est le résultat d'un trouble de nutrition du cheveu par suite d'une lésion non encore déterminée de l'influx nerveux. C'est donc dans la catégorie des maladies cutanées de cause nerveuse qu'elle doit figurer, et non dans la classe des teignes.

La nature de la pelade une fois établie, il devient facile d'instituer pour cette maladie un traitement rationnel. Du moment, en effet, que son développement ne peut être attribué à un parasite végétal, il est inutile d'avoir recours à un parasiticide. Dès lors, le traitement de la pelade consiste uniquement à employer des substances capables d'irriter le follicule pileux et à modifier l'état général dans les cas où l'on suppose que la trichonévrose est sous la dépendance de la constitution. Ces substances sont non-efficaces, mais l'huile de croton paraît avoir une action très-efficace. M. Horand en conseille l'emploi de la manière suivante : On coupe un morceau d'amadou de la grandeur de la plaquée sur laquelle on veut agir; on l'imprègne légèrement d'huile de croton, puis on l'applique sur cette plaquée; on la recouvre d'une couche de coton et on la fixe au moyen du bandage appelé *capelline*. Le lendemain on enlève le pansement et l'on constate une éruption pustuleuse plus ou moins confluentes, non-seulement à la surface de la plaquée, mais encore à la périphérie, au niveau de chaque cheveu. Lorsque l'éruption est guérie, de quel à lieu ordinairement en moins de huit jours, on renouvelle l'application d'huile de croton et l'on continue jusqu'à ce que les cheveux repoussent. Lorsqu'il existe plusieurs plaques de pelade on les traite, non pas toutes à la fois, mais alternativement, afin de ne pas produire une inflammation trop intense du cuir chevelu. Ce moyen est peu douloureux et n'apporte aucun trouble dans l'économie; aucun de ceux qui ont été préconisés jusqu'à ce jour ne donne un résultat plus prompt, car la guérison est complète au bout de quelques mois. (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, t. VI, n° 6, t. VII, n° 1).

BIBLIOGRAPHIE

Nouveau dictionnaire des plantes médicinales, par le docteur A. HÉBRAUD, professeur d'histoire naturelle médicale à l'École de médecine navale de Toulon, Paris, 1875. J.-B. Baillière. 1 vol in-18.

Il n'est pas d'étude plus attrayante ni plus utile que l'étude de l'histoire naturelle médicale; et en particulier de la botanique. Les plantes, en effet, nous fournissent le plus grand nombre des médicaments; toutes, à peu près, ont été employées à divers titres en médecine; et s'il en est beaucoup d'inactives, il en est un certain nombre qui, sous le rapport de l'activité, peuvent se placer au même rang que les remèdes tirés du règne minéral. On comprend donc tout l'intérêt qui s'attache à l'étude des plantes médicinales, intérêt qui nous explique pourquoi tant d'auteurs se sont occupés de cette matière depuis l'antiquité jusqu'à nos jours.

Après tant d'autres justement célèbres, M. Hébraud court la même carrière. On pourrait tout d'abord penser que son ouvrage, peu volumineux, n'est qu'une sorte de manuel, une sorte d'abrégé extrait des ouvrages les plus récents qui traitent de cette partie de la science; heureusement il n'en est rien. L'ouvrage du savant professeur de Toulon est bien une œuvre originale, et l'on sent à chaque page que l'auteur connaît la matière, qu'il la possède, qu'il en parle enfin comme un maître doit en parler.

L'ouvrage se divise en deux parties. La première comprend le dictionnaire des plantes médicinales.

La seconde traite des plantes médicinales étudiées au point

de vue botanique, pharmaceutique et médical : ce sont les généralités. J'y trouve, en effet, des considérations sur la composition des plantes; des notions sur l'élection ou choix des plantes, sur leur récolte, leur conservation, leur emploi et les formes qu'elles reçoivent dans l'officine. Enfin, cette partie se termine par la classification des plantes d'après leur action physiologique et leur effet thérapeutique, suivis d'un mémorial thérapeutique ou liste alphabétique des états morbides; avec désignation des plantes appropriées à leur traitement.

La première partie, c'est-à-dire le dictionnaire, est, cela va de soi, la partie la plus étendue et la plus importante de l'ouvrage. M. Héraud y a donné le catalogue de toutes les plantes qui, d'après le Codex de 1866, doivent se trouver dans toutes les pharmacies.

Pour chaque plante, il indique d'abord le nom français, puis le nom latin, enfin le nom vulgaire. Il décrit ensuite le végétal d'après nature pour les espèces indigènes, d'après les auteurs les plus recommandables pour les espèces exotiques. Il indique le lieu d'habitation, l'époque de maturation du fruit, de la récolte, etc. Cela fait, il énumère les parties usitées, en fait connaître les propriétés chimiques et indique :

1° Les modifications qu'on leur fait subir pour faciliter leur emploi en médecine.

2° Les doses auxquelles on les prescrit.

3° Les médicaments qu'il faut éviter de leur associer et de ceux qui peuvent les suppléer.

Il termine l'histoire médicale de chaque plante par l'exposé de l'action qu'elle exerce sur l'organisme et des applications thérapeutiques.

L'ouvrage est accompagné de nombreuses figures intercalées dans le texte, qui, je dois l'avouer, ne m'ont pas paru être originales; il me semble que beaucoup appartiennent à l'ouvrage de Guibourt, mais peu importent, elles n'en sont pas moins très-utiles pour suivre les descriptions.

Index bibliographique.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LA DURÉE DE LA GROSSESSE, SES RAPPORTS avec la conception, l'ovulation et la menstruation, par le docteur Prosper GASTON, in-8°; Paris 1875, V. Dolahaye.

Dans un premier chapitre M. Gaston expose quelques considérations physiologiques sur la conception, la menstruation et l'ovulation. Les dernières investigations scientifiques ont démontré qu'il existe un intervalle entre le moment de l'introduction du sperme et celui de la conception. Puisqu'il est admis que le spermatozoïde vit un certain temps dans les organes génitaux, temps pendant lequel il est susceptible de féconder l'ovule, il serait donc intéressant de connaître la durée de sa vitalité. Marion Sims dit que le spermatozoïde ne peut vivre que 12 heures dans le mucus vaginal, mais que sa vitalité est, plus longue dans le mucus du col; ce dernier mucus examiné 40 heures après le coït renferme autant de spermatozoïdes morts que de vivants. Ces résultats et ceux des autres expérimentateurs ne permettent pas cependant de dire combien de temps, après le coït, la conception peut avoir lieu. Il est donc impossible de fixer l'intervalle qui sépare le dépôt du sperme et la conception, et par conséquent de connaître la durée réelle de la grossesse.

L'auteur étudie ensuite la menstruation dans ses rapports avec la maturité de l'ovule. S'appuyant sur les travaux de Slawjanski, de Beigel et de Spencer Wells, il combat la théorie qui établit entre l'expulsion de l'ovule et la menstruation des relations de cause à effet. Ses recherches récentes démontrent en effet que l'évolution des follicules de Graaf et l'expulsion de l'ovule peuvent se faire indépendamment de la menstruation. Celle-ci, comme toute congestion, favorise la maturation des follicules, mais il ne s'ensuit pas que les follicules ne puissent pas utérin chez les femmes non réglées, et l'on voit d'ailleurs des ovaires d'enfant contenir des follicules mûrs. Le développement des follicules et leur maturation ne sont donc pas des phénomènes périodiques comme les auteurs l'ont avancé; les follicules arrivés à leur maturité se rompent s'ils rencontrent des conditions favorables; dans le cas contraire ils sont soumis au processus de l'atrophie.

Dans une autre partie de son travail M. Gaston rapporte 81 observations qu'il a recueillies pendant son externat à la clinique d'accouchement. Pour calculer la durée de la gestation il part du jour de la cessation des dernières règles; il obtient une durée typique de 272 jours, chiffre qui correspond exactement à celui obtenu par Hecker.

Voici les conclusions de l'intéressant travail de M. Gaston :

1° La grossesse n'a pas une durée qui soit la même pour tous les cas; le plus habituellement elle dure de 267 à 274 jours;

2° La conception peut avoir lieu quelques jours après la cessation des règles, mais elle peut se produire aussi au moment où celles-ci apparaissent et supprimer alors l'écoulement menstruel;

3° La conception, quoique moins fréquente, est cependant possible dans la période inter menstruelle, ce qui est établi par quelques-unes de nos observations, lesquelles contiennent les recherches de Slawjanski et prouvent qu'ovulation et menstruation sont deux fonctions distinctes;

4° La multiparité paraît entraîner une plus grande durée de la période de gestation.

VARIÉTÉS

Liste des prix de la Faculté pour l'année scolaire 1875-1876.

PRIX CORVISART. — Tous les élèves de la Faculté inscrits à l'une des cliniques internes sont admis à concourir pour ce prix qui consiste en une médaille d'or de 400 francs.

Une question de médecine pratique est, au commencement de chaque année, proposée par les professeurs aux élèves des cliniques internes. Les élèves doivent en chercher la solution exclusivement dans des faits observés par eux dans les salles de clinique interne. Pour être admis à concourir, on se fait inscrire au commencement de chaque année, dans l'une des cliniques internes.

Avant le 1^{er} juillet de chaque année, chacun des concurrents remet au secrétaire de la Faculté : 1° les observations recueillies au numéro du lit qui lui a été désigné; 2° la réponse à la question proposée. Les mémoires doivent être déposés sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Un jury est chargé de présenter un rapport sur ces travaux et de soumettre à la sanction de la Faculté les noms des concurrents qu'il juge dignes d'obtenir des médailles.

Concours de 1876. La question proposée est : *De l'insuffisance des valvules aortiques.*

PRIX MONTHYON. — Le prix Monthyon, qui consiste en une médaille de vermeil et une somme de 300 fr. en espèces, est accordé à l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies, et sur les moyens de les guérir.

Les mémoires des candidats doivent être déposés au Secrétaire de la Faculté avant le 1^{er} juillet, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

PRIX BARBIER. — D'après les dispositions de M. le baron Barbier, la Faculté de Médecine décerne tous les ans un prix de 2000 francs à la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieurs à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment.

Les travaux et les objets présentés doivent être déposés au Secrétaire de la Faculté avant le 1^{er} juillet.

PRIX CHATAUVILLARD. — Ce prix, dû aux libéralités de madame la comtesse de Chatauvillard, née Sabatier, et de la valeur de 2000 francs, est décerné chaque année par la Faculté de Médecine de Paris, au meilleur travail sur les sciences médicales, imprimé du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année précédente. Les ouvrages destinés à ce concours doivent être écrits en français (les thèses et dissertations inaugurales sont admises au concours). Ils sont remis au Secrétaire de la Faculté du 1^{er} au 31 janvier de l'année qui suit leur publication.

LEGS DU BARON DE TRÉMONT. — M. Joseph Girod de Vienney, baron de Trémont, ancien préfet, a légué à la Faculté de médecine de Paris, par un testament en date du 5 mai 1847, une somme annuelle de 4000 francs, en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune.

Par décret du 8 septembre 1858, M. le doyen a été autorisé à accepter ce legs au nom de la Faculté.

Les candidats doivent se faire inscrire avant le 1^{er} juillet de chaque année, au Secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné, en même temps, l'indication des pièces à fournir.

PUX LACAZE. — Aux termes du testament de M. le docteur Lacaze, un prix d'une valeur de 10 000 francs est accordé tous les deux ans au meilleur ouvrage sur la *phthisie* et sur la *fièvre typhoïde* et ainsi de suite alternativement et à perpétuité. Les mémoires des concurrents doivent être remis au Secrétariat de la Faculté avant le 1^{er} juillet.

Pour 1876, le prix sera attribué au meilleur travail sur la *phthisie*.

THÈSES RÉCOMPENSÉES. — La Faculté, après avoir examiné les thèses soutenues devant elle dans le cours de l'année scolaire, désigne à M. le Ministre celles qui lui paraissent dignes d'une récompense (médaille d'argent, médaille de bronze, mention honorable).

LES CHAIRES COMPLÉMENTAIRES. — Nous avons annoncé dans notre avant-dernier numéro que, contrairement aux conclusions du rapport de M. Chausard, l'Assemblée des professeurs avait voté en principe la création de chaires nouvelles, de même ordre que celles qui existent actuellement. Conformément à ce principe, l'Assemblée a d'abord voté la création d'une chaire de maladies mentales; puis, par un revirement auquel on aurait pu ne pas s'attendre, elle a écarté, par des votes successifs, toutes les autres chaires. L'Assemblée se sépare au moment où nous mettons nos pressés.

FACULTÉ. PRÉCIPUT DES DOYENS. — Le décret que nous avons mentionné dans notre dernier numéro (p. 62) et relatif au préciput des doyens de Faculté, ne concerne que les Facultés de province. A Paris, le préciput du doyen de la Faculté de médecine reste fixé à 9000 francs.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le ministre de l'Instruction publique vient de décider qu'il y a lieu de pourvoir à la chaire de *Clinique médicale* et à la chaire d'*Histoire de la Médecine*, vacantes à la Faculté de médecine de Paris.

Les candidats à cette chaire sont invités à faire parvenir au secrétaire de l'Académie, à la Sorbonne : 1^o leur acte de naissance; 2^o leur diplôme de docteur; 3^o une note détaillée des titres qu'ils ont à faire valoir, comprenant l'indication de leurs services dans l'enseignement et l'annotation de leurs ouvrages ou de leurs travaux.

Le registre d'inscription sera clos le mardi 8 février, à trois heures.

LE DOCTEUR CAFFE.

Nous annonçons, dans notre dernier numéro, la mort de notre sympathique confrère, le docteur Caffé. Ancien chef de clinique de Sanson à l'Hôtel-Dieu et à la Pitié, il avait d'abord dirigé spécialement ses études dans les hôpitaux vers l'ophtalmologie, dont l'enseignement avait été fondé par son chef. En 1837, il publia un *Résumé du compte rendu de la clinique ophtalmique* de la Pitié. Ces connaissances pratiques lui valurent une mission pour l'étude de l'ophtalmie régnante, (1838), dans les armées belge et hollandaise. Il fit paraître un rapport à ce sujet en 1840.

Tout en continuant l'étude de l'ophtalmologie qui lui donna longtemps de légitimes succès, Caffé dirigea bientôt son activité du côté du journalisme, auquel il dut principalement sa grande notoriété. Pendant plus de trente ans, il présida, avec un ardeur infatigable, la rédaction du *Journal des Connaissances médicales pratiques et de pharmacologie*.

Sans négliger les matières purement scientifiques il s'était créé une place à part dans toutes les questions qui se rapportaient à la déontologie médicale. Nul n'était plus jaloux que lui de la dignité des médecins et ne poursuivait avec plus d'ardeur et d'énergie tout ce qui pouvait la compromettre. L'indépendance de ses opinions leur donnait une valeur très-recherchée. Personne ne connaissait mieux que lui le corps médical français. La mort venait-elle à faire un vide dans nos rangs, Caffé retraçait avec le même intérêt la carrière bril-

lante d'un professeur célèbre ou la vie obscure et dévouée du plus humble praticien. Nul ne savait mieux que lui mettre en relief une figure un peu effacée et rechercher dans ces existences modestes consacrer au devoir quotidien quelque trait de dévouement, quelque fait honorable, capable de sauver un nom de l'oubli.

Caffé conserva jusqu'à la fin de sa carrière sa féconde activité. Enlouré des sympathies qu'il devait à son caractère loyal et bienveillant, il avait choisi pour gendre un jeune confrère dont la place était déjà faite à la Faculté et dans les hôpitaux. Le bonheur de sa vieillesse semblait assuré, quand il eut la douleur de perdre sa fille. Il ne devait pas longtemps lui survivre.

Caffé laisse un vide réel dans le journalisme médical, dont il était le doyen. Il s'y était fait une place distinguée par sa vive intelligence, la franchise de ses allures, sa préoccupation constante des intérêts médicaux et le soin jaloux qu'il apportait à défendre les traditions d'honneur et de délicatesse qui doivent être chères à tous les membres de la grande famille médicale.

NÉCROLOGIE. — On apprendra avec regret la mort de M. le docteur Gaussail, professeur honoraire à l'École de médecine de Toulouse, membre de l'Académie des sciences de cette ville.

MUTATIONS DANS LES HÔPITAUX. — Par suite de la nomination de M. Hardy comme professeur de clinique médicale à l'hôpital Necker, les mutations suivantes viennent d'avoir lieu dans le personnel des médecins des hôpitaux : M. Alfred Fournier passe à St-Louis; M. Benjamin Ball à Lourcine; M. Dujardin-Beaumont à l'Aspécie Larocheoucauld; M. Fernet à la direction des nourrices.

— Dans les services de chirurgie M. Duplay passe à l'hôpital Saint-Louis; MM. Sée et Cruveilhier à la Maison municipale de santé; M. Meunier à la Salpêtrière; M. Lannelongue à St-Eugénie. M. Le Dentu est nommé à la Salpêtrière; M. Perrier à Lourcine; M. Th. Anger à Bicêtre.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par suite de la nomination de M. Rochard au grade d'inspecteur général du service de santé de la marine :

M. Jossic, directeur du service à Rochefort passe en la même qualité au port de Brest, en remplacement de M. Rochard;

M. Barailleur, nouvellement promu au grade de directeur du service de santé, passe en cette qualité au port de Rochefort, en remplacement de M. Jossic.

— M. Lucas est nommé médecin principal de la division navale de Chine et du Japon.

— Un concours pour les emplois de prosecteur d'anatomie s'ouvrira le 7 février prochain à Brest et à Toulon.

ÉCOLES DE NANTES ET DE MARSEILLE. — Par décret en date du 28 janvier, l'école de Nantes est érigée en école de plein exercice, et son enseignement est réorganisé. Un autre décret de même date complète l'enseignement de l'école de Marseille qui jouissait déjà du plein exercice.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'ARRAS. — M. Germe, professeur adjoint d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

M. Dussart, suppléant, est nommé professeur adjoint de pathologie interne, en remplacement de M. Brémard, professeur titulaire, décédé.

— Il est ouvert un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES. — M. Lemaistre, docteur en médecine, est institué suppléant des chaires de physiologie et d'anatomie.

— M. le docteur Chénieux, suppléant des chaires de pathologie et clinique externes, est nommé professeur de pathologie externe à ladite École.

— M. Bleyrie (Pierre-Louis) est nommé suppléant des chaires de clinique et de pathologie externes et d'accouchements.

MÉDECINS SÉNATEURS. — La qualité professionnelle des élus du suffrage indirect n'étant pas indiquée par les journaux, nous ne pouvons donner la liste de ceux qui appartiennent au corps médical. Nous nous bornons à saluer ceux qui sont plus spécialement de notre connaissance : MM. Ch. Robin, Bonnet et Cazalas.

PRIVILÈGE DES MÉDECINS. — « Le privilège accordé aux médecins par l'article 2101 § 3 du Code civil, pour frais de la dernière maladie qui a précédé l'événement qui donne lieu à la distribution, qu'elle qu'ait été l'issue heureuse ou malheureuse de cette maladie, alors même que les derniers soins auraient été donnés plus d'un an avant cet événement. Ainsi jugé par le tribunal civil de Troyes, dans l'affaire de M. Baquins. »

ASILES D'ALIÉNÉS. — Le décret du 6 juin 1863 sur le classement du personnel administratif et médical des asiles publics a été modifié. Le personnel comprendra désormais cinq directeurs supérieurs aux appointements de 8000 francs; huit directeurs de première classe à 7000 francs; dix de deuxième classe à 6000 francs; douze de troisième classe à 5000 francs; douze de quatrième classe à 4000 francs, et un nombre illimité de directeurs de cinquième classe à 3000 francs. Les médecins en chef, disent les DÉBATS, pourront dépasser le chiffre de trente, et leurs traitements varieront entre 8000 et 3000 francs. Enfin, des médecins en nombre illimité et touchant des appointements qui s'éleveront de 2000 à 4000 francs pourront leur être adjoints.

CRÉMATION DU CORPS DE M. KELLER. — Nous extrayons de la *Gazetta d'Italia* les détails suivants : « L'appareil de crémation dû à MM. les professeurs Polli et Clericetti est disposé de façon que rien ne rappelle à l'esprit un procédé industriel et ne vienne troubler la solennité religieuse de l'incinération. On ne voit pas un tube, pas une soupape; l'urne est isolée. On a introduit le cadavre par une ouverture latérale, sans le présenter aux regards des spectateurs. On a fermé l'urne et la crémation a commencé. L'urne s'est maintenue froide au dehors, mais une ouverture fermée par un verre permettait de voir les flammes brillantes et très ardent, au milieu desquelles on distinguait encore la forme du corps. Le spectacle était vraiment nouveau et saisissant. Aucune mauvaise odeur ne s'est fait sentir, en dehors de l'odeur très-légère produite par l'échauffement du vernis qui couvre la plaque de fermeture. Le combustible employé est le gaz ordinaire d'éclairage qui est produit dans un gazomètre spécial et conduit dans l'urne par des tubes souterrains. Le cadavre repose sur un vrai lit de feu, sur une grille formée par des tubes d'os sortant près de 500 flammes de gaz mêlées à de l'air. D'autres flammes se trouvent dans la partie supérieure et dirigent leur dard puissant sur les parties du cadavre qui, comme par exemple la tête, résistent davantage à la crémation. On remarquait parmi les assistants les professeurs Polli et Clericetti, l'assesseur Lahus, beaucoup de médecins et d'ingénieurs. La crémation a duré une heure et demie. Les cendres seront retirées demain. On a consommé 42 mètres cubes de gaz, ce qui équivaut à une dépense de 10 à 18 francs, dans le cas où l'on ferait une crémation par jour.

LA PESTE. — Le LANCET annonce que la peste vient de se montrer de nouveau au Mésopotamie. Les Anglais ne sont pas sans concevoir quelques inquiétudes, car quelques cas ont été observés ces derniers années dans les ports de la Grande-Bretagne. Les points où le fléau vient d'apparaître sont situés au nord des principales villes qui furent déjà atteintes en 1807, 1873, 1874 et 1875, c'est-à-dire sur les voies qui mettent en communication la Mésopotamie et la Syrie. M. Netten se propose d'ouvrir une discussion sur le sujet à la Société des officiers sanitaires et de faire part des craintes que lui inspire l'importation de ce fléau en Europe.

LONGÉVITÉ DES MÉDECINS ET ANGLETERRE. — On a dit souvent que la profession médicale abrège de beaucoup la vie de ceux qui l'ont embrassée. Cette assertion, qui est certainement vraie, est en apparence contredite par les chiffres suivants, qui donnent l'âge de quelques-unes des célébrités médicales que vient de perdre l'Angleterre pendant l'année dernière : James Dawson, 96 ans ; Peter Laubram, médecin de la reine, 86 ans ; Stanley Ireland, doyen des fellows au Collège des chirurgiens, 96 ans ; Arthur Helsham, 90 ans ; Sir Cha. les Locock, necrocheteur de la reine, 77 ans ; William Beathle, 82 ans ; George Webster, 89 ans ; Thomas Baget, 79 ans ; Andrew Morison, 89 ans ; William Macdonald, 84 ans ; Henry Franklin, inspecteur général des hôpitaux, 89 ans ; James Snow, 96 ans. (Lancet.)

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — M. Fontagnères, docteur en médecine, est institué suppléant des chaires d'anatomie et physiologie.

EFFETS DES BOISSONS ALCOOLIQUES. — Un des plus chauds défenseurs des Sociétés de tempérance, M. le docteur Marmon, de New-York, estime que l'emploi des spiritueux a produit en Amérique les effets suivants pendant ces dix dernières années : 1° L'alcool a imposé à l'État une dépense directe de 600 millions de dollars; 2° il a causé une dépense indirecte de 700 millions de dollars; 3° il a détruit 300 000 vies; 4° il a placé 400 000 enfants à la charge de l'État; 5° il a envoyé au moins 150 000 individus en prison et dans des maisons de charité; 6° il a causé plus de 10 000 suicides; 7° il a causé, par le feu ou la violence, la perte de plus de 100 000 dollars en propriétés ou autres valeurs; 8° il a fait 200 000 veuves et un million d'orphelins. (Canadian Journal.)

Prix. — M. Abraham-Richard Dugate, par testament en date du 11 janvier 1872, a légué à l'Académie des Sciences 500 francs de rente pour, avec les arrérages annuels, fonder un prix quinquennal de 2500 francs à délivrer tous les cinq ans à l'auteur du meilleur ouvrage sur les signes diagnostiques de la mort et sur les moyens de prévenir les inhumations précipitées. Le prix sera décerné pour la première fois dans la séance publique de l'année 1880. Les ouvrages ou Mémoires seront reçus au secrétariat de l'Institut jusqu'au 1^{er} juin 1880.

CONCOURS. — Par arrêté en date du 31 janvier 1876, il sera ouvert un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont, le 21 août 1876. Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

ÉTAT SANITAIRE DANS LE HEDJAZ. — Après les ravages causés par le choléra en Syrie, pendant l'année dernière, on craignait que les pèlerins syriens n'apportassent le fléau en Arabie, lors de leur voyage à la Mecque.

L'*Akhbar* nous apprend que l'état sanitaire est bon dans le Hedjaz, grâce aux précautions prises aux lieux de débarquement des pèlerins, et surtout aux interdits misés à ce voyage par un certain nombre de gouvernements.

Aussi les arrivages de pèlerins à Djeddah ont-ils été relativement faibles et se chiffrent, du 22 juillet au 1^{er} novembre, par 3313 Turcs, 182 Égyptiens, 151 Arabes, 1825 Indiens, 1512 Africains (Mogréhins), 417 Javanais, 661 Persans, en tout 11 791. Il est débarqué, en outre, à Yambo, 400 Turcs et 187 Mogréhins. Le total général est donc de 12 360 pèlerins. Ces arrivages se sont effectués par petits groupes dont le transport successif a nécessité l'emploi de trente-cinq bateaux à vapeur.

L'administration sanitaire d'Égypte vient de décréter un règlement particulier pour le transport des pèlerins se rendant au Hedjaz par l'Égypte.

État sanitaire de Paris :

Du 21 au 27 janvier 1876, on a constaté 1048 décès, savoir :

Variolo, 8. — Rougeole, 4. — Scarlatine, 3. — Fièvre typhoïde, 15. — Erysipèle, 7. — Bronchite aiguë, 49. — Pneumonie, 100. — Dysentérie, 0. — Diarrhée cholériforme des enfants, 1. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 7. — Croup, 22. — Affections puerpérales, 7. — Autres affections aiguës, 255. — Affections chroniques, 505, dont 170 dues à la pléthysie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 45. — Causes accidentelles, 20.

SOMMAIRE. — PARIS. Académie de médecine : Des mouvements des vaisseaux et de leur inscription. — TRAVAUX ORIGINAUX. Clinique chirurgicale. Pléio par arrachement de la face interne du bras gauche. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — Société de thérapeutique. — REVUS DES JOURNAUX. Considérations sur la nature et le traitement de la polio. — BIBLIOGRAPHIE. Nouveaux dictionnaires des plantes médicinales. — VARIÉTÉS. Prix de la Faculté. — Le docteur Caffé. — FEUILLETON. A propos d'un discours académique de M. le professeur Tardieu.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOQUEL

Adressez ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

HISTOIRE ET CRITIQUE

DE QUELQUES ACCIDENTS QUI PEUVENT SURVENIR APRÈS LA THORACOCENTÈSE, À L'OCCASION D'UN DISCOURS À LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — DE LA SCLÉROSE HYPERTROPHIQUE DU FOIE.

De quelques accidents qui peuvent survenir après la thoracocentèse (1).

L'intérêt que suscitent toutes les communications qui ont trait aux accidents déterminés par la thoracocentèse; on observés à sa suite, n'est pas moindre aujourd'hui qu'en 1849, alors que Trousseau cherchait à vulgariser cette opération. Bien souvent déjà, à l'Académie de médecine et surtout à la Société médicale des hôpitaux, les indications et les contre-indications de la thoracocentèse, ses avantages et ses dangers ont donné lieu à de vives et intéressantes controverses. C'est grâce à elles que l'on semble à peu près d'accord aujourd'hui, surtout depuis les perfectionnements que doit à l'invention des appareils aspirateurs le manuel opératoire de la thoracocentèse, pour affirmer son innocuité et pour reconnaître l'opportunité d'une intervention chirurgicale dans les cas d'épanchements abondants. Mais il reste très-difficile d'expliquer les accidents observés parfois encore après l'évacuation du liquide. Lors même que des observateurs attentifs et éclairés s'appliquent avec le plus grand soin à rechercher les causes probables de la mort subite survenue après la ponction, les faits qu'ils signalent et les interprétations qu'ils proposent restent, sujettes à la discussion. On vient de le voir en lisant au compte rendu des séances de la Société médicale des hôpitaux les communications si intéressantes provoquées par la lecture d'un travail de M. Légroux. De même que l'on ne saurait toujours expliquer de quelle manière succombent les pleurétiques, il est souvent impossible de se rendre un compte exact des phénomènes qui suivent l'évacuation d'une quantité plus ou moins abondante du liquide épanché dans la plèvre. Nous essaierons cependant de comparer entre eux les faits recueillis et cités jusqu'à ce jour, afin de chercher à déduire de cette étude quelques conclusions pratiques.

Les cas de mort subite après la thoracocentèse sont relativement très-rares. On peut au moins affirmer qu'ils sont moins fréquents que les cas de mort subite dans la pleurésie abandonnée à elle-même ou traitée par une médication interne. C'est ce qu'avait déjà montré plusieurs cliniciens, et en particulier MM. Béhier et Hérard lors de la discussion qui fut soulevée en 1864 par la lecture d'un travail de M. Archaubault. M. Hérard avait pu, à cette époque, emprunter à un

assez grand nombre de ses collègues des observations qui prouvent non-seulement la fréquence relative de la mort dans la pleurésie, mais encore la multiplicité des causes qui peuvent la provoquer. On trouvera plusieurs de ces observations dans les thèses de MM. Oulmont (1844), de Lacaze-Duthiers (1851) et Negrié (1864). Depuis cette époque, un assez grand nombre de faits analogues ont été signalés. Nous citerons parmi les plus intéressants ceux de MM. Vallin (*Un. méd.*, 1860), E. Besnier (*Un. méd.*, 1874) et Vergely (*Bordeaux méd.*, 1873). Le malade de M. Vallin succomba à une apoplexie cérébrale suite d'obturation embolique des branches de l'artère sylvienne. La mort subite du malade observé par M. E. Besnier peut être attribuée à l'asphyxie déterminée par l'extrême dilatation du thorax. Enfin, M. Vergely constata à l'autopsie l'existence de coagulations intracardiales et de thromboses multipliées dans toutes les branches de l'artère pulmonaire. Le mécanisme de la mort dans ces trois cas a pu être très-nettement établi.

Il en est tout autrement après la thoracocentèse; si, comme nous allons le voir, il est parfois aisé de comparer les cas de mort subite dans la pleurésie à ceux qu'on constate après la thoracocentèse, le plus souvent l'interprétation de ces derniers est excessivement difficile. Nous allons, passer successivement en revue les observations de ce genre en les empruntant pour la plupart à la thèse de M. le docteur Focart, qui les a recueillies presque toutes avec beaucoup de soin.

Mentionnons, tout d'abord, sans nous y arrêter, quelques accidents qui sont imputables non pas à la thoracocentèse, mais à un procédé opératoire défectueux. Il ne viendra plus aujourd'hui à l'esprit de personne l'idée de condamner la thoracocentèse en citant les accidents observés par Gendrin, qui ouvrait le thorax à l'aide du bistouri et favorisait la pénétration de l'air dans la poitrine. La blessure grave du poulmon signalée par Aran est, aussi, un accident des plus rares; aujourd'hui d'ailleurs, que l'on n'emploie que des trocarts de petit calibre, les lésions du poulmon, quand elles se produisent, sont presque toujours indolentes. Enfin, il est plus rare encore d'observer, comme M. Ch. Bernard en a cité un cas, une péritonite consécutive à la perforation du diaphragme. Il est arrivé quelquefois, M. Hérard lui-même cite un cas de ce genre, que le trocart ait été enfoncé peu-être un peu trop bas, mais on n'a observé aucun accident à la suite de cette ponction blanche. Si donc, en 1864, Goupil n'a pu rappeler les accidents observés par Gendrin, Aran ou Ch. Bernard, ceux-ci ne sauraient plus être invoqués de nos jours et mis au passif de la thoracocentèse.

Une deuxième série de revers, ou du moins d'opérations suivies de mort rapide, comprend ceux qui sont dus à une maladie qui préexistait à la pleurésie ou dont l'issue fatale ne saurait en aucune façon être attribuée à la thoracocentèse. C'est parmi ces faits que nous citerons les observations de M. Barth, qui communiqua à la Société des hôpitaux un cas

(1) Consulter à ce sujet : les Mémoires de la Société médicale des hôpitaux, et en particulier les années 1874 et 1875 (*Un. méd.*), le Traité clinique des maladies aiguës des voies respiratoires de M. Woillez (Paris, 1873) et la thèse de M. le docteur Focart : De la mort subite ou rapide après la thoracocentèse (Paris, 1875).

de mort survenue à la suite d'une thoracocentèse pratiquée pour un épanchement chronique déterminé par un cancer de la plèvre, celle de MM. Bernutz et Goupil, qui eurent un cas de pleurésie avec épanchement très-abondant, observée chez une femme déjà atteinte de péritonite, enfin et surtout les observations de pleurésie compliquée de péricardite. M. Béhier a insisté à plusieurs reprises sur les dangers de cette complication si fréquente et si souvent méconnue. M. Woillez déclara que la péricardite, quand elle vient à compliquer la pleurésie, détermine la mort plus souvent que toute autre cause. On peut donc, sans aucune exagération, attribuer à la péricardite, et non à la thoracocentèse, la mort du malade observé par Forget et dont l'histoire se trouve trop succinctement rapportée dans la thèse de Goguel (Paris, 1858). C'est probablement aussi à l'altération du péricarde qu'il faut attribuer en grande partie la mort du malade de MM. Laveran et Lacassagne, dont l'observation a été citée dans le dernier travail de M. Vallin. Nous avons d'ailleurs cité nous-même (*Gaz. heb.*, 1872) l'observation d'un malade chez lequel une péricardite venait compliquer la pleurésie et qui a pu être sauvé grâce à une thoracocentèse pratiquée de très-bonne heure. Enfin M. Buequoy a rapporté plusieurs observations prouvant que les maladies du cœur n'étaient pas une contre-indication formelle à la ponction thoracique (Soc. des hôp., 1872). Il nous paraît donc prouvé que l'opération est plutôt favorable que nuisible dans les cas où une pleurésie se complique par l'existence d'une maladie de ce genre et que la mort subite, si elle s'observe après la ponction, doit être imputée soit à une susceptibilité spéciale du malade que nous aurons à faire intervenir plus loin, plus souvent encore à la maladie préexistante et non à la thoracocentèse.

Toutefois il est des cas d'une interprétation plus difficile : ce sont ceux où, pendant l'évolution d'une pleurésie, viennent à se former des concrétions sanguines dans le cœur ou les vaisseaux pulmonaires. On sait que cet accident est assez fréquent dans le cours de la pleurésie. L'état cachectique des malades qui entraîne l'augmentation de la quantité de la fibrine et ses modifications chimiques prédisposent à cette coagulation du sang qui se trouve déterminée par les troubles de circulation nés sous l'influence de la compression mécanique du poumon. MM. B. Ball et Bucquoy ont démontré que ces concrétions sanguines pouvaient se former spontanément dans l'artère pulmonaire, et M. Négrié a cité dans sa thèse deux observations de pleurésies suivies de mort subite due à la formation rapide de caillots intra-cardiaques ou pulmonaires. Ces observations ont été empruntées à MM. Bernutz et Daga. De son côté, M. Blachez (*Un. méd.*, 1862) a fait voir que dans certains cas de pleurésie avec épanchement modéré, ces caillots formés dans l'artère pulmonaire pouvaient, sous l'influence d'une émotion vive ou d'un mouvement un peu brusque, se déplacer, obturer plusieurs vaisseaux de la petite circulation et déterminer la mort subite par asphyxie. Nous avons déjà mentionné une observation analogue de M. Vergely, et nous pourrions citer encore celle de M. Labrie (voy. thèse de Paris, 1870), qui reconnut la formation de caillots intracardiaques chez un enfant pleurétique à l'irrégularité extrême des bruits du cœur. M. Empis a observé un cas dans lequel la mort était due à une embolie pulmonaire consécutive à une thrombose de la veine saphène; cette fois encore l'épanchement était peu abondant (1 litre). Enfin, M. Vallin, dans le travail que nous avons déjà rappelé, montre que la thrombose des veines pulmonaires peut donner naissance à des embolies qui déterminent la mort subite par obturation des artères cérébrales.

Toutes ces observations prouvent que dans la pleurésie, alors qu'il n'a point été pratiqué de thoracocentèse, la mort peut survenir subitement ou après un temps plus ou moins long. Mais il n'est pas moins vrai que la ponction du thorax et l'évacuation rapide du liquide peuvent aussi provoquer le déplacement de ces concrétions sanguines et donner naissance à des accidents de nature embolique. On n'a pas oublié l'observation si intéressante de Förster (*Gaz. med.*, 1875, p. 805), qui prouve que la mort a été le résultat d'une embolie. Il est probable que c'est à une cause du même genre qu'il faut attribuer la mort de la malade dont le docteur Chaillon a rapporté l'observation (*Gaz. des hôp.*, 1872); mais comme dans ce dernier cas la mort est survenue non pas immédiatement, mais assez tard (deux jours) après la ponction, on ne saurait non plus qu'au sujet du malade observé par Trousseau (Soc. des hôp., 1850), accuser la thoracocentèse d'un accident que la pleurésie détermine beaucoup plus fréquemment. Nous ne ferons donc que mentionner l'observation de M. Darozier (*Gaz. hôp.*, 1870). L'hémiplegie et la mort nous semblent donc non aux thoracocentèses qui ont dû être pratiquées à quatre reprises différentes, mais bien à la pleurésie purulente dont le malade souffrait depuis plus de trois mois. Il est d'ailleurs une indication des plus utiles à retirer de la lecture de toutes ces observations. Les concrétions intra-cardiaques ou les caillots formés dans l'artère pulmonaire peuvent s'observer dans les pleurésies avec épanchement peu abondant et être attribués à la pleurésie plutôt encore qu'à la compression exercée sur le poumon; mais il n'en est point de même quand il s'agit d'un épanchement qui refoule le poumon le long du rachis, comprime tous ses vaisseaux et fait stagner le sang en aval des capillaires aplatis de l'artère pulmonaire. C'est la durée de la compression qui, dans ce dernier cas, favorise la coagulation du sang. Si donc on opère de bonne heure, on a des chances de voir le poumon se dépresser et le sang circuler de nouveau sans qu'il ait pu se produire des concrétions sanguines capables d'obstruer les vaisseaux pulmonaires. Plus on tardera, plus grandes seront les chances d'accidents. La mort dans tous ces cas est donc provoquée par la pleurésie; grâce à la thoracocentèse hâtive on pourra l'éviter.

Mais nous avons hâte de rappeler et d'interpréter des observations moins discutables et au sujet desquelles on a pu, non sans raison, accuser la thoracocentèse : nous voulons parler des faits de congestion pulmonaire consécutifs à l'évacuation brusque et rapide du liquide épanché. Ces congestions pulmonaires s'observent presque toujours lorsque l'épanchement a été un peu abondant. Dans les cas les plus simples elles passent inaperçues. Deux ou trois heures après la ponction, quelquefois aussitôt après que l'on a retiré le trocart, ou même enfin dans les derniers instants de l'opération, on observe un léger degré de dyspnée avec toux quinteuse, fatigante, pénible, sans expectoration ou avec un peu d'expectoration séro-sputueuse. A l'auscultation, on perçoit alors, dans les régions précédemment occupées par l'épanchement, des bouffées de râles crépitants humides ou sous-crépittants fins. Plus rarement, mais surtout quand l'épanchement a été très-abondant, la congestion pulmonaire dure quelques jours; elle se caractérise par un léger mouvement fébrile (que je n'ai jamais constaté après la thoracocentèse en l'absence de cette complication) avec légère submatité, râles crépitants humides ou sous-crépittants fins, surtout à la base, respiration plus ou moins rude en avant ou au sommet, expectoration séro-sputueuse, quelquefois sanguinolente, dyspnée assez prononcée. Ces symptômes durent cinq à six jours, puis disparaissent

sans laisser de trace. J'ai publié autrefois (*Montpellier méd.*, 1872) l'observation d'un malade chez lequel, après l'extraction de 5250 grammes de sérosité, ces phénomènes de congestion pulmonaire ont été très-marqués. MM. Moutard-Martin, Féréol et plusieurs autres médecins ont cité des cas de congestion pulmonaire intense avec expectoration albumineuse et œdème du poumon.

Enfin, beaucoup plus rarement encore, puisqu'il n'en existe qu'un très-petit nombre d'observations authentiques, la congestion pulmonaire peut être assez intense pour tuer le malade par asphyxie. Dans le cas cité par MM. Béhier et Liouville (*Société de biologie*, 1873), la mort est la conséquence d'un œdème pulmonaire aigu dans les points où le poumon n'avait pas encore fonctionné, et la production de cet œdème pulmonaire avait été favorisée par l'état du poumon droit atteint de pneumonie tuberculeuse. Voici, d'après M. Béhier, la pathogénie de ces accidents : le poumon longtemps comprimé se dilate rapidement sous l'influence de l'air; saisis par cette excitation anormale, les vaisseaux se contractent d'abord, d'où absence de congestion pulmonaire et soulagement notable du malade; mais bientôt la contraction des vaisseaux cesse; ils se paralysent, et le sang affluant abondamment vient distendre les capillaires du parenchyme pulmonaire et provoquer dans les petites bronches et les alvéoles du poumon une pluie séreuse, un véritable liquide d'œdème tout à fait différent du liquide pleural ou du produit de la bronchorrhée. A propos de la communication de MM. Béhier et Liouville, M. Dumontpallier a cité à la Société de biologie l'observation d'un malade dont la mort subite, survenue quelques heures après la ponction, peut aussi être attribuée à une congestion œdémateuse du poumon. Chez ce malade, il existait depuis plusieurs jours une bronchite généralisée avec dyspnée. Enfin, la thèse de M. Terrillon (1873) renferme une observation recueillie dans le service de M. Gombault et qui démontre de la manière la plus évidente que la mort a été déterminée par une asphyxie consécutive à une congestion brusque et intense du poumon. Le malade de MM. Béhier et Liouville avait été opéré à l'aide d'un appareil aspirateur; deux litres et demi de liquide avaient été extraits; la congestion pulmonaire modérée se caractérisait alors par de la toux quinteuse et fréquente aussitôt après la ponction; la congestion œdémateuse aiguë s'était manifestée trois heures après l'opération, et le malade avait succombé après une heure d'angoisse et de dyspnée. Du côté opposé à l'épanchement, l'autopsie révélait l'existence d'une broncho-pneumonie tuberculeuse. M. Dumontpallier s'était servi, pour pratiquer la thoracocentèse, d'un trocart à hydroële garni de baudruche. Il avait extrait 2500 grammes de liquide. La mort était survenue brusquement, sans agonie, plusieurs heures après la ponction. L'autopsie révéla, outre les lésions de la congestion pulmonaire, celles d'une pleurésie chronique du côté opposé à l'épanchement. Enfin, M. Gombault, ayant opéré à l'aide d'un trocart capillaire, ne retira que 1200 grammes de liquide, et le malade succombait vingt-cinq minutes plus tard après dix minutes d'efforts anxieux et après avoir rendu des flots d'un liquide séro-albumineux. L'autopsie prouva l'existence d'une congestion intense du poumon; le poumon droit (côté de la ponction) était, en outre, le siège d'une cirrhose assez avancée; le côté gauche présentant les traces d'une pleurésie ancienne et maintenue par de solides adhérences ne devait que se dilater très-incomplètement pendant la vie. Nous avons tenu à rappeler quelques détails de ces observations, afin de montrer : 1° que dans ces trois cas de mort rapide survenue

après la thoracocentèse, il existait une lésion pulmonaire venant compliquer la pleurésie; 2° que des procédés opératoires différents employés par MM. Béhier, Dumontpallier et Gombault n'ont pu prévenir les accidents; 3° que l'hyperémie pulmonaire et l'expectoration albumineuse se sont manifestées plusieurs heures après la ponction. Il nous paraît, en effet, résulter de la lecture de ces observations que si la thoracocentèse a été la cause déterminante de la mort chez ces malades, il existait une cause prédisposante dont il importe de préciser l'influence. Or, nous savons avec quelle intensité se développent les congestions pulmonaires chez les malades atteints de lésions intra-thoraciques aiguës ou chroniques. Les expériences de Boddaërt (de Gand) ayant montré que la paralysie des nerfs vagues déterminait la congestion du poumon, des ecchymoses, l'apoplexie pulmonaire avec hémoptysie et plus tard un œdème aigu du poumon, nous voyons ces conditions expérimentales réalisées après la thoracocentèse. Une observation de Legroux (*Soc. des hôp.*, 1866) vient même prouver que la mort peut survenir très-rapidement après une hémoptysie foudroyante. Mais pourquoi l'évacuation du liquide pleural provoque-t-elle dans certains cas des accidents aussi graves? C'est là une question qui paraît impossible à élucider complètement aujourd'hui. On ne saurait accuser le procédé opératoire; nous avons vu en effet tous les procédés déterminer un résultat analogue. Faut-il attacher plus d'importance à l'évacuation rapide du liquide? Il est possible d'expliquer ainsi la mort des malades observés par MM. Béhier et Dumontpallier; mais M. Gombault se servait d'un trocart capillaire sans aspiration, et il n'avait extrait que 1200 grammes de liquide. D'ailleurs, outre les observations analogues de Raiffier (*Gaz. des hôpitaux*, 1849), et Legendre (*Gaz. des hôpitaux*, 1875), un dernier fait qu'il nous reste à citer et qui appartient à M. le docteur Tenneson vient démontrer que ces accidents asphyxiques peuvent s'observer même après l'évacuation d'une très-petite quantité de liquide (4). Il s'agit d'un malade, probablement tuberculeux, atteint de pleurésie droite (datant de deux mois au moins). La ponction n'avait évacué que 600 grammes de liquide lorsque la malade, qui se plaignait depuis quelques secondes, s'arrêta la face cyanosée, couverte de sueurs, puis s'affaissa; en même temps le liquide qui s'écoule devient sanguinolent, et de l'air pénètre à gros bouillons dans le flacon de l'aspirateur. Les soins de M. Tenneson rappellent promptement à la vie cette malade qui allait succomber à l'asphyxie, et l'examen le plus attentif démontre que presque tout le liquide avait été évacué. L'auteur de cette intéressante observation croit à l'existence d'une congestion pulmonaire subite, d'un véritable coup de sang du poumon, et il admet que les accidents de ce genre sont surtout à redouter chez les malades atteints d'une lésion thoracique antérieure à la pleurésie ou d'une diathèse à localisations pulmonaires. Il pense que, dans tous ces cas, il faut pratiquer la thoracocentèse avec plus de précautions et craindre l'aspiration qui, en augmentant la tendance au vide, favorise le développement de l'hyperémie pulmonaire.

Une autre considération nous paraît pouvoir être invoquée à l'appui de la première de ces conclusions. Dans le cas observé par M. Tenneson, il y avait eu une pleurésie quatre mois avant la ponction; cette pleurésie, dont la convalescence avait été longue et difficile, avait très-certainement laissé à sa suite d'abondantes et épaisses fausses membranes. Une nou-

(4) Le travail de M. Tenneson a été communiqué le 6 novembre à la Société médicale d'émulation. Il paraîtra très-prochainement dans l'*Union médicale*.

velle pleurésie qui s'était déclarée deux mois avant la thoracocentèse avait dû fixer le poulmon en l'enserrant d'une nouvelle couche pseudo-membraneuse plus épaisse encore. C'est ce que démontrait l'autopsie du malade de M. Gombault. Or, qu'arrive-t-il dans ces conditions quand on vient à ouvrir le thorax? Moins facile à se dilater par l'air inspiré, le poulmon ne peut plus chasser, en vertu de son expansion, tout le liquide que contient la plèvre. Si l'on pratique la ponction à l'aide d'un trocart sans tubes aspirateurs, on se borne donc le plus souvent à remédier aux déplacements qu'ont subis la paroi thoracique et les viscères abdominaux; on facilite le reflux du diaphragme; mais l'on ne peut évacuer tout le liquide; il en reste toujours une notable quantité dans la poitrine. Si au contraire on se sert d'un appareil aspirateur, le liquide ne s'écoule plus d'une manière intermittente à chaque expiration naturelle ou provoquée par un effort de toux: ce n'est plus, une fois le thorax et les viscères revenus à leur place, l'expansion lentement progressive du poulmon qui en chasse la plus grande quantité possible. Sans doute on peut, ainsi que M. Potain l'a démontré en 1873 à la Société médicale des hôpitaux, graduer et modérer l'écoulement du liquide. Mais il importe, dans ce but, de prêter une grande attention au jeu de l'appareil et de ne pas faire le vide trop complètement dans le récipient où l'on reçoit le liquide. Si l'on n'agit pas avec les plus minutieuses précautions, la tendance au vide force le poulmon à obéir à cette aspiration trop énergique. Les fausses membranes qui le couvrent se déchirent, il peut même survenir une déchirure du parenchyme pulmonaire si l'aspiration est trop énergique. Dès lors, ainsi qu'on l'observe souvent (Brouardel, Potain, etc.), il peut s'écouler du sang au lieu de sérosité; dès lors, le gaz dissous dans le liquide pleural peuvent passer en bouillonnant dans la carafe de l'aspirateur. Malgré des précautions que je croyais suffisantes, j'ai vu assez fréquemment cet accident me prouver que l'aspiration était trop énergique. Souvent d'ailleurs le malade lui-même peut donner de précieuses indications. D'ordinaire, les premières parties du liquide peuvent être retirées assez rapidement sans qu'il en résulte pour lui un inconvénient grave. Mais bientôt peuvent se manifester de l'angoisse et une sensation toute spéciale que certains malades, plusieurs fois ponctionnés, reconnaissent en demandant qu'on arrête momentanément l'écoulement du liquide et qu'on les laisse se reposer. Quelques instants plus tard, en modérant par le jeu des robinets la rapidité de cet écoulement, on arrive à pouvoir de nouveau donner issue à une quantité plus ou moins abondante de liquide, mais plus on en extrait et plus il faut agir avec ménagements. Je ne laisse jamais, après avoir vidé une première fois le récipient de l'appareil, y faire une deuxième fois un vide absolu. On comprend d'ailleurs, sans qu'il soit nécessaire d'insister davantage, comment, à la suite de ces aspirations tardives et forcées, l'épanchement se reproduit et pourquoi elles sont si souvent funestes. Il importe donc non pas d'accuser tel ou tel procédé opératoire, mais d'opérer de bonne heure. En 1870, dans un mémoire communiqué à la Société de médecine de Strasbourg, j'avais insisté après M. Moutard-Martin sur l'utilité de la thoracocentèse *hâtive*. Je demeure plus convaincu encore de son utilité. Pour éviter les congestions graves du poulmon, il importe donc d'opérer de bonne heure, de n'exercer qu'une aspiration lente et modérée, de ne pas retirer à la fois une trop grande quantité de liquide et d'arrêter tout écoulement dès qu'il survient un peu d'angoisse, une quinte de toux ou quelques troubles de circulation.

Il nous reste à passer en revue les observations de mort subite dues à des causes plus complexes, à une syncope ou à la suite d'accidents nerveux. Nous y consacrerons un prochain article et nous chercherons ensuite à résumer sous forme de conclusions générales ce que cette enquête nous aura appris.

L. LEREBOLLET.

De la sclérose hypertrophique du foie.

La thèse remarquable que vient de soutenir M. Hanot, ancien interne des hôpitaux de Paris sur une forme de la cirrhose hypertrophique du foie va probablement être l'occasion de nouvelles recherches sur un des points encore obscurs de la pathologie du foie. Comme le dit avec raison M. Hanot, il serait difficile de faire quant à présent une étude d'ensemble sur les diverses formes de la cirrhose hypertrophique; aussi n'a-t-il eu comme but que de décrire une forme caractérisée « anatomiquement par une sclérose extra-lobulaire, et souvent aussi intra-lobulaire, sans tendance à la rétraction, par une lésion spéciale des canalicules biliaires ».

La question de la cirrhose entre donc dans une voie nouvelle: cette affection n'est plus une hypertrophie passagère, congestive au début; hypertrophie précédant l'atrophie, comme le disaient Morgagni et Laennec. On a ensuite admis que l'hypertrophie pouvait être permanente (Cruveilhier). Aujourd'hui on se demande si l'hypertrophie du foie qui s'accompagne d'ictère est bien une forme de la cirrhose, ou si elle ne doit pas être considérée le plus souvent comme une affection différente par ses lésions et par ses symptômes (sclérose hypertrophique d'Hayem).

Nous n'avons pas l'intention d'insister sur l'anatomie pathologique de cette affection. Gubler (thèse d'agrégation, 1853), Charcot et Luys (Société de biologie, 1859), Hayem (*Contribution à l'étude de l'hépatite interstitielle chronique avec hypertrophie, sclérose ou cirrhose hypertrophique du foie*, in *Arch. de physiol.*, 1875), Cornil (*Arch. de phys.*, mars, mai 1874), Piouffe (Soc. anat., 1874), Pitres, Decaudiu (Soc. anat. 1875) et enfin M. Hanot, ont décrit aussi complètement que possible les lésions de la sclérose hypertrophique du foie. De tous ces travaux, on peut dès aujourd'hui tirer cette conclusion, que l'affection dont il s'agit est caractérisée par des lésions des canalicules biliaires (Cornil, 1874). Il y a un développement considérable du réseau des canalicules biliaires interlobulaires, de plus ces canalicules sont le siège d'un catarrhe; des cellules nouvelles les remplissent; il y a une stase de la bile dans le foie; d'où l'ictère, symptôme constant de cette affection. Le tissu extra-lobulaire est lui-même le siège d'une hyperplasie; il y a une véritable sclérose, ainsi que l'a dit avec raison M. Hayem; mais ce tissu conjonctif nouveau ne se rétracte pas; il a, au contraire, une tendance à s'accroître. Si dans quelques cas on a trouvé une atrophie relative, la maladie a été longue, et l'on peut dire que le foie a participé à la cachexie qui a miné le malade; aussi ces exceptions ne peuvent-elles infirmer la règle qui est une tendance continuelle à l'hypertrophie. M. Hanot donne comme raison de cette marche progressive l'intégrité relative du système porte et l'extension des canalicules biliaires: cette explication ne nous paraît plus douteuse.

On voit donc que ces lésions sont assez nettes, assez particulières pour permettre désormais de faire une affection distincte d'un état qu'on désignait autrefois sous la dénomination générale de cirrhose. Comme symptôme, elle a encore trois

caractères propres : l'ictère chronique, l'importance moindre de l'ascite et le défaut de développement des veines sous-cutanées abdominales.

L'ictère chronique est le symptôme le plus important : la peau présente une coloration jaunâtre plus ou moins foncée, et l'on trouve de la bile dans les veines. M. Hanot cite une analyse faite par M. Byasson. Si nous insistons sur ce point, c'est parce que nulle part nous n'avons trouvé de conclusion sur ni fait remarquable, presque toujours constaté, la diminution de l'urée. On a bien noté que dans les affections du foie l'urée diminuait de quantité (Frerichs, Rosenstein), mais on n'a pas recherché avec soin la corrélation qui, selon nous, est nécessaire entre la diminution de l'urée et une lésion rénale. En 1872, nous avons recueilli dans le service de M. Bouchard, suppléant alors M. le professeur Bouillaud à la Clarté, l'observation d'un malade atteint d'une atrophie jaune aiguë du foie. L'examen des veines fait chaque jour avec le plus grand soin montra au début de la maladie une augmentation de l'urée, mais aussitôt la période atrophique commença, l'urée diminua peu à peu, les veines devinrent ammoniacales et contiennent une proportion notable d'acide hippurique, sur lequel M. Bouchard appela l'attention (*Tribune médicale*, 1873). Mais le fait intéressant était le parallélisme entre la quantité d'urée et les accidents graves. Chaque fois que l'urée diminuait, et elle oscillait entre 2 et 5 grammes par litre, les accidents s'aggravaient : l'élimination de l'urée ne se faisait plus, les reins fonctionnaient mal. N'en est-il pas de même dans la cirrhose hypertrophique, et les accidents d'ictère grave qui sont la terminaison ordinaire de cette affection ne doivent-ils pas être dus à une lésion rénale ? En tout cas, il nous a paru intéressant de signaler un fait encore à l'étude et sur lequel nous aurons prochainement l'occasion de revenir.

J. M.

COURS PUBLICS

Collège de France : LA CIRCULATION GÉNÉRALE ET LES CIRCULATIONS LOCALES : M. CL. BERNARD.

Les résultats de la découverte de Harvey furent immenses. Harvey avait démontré que le sang circule dans les vaisseaux, il avait enseigné que les ondes sanguines, après un trajet plus ou moins long, reviennent sous forme de sang veineux au point d'où elles étaient parties comme sang artériel ; ce fut une véritable révolution scientifique, et pendant longtemps la physiologie et la médecine mirent à profit l'œuvre de Harvey sans lui en demander davantage.

Mais aujourd'hui la question de la circulation du sang est entrée dans une autre voie. Depuis une vingtaine d'années, nous assistons à l'évolution et à l'élaboration d'idées nouvelles dont les applications à la physiologie et à la médecine ne seront pas de longtemps épuisées. Je veux parler de la découverte des *circulations locales*.

Le cœur, force à peu près inconsciente, pousse le sang à travers les organes et les tissus et le ramène à son point de départ, mais à côté de cette circulation générale purement mécanique, il existe des circulations locales, circulations fonctionnelles, chimiques, limitées à un organe, à une glande, à un territoire, circulations dont le mécanisme, la cause et le but final ont été merveilleusement élucidés par M. Cl. Bernard. Tandis que le cœur régit la circulation générale, les nerfs vaso-moteurs régissent les circulations locales ; c'est grâce aux nerfs vaso-moteurs que les petits vaisseaux d'un organe ou d'une glande, par leur contraction ou par leur

dilatation, permettent l'afflux plus ou moins considérable de sang à l'intérieur de cette glande ou de cet organe. Et ces nerfs, véritables régulateurs des circulations locales, ont une importance telle qu'ils dominent l'action générale du cœur, et qu'ils peuvent, suivant le cas, provoquer l'anémie ou l'hypérémie d'un organe, présider à son fonctionnement normal ou devenir cause de troubles dans ce fonctionnement.

Quand on examine une glande, le pancréas par exemple, on le voit devenir turgescence et augmenter de volume dès qu'il entre en fonction ; la circulation locale du pancréas a donc été modifiée totalement, et cependant la circulation générale n'a pas changé, eh bien ; des modifications analogues s'observent dans les glandes salivaires, dans le foie, dans le cerveau, en un mot dans tous les organes, et ces changements physiologiques surviennent aussi à l'état de maladie, car les congestions si intenses de la rate et d'autres organes, dans les fièvres d'origine paludéenne et dans certains états pathologiques, sont des troubles apportés aux circulations locales de ces organes.

La circulation générale n'a donc d'autre but que de fournir le liquide sanguin et d'assurer son cheminement, tandis que les circulations locales donnent aux organes une véritable autonomie qui leur permet de proportionner à leur fonctionnement la quantité de sang qui doit baigner leurs éléments et qui doit séjourner à leur contact.

Ces circulations locales ont pour siège anatomique le réseau capillaire du système sanguin. Au début de l'évolution fœtale, cette circulation capillaire n'existe pas, et le sang passe directement des vaisseaux artériels dans les veines. Plus tard les réseaux capillaires se forment, et M. le professeur Ranvier a même observé que ces réseaux se développent d'une façon isolée et indépendamment des gros vaisseaux. Ce n'est qu'après leur formation que ces vaisseaux capillaires se mettent en communication avec les vaisseaux de la circulation générale. Mais il ne faudrait pas croire que tout le sang de la circulation générale doit passer forcément dans ces réseaux capillaires des circulations locales. Il existe, en outre, des vaisseaux de petit volume, artériels et veineux, qui s'insculent directement sans passer par le réseau capillaire, de sorte que le sang de la circulation générale peut prendre, suivant le cas, la voie la plus lente et la plus détournée des circulations capillaires locales ou la voie plus rapide et plus directe des petits vaisseaux d'insculcation.

Plusieurs expériences servent à démontrer la différence des deux espèces de circulation.

On prend un chien curarisé et l'on met à nu ses deux veines jugulaires externes (beaucoup plus volumineuses chez les animaux que les jugulaires internes). Dans l'une de ces veines jugulaires, on refoule le sang de façon à obtenir un segment vide. Dans cette partie vide du vaisseau, dans lequel la circulation est momentanément interrompue grâce à deux pincettes placées aux deux extrémités du segment, on injecte une solution de prussiate jaune de potasse à la dose de 50 centigrammes pour 2 grammes d'eau. Il est évident qu'au moment même où les deux pincettes seront enlevées, la solution entraînée par l'onde sanguine pénétrera d'un seul coup dans le sang. Dans la veine jugulaire du côté opposé, on place un tube qui n'interrompt pas la circulation et qui est muni d'un robinet destiné à donner issue au sang quand le moment sera venu.

Les choses étant ainsi préparées, on enlève les pincettes d'une part, d'autre part on ouvre le robinet et l'on recueille, toutes les quatre secondes, du sang veineux. Il sera facile de savoir à quel moment le prussiate de potasse aura opéré un circuit complet dans le corps de l'animal. Pour cela, on fait bouillir séparément dans une éprouvette chacune des parts du sang qui a été recueilli (de quatre en quatre secondes), en ayant soin de verser quelques gouttes d'acide nitrique pour éviter la coagulation ; on filtre, on ajoute un sel de fer, et la coloration bleue apparaît dès qu'on rencontre le sang dans lequel

le prussiate de potasse avait pénétré. Cette expérience permet de constater que chez un chien de moyenne taille le circuit complet de la circulation générale s'effectue en cinq secondes environ.

Le résultat est analogue si, au lieu de prussiate de potasse, on emploie une autre substance; mais on remarque qu'entre le moment où la substance apparaît dans le sang et le moment où elle manifestera son action sur les éléments, il s'écoule un temps variable de vingt à trente secondes. Ainsi, qu'on injecte par le même procédé une dose de strychnine dans la veine d'un animal, et les convulsions n'apparaîtront que vingt ou trente secondes plus tard, alors que la substance toxique aura fait trois ou quatre fois le tour de la circulation générale. Pourquoi cette différence? C'est ce que M. Cl. Bernard appelle les *deux temps de l'absorption*; l'un est le fait de la circulation générale, l'autre est le fait des circulations locales. C'est la circulation locale qui transporte la substance au contact des éléments, et son action, plus lente que le courant de la circulation générale, explique l'intervalle qui sépare le moment de l'apparition de la substance dans le sang, et le moment de ses manifestations.

Ces résultats de la double circulation sont bien mis en évidence par l'expérience suivante: on injecte du prussiate jaune de potasse dans la cuisse d'un lapin et un sel de fer dans son oreille; après quelques secondes, le sang de l'animal contient le prussiate de potasse dans toute l'étendue de la circulation générale, mais ce n'est que tardivement qu'on verra apparaître la coloration bleue de l'oreille, preuve évidente que la circulation capillaire locale a été plus lente à transporter le prussiate de potasse au contact des éléments imprégnés du sel de fer.

On peut multiplier les expériences destinées à démontrer l'existence et l'indépendance des circulations locales. M. Mosso a imaginé un appareil fort ingénieux qui met en relief le jeu de la circulation cérébrale au moment du fonctionnement du cerveau. On place le bras d'un individu dans un manchon de verre, et ce manchon bien fermé contient de l'eau tiède. Les différences de pression de ce liquide peuvent être recueillies au moyen d'un appareil enregistreur qui communique avec l'intérieur du manchon. Aussitôt qu'un travail cérébral quelconque est effectué, la circulation cérébrale devient plus active, l'afflux sanguin plus abondant, et par contre il se fait une déplétion dans les circulations périphériques, et entre autres dans le bras mis en expérience, déplétion qui se trahit aussitôt par une pression moindre dans le liquide du manchon et par un mouvement dans l'appareil enregistreur.

DIÉULAFOY.

Syphilitographie.

LEÇONS SUR L'APHASIE ET L'HÉMIPLÉGIE DROITE SYPHILITIQUE A FORME INTERMITTENTE, par le docteur CHARLES MAURIC, médecin de l'hôpital du Midi.

(Suite. — Voyez le numéro 4.)

DEUXIÈME PARTIE.

Il me reste maintenant, messieurs, à discuter quelques points que je n'ai fait qu'effleurer en vous racontant l'histoire de cette aphasie et de cette hémiplegie droite syphilitiques.

I

Occupons-nous d'abord du diagnostic. Dans les maladies du cerveau, la question du diagnostic présente une complexité qu'on ne trouve peut-être au même degré pour aucun autre organe. Grâce aux progrès de la physiologie, grâce à l'expérimentation et à l'anatomie pathologique, on est arrivé à pouvoir déterminer, dans la grande majorité des cas, un groupe

de troubles fonctionnels nerveux étant donné, quelle en est la cause organique, quel est le point de la masse encéphalique que le travail morbide a atteint, et, de plus, comment et dans quelles limites il l'a atteint soit comme étendue, soit comme désorganisation. Certes, c'est là un progrès immense. Mais que de côtés encore obscurs!

Toutefois il y a des cas d'encéphalopathie qui présentent à toutes leurs périodes une telle harmonie, une telle concordance entre leurs principaux symptômes, que la tâche du médecin se trouve simplifiée et que le diagnostic se formule tout naturellement.

N'en est-il pas ainsi pour le cas que nous venons d'analyser? Si, messieurs, et je suis convaincu qu'aucun de vous n'hésiterait à répondre si je lui demandais son avis: « Cet homme, atteint d'aphasie et d'hémiplegie droite, a une lésion dans le lobe antérieur de l'hémisphère cérébral gauche. »

Voilà en effet ce qui saute à l'esprit de quiconque est un peu au fait de la physiologie normale et pathologique du cerveau.

II

Mais il y a bien d'autres questions à résoudre. Nous allons les aborder successivement.

La première est relative à la nature de l'encéphalopathie, abstraction faite du point de départ, de l'étendue, de la forme, du siège de la lésion, et de la circonscription fonctionnelle qu'elle a endommagée.

Eh bien, messieurs, l'évidence est telle que le doute n'est pas permis. Si jamais une encéphalopathie a été syphilitique, c'est celle-ci. Je n'en dirais pas autant de toutes celles qu'on nous a données pour telles. Il y en a beaucoup qui prêtent à la discussion, lorsque, par exemple, l'accident primitif de la syphilis remonte à un nombre considérable d'années, et que la diathèse depuis longtemps n'a donné aucun signe de vie. Si une encéphalopathie survient dans de pareilles conditions, que ferez-vous? Votre premier soin ne sera-t-il pas de rechercher, par une analyse rigoureuse de toutes les circonstances, si l'affection cérébrale est syphilitique ou ne l'est pas? Mais souvent vous n'en saurez rien; vous ne pourrez que le supposer.

C'est qu'il n'y a pas toujours dans la physiologie des symptômes, dans leur groupement, dans leurs allures, dans leur durée, etc., des caractères assez tranchés pour qu'on puisse se prononcer formellement sur la nature de la cause. Les premières phases de la syphilis sont si éloignées! et puis y a-t-il eu des phénomènes intermédiaires? S'il en a existé, le problème est moins ardu. Toujours est-il que bien des fois vous serez fort embarrassés.

Ici, pour résoudre la question relative à la nature de l'affection, vous avez tous les éléments réunis: la filiation des accidents, leurs dates respectives dans le processus général, la précocité de l'encéphalopathie, son expression phénoménale et son processus; je n'ajoute pas l'action sur elle de l'iodure de potassium, parce que ce spécifique a été administré trop tard.

Que vous faudrait-il de ce?

Je me suis attaché à vous faire, pour ainsi dire mois par mois, le récit de toutes les phases par lesquelles a passé la syphilis de cet homme. Vous avez vu succéder aux deux ou trois poussées de la période condylo-mateuse les accidents propres à la période des productions gommeuses; puis il y a eu un retour de quelques plaques muqueuses, et enfin se sont montrés les premiers phénomènes de la détermination syphilitique intra-cranienne. La chaîne des accidents ne présente aucune solution de continuité; aucun anneau n'y manque; le processus, sans se précipiter ou s'interrompre, sans dévier à droite ou à gauche, d'un pas régulier qu'aucune médication n'arrête, aboutit à l'encéphalopathie.

III

Vous m'objecterez peut-être qu'il n'y avait, au moment où l'affection cérébrale n'a plus été douteuse, aucune manifestation syphilitique sur les autres parties du corps; qu'il ne s'en est pas produit depuis, et que ce manque de coïncidences pathologiques émanant de la même source pourrait fournir des arguments à une critique sévère et chagrine. Je ne nierai pas cette lacune; mais elle n'est d'aucune portée quand se sont à peine effacées les dernières traces des déterminations cutanées et muqueuses.

Et puis n'est-ce rien, au point de vue du diagnostic de la nature, que ce *mode intermittent* du processus?...

Les irradiations morbides de côté et d'autre sur les muscles, les organes des sens, ou les fonctions sensorielles et psychiques s'effectuent fréquemment dans les encéphalopathies syphilitiques, en dehors du groupe symptomatique prédominant. C'est même là un des principaux caractères distinctifs de ces affections.

Il a fait défaut chez notre malade; je vous l'ai fait remarquer plusieurs fois. La concentration du travail morbide sur le lobe antérieur gauche s'est fortement accusée dès le début et n'a pas cessé jusqu'à la fin.

Sans diminuer son action, ce travail morbide a procédé par *poussées successives sur le même lieu*, suscitant à des intervalles irréguliers et nombre de fois chaque jour des bouffées de congestion vers la pulpe cérébrale. Ce fait s'observe dans d'autres encéphalopathies, mais peut-être pas au même degré que dans celles dont l'origine est syphilitique.

Il me semble donc démontré de la façon la plus péremptoire que la maladie constitutionnelle, après avoir attaqué tantôt la peau, tantôt les muqueuses, soit par des lésions condylomateuses, soit plus tard par une gomme et par des ulcérations de l'ordre tertiaire, a fini par se localiser dans l'intérieur de la boîte crânienne.

IV

Il serait à désirer que les autres questions qu'implique un diagnostic complet fussent aussi faciles à résoudre.

Celle du *siège* de la lésion, par exemple, toute simple qu'elle parait au premier abord, devient embarrassante du moment qu'on ne se contente pas de dire que le lobe antérieur gauche du cerveau a été atteint. Il s'agirait de savoir s'il l'a été *primitivement* ou *secondairement* , c'est-à-dire si la lésion s'est développée dès l'origine au milieu de la pulpe cérébrale ou bien si, ayant pour point de départ, soit les méninges, soit les os du crâne, elle ne l'a envahie que plus tard, par exemple à l'époque où les attaques sont devenues plus longues et ont abouti à celle dont le malade n'est pas encore guéri.

Je vous avoue en toute franchise que je ne puis faire à cet égard que des conjectures. Je ne trouve dans la pléiomanie morbide aucun élément de certitude. L'absence de tout phénomène d'excitation exclut peut-être la possibilité d'une hyperplasie méningée. Mais quand l'action morbide se circonscrit sur un point très-limité de la pie-mère, de l'arachnoïde ou de la dure-mère, quand elle ne se propage pas sous forme congestive ou inflammatoire à une étendue considérable des circonvolutions, pourquoi y aurait-il du délire, de la contracture ou des convulsions?

Je me figure volontiers, — mais cette hypothèse n'a pas grand fondement et je vous la donne pure ce qu'elle est, — je me figure que pendant les trois ou quatre mois qui ont précédé les crises d'aphasie et d'hémiplegie droite, alors qu'il n'existait que la céphalalgie, les méninges ont été envahies par l'hyperplasie syphilitique au point précis où elles recouvrent la seconde et la troisième circonvolution du lobe antérieur gauche. Peu à peu, cette hyperplasie s'est condensée sous forme de tumeur. Repoussée par la boîte osseuse qui gênait son déve-

loppement excentrique, elle s'est portée du côté du cerveau et elle a commencé par exercer sur lui un phénomène mécanique de compression.

Cette compression mécanique était soumise aux alternatives irrégulières que présente l'irrigation sanguine dans presque tous les produits pathologiques. De là les crises fugaces et superfétillées d'aphasie et d'hémiplegie et le retour rapide et complet à un fonctionnement normal des fonctions momentanément entravées dans leur action.

Plus tard, des *adhérences* ont eu lieu entre le point du cerveau comprimé et la production gommeuse des méninges. Dès lors, la pulpe cérébrale a subi peu à peu la désorganisation qui est la suite inévitable d'un pareil envahissement, et dès lors, d'*intermittents* les troubles fonctionnels sont devenus *permanents* .

Ainsi, selon toute probabilité, les méninges ont été envahies par une hyperplasie syphilitique gommeuse, au niveau des circonvolutions frontales gauches et dans la scissure de Sylvius. Cette hyperplasie a comprimé, puis envahi, congestionné et enfin ramolli les circonvolutions, et le lobule de l'insula, ainsi que la partie externe de la substance grise du corps strié. De là, d'une part les troubles de la faculté du langage, qui parait localisés plus particulièrement dans la troisième circonvolution frontale gauche, et, d'autre part, l'hémiplegie droite consécutive à la lésion de l'insula et du corps strié.

Il me semble qu'une exostose intra-crânienne n'aurait pas eu assez d'étendue pour comprimer simultanément, puis ramollir et détruire ces deux foyers d'innervation spéciale.

D'un autre côté, comment expliquer l'intermittence si complète des accidents, qui a duré pendant un mois, si l'on suppose que ces foyers ont été *primitivement* atteints, et que c'est au milieu d'eux que d'emblée les productions gommeuses se sont développées?

L'hypothèse que je vous soumetts me parait, je vous le répète, réunir en sa faveur une plus grande somme de probabilités.

V

Êtes-vous satisfait de cette interprétation? Je n'ose pas l'espérer, et je suis le premier à apprécier toutes vos réserves sur ce point délicat du diagnostic.

Ainsi, messieurs, comme fort heureusement nous n'aurons pas l'autopsie pour dissiper nos doutes, j'ai pensé qu'il serait intéressant et instructif pour vous de savoir quelles étaient les lésions qu'on avait trouvées dans le cerveau et ses enveloppes, lorsque des cas, plus ou moins semblables à celui dont nous nous occupons, se sont terminés par la mort. C'est ce que je vous montrerai tout à l'heure.

Dans les trois cas d'aphasie manifestement syphilitique que j'ai publiés, l'hémiplegie droite coïncidait avec elle. (Mémoire sur les affectifs syphilitiques précoces des centres nerveux, in *Arch. de dermatologie et de syphiligraphie* , année 1875.) Ces deux ordres de troubles fonctionnels suivaient à peu de chose près les mêmes alternatives d'augmentation et de diminution; ils semblaient indissolublement liés. Cependant, dans un cas l'aphasie a survécu à l'hémiplegie, et dans un autre cas elle a disparu avant elle.

Ici il n'y a jamais eu aucune discordance, mais au contraire une harmonie parfaite entre les processus respectifs de ces deux symptômes.

Mon expérience personnelle confirme donc pleinement la théorie sur l'aphasie de MM. Bouillaud, Dax, Broca et autres maîtres français éminents, qui lui ont donné toute l'autorité de leur savoir et de leur expérience.

Mais il existe des cas où l'aphasie a coïncidé avec l'hémiplegie gauche, d'autres en petit nombre où elle a existé seule; d'autres enfin où elle était accompagnée de troubles nerveux très-prononcés.

VI

Pour vous *édifier* sur toutes ces variétés d'encéphalopathie avec prédominance des troubles du langage, je vais consulter une statistique que je trouve dans un très-bon travail de M. Tarnowsky sur l'*aphasie syphilitique*. Outre les trois cas qui lui sont personnels, l'auteur en a découvert cinquante autres dans divers recueils scientifiques.

Il a divisé ces 53 cas d'aphasie en cinq catégories basées sur des considérations de physiologie pathologique. Malgré le talent qu'il a montré dans l'interprétation des faits à ce point de vue, je n'admets pas toutes ses idées théoriques. Je ne m'en occuperai donc pas. Dans une leçon de clinique pure comme celle-ci, nous ne devons pas nous perdre en subtilités analytiques interminables sur le mécanisme de l'aphasie. Ce n'est pas ici le lieu.

Voici les particularités qu'il me paraît important de vous faire connaître :

1° L'âge auquel ces 53 syphilitiques ont été frappés d'aphasie donne la moyenne de 34 ans ;

2° Parmi eux, il y avait 38 hommes et 18 femmes seulement ;

3° Sur ces 53 cas d'aphasie, il y a eu 27 guérisons et 22 morts.

Quant aux coïncidences pathologiques de l'aphasie en ce qui concerne les troubles du système nerveux qui l'ont précédée ou accompagnée, voici ce que fournit le dépouillement des observations :

L'aphasie syphilitique a coïncidé :

1° Avec hémiplegie droite.	18 fois.
2° Avec hémiplegie gauche.	14
3° Avec la paralysie des extrémités supérieures et l'anesthésie des inférieures.	1
4° Avec la paralysie des extrémités inférieures.	4
5° Avec la paralysie de l'extrémité supérieure droite.	2
6° Avec la paralysie de l'extrémité supérieure gauche.	1
7° Avec la paralysie des quatre membres.	3
8° Avec hémiplegie droite et cécité.	1
9° Avec le prolapsus de la paupière supérieure droite.	1
10° Avec l'absence de paralysie.	5
11° Avec la perte des facultés intellectuelles.	11 fois.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 31 JANVIER 1876. — PRÉSIDENTE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

SUR LE FERMENT DE L'URÉE. Note de M. *Musculus*. — Dans une précédente communication (*Comptes rendus*, t. LXXVIII, janvier 1874), l'auteur a décrit un papier réactif avec lequel on peut reconnaître l'urée en solution même très-étendue. Il l'avait obtenu en filtrant de l'urine devenue ammoniacale, lavant le filtre à l'eau distillée et le colorant avec du curcuma. Ce papier contient dans ses pores une petite quantité de ferment qui peut se conserver ainsi très-longtemps. Quand on le trempe dans une solution d'urée et qu'on le met ensuite à l'air, il devient brun au bout de quelques minutes. Ce changement de couleur se produit sous l'influence du ferment qui métamorphose l'urée, corps neutre sans action sur le papier de curcuma, en carbonate d'ammoniaque, corps doué d'une réaction fortement alcaline.

Toutes les urines ne sont pas aptes à fournir du ferment ; il

en est même qu'on peut laisser à l'air, en été, pendant plusieurs mois, sans qu'elles entrent en fermentation ammoniacale.

Les urines les plus riches en ferment sont les urines épaisses, filantes et ammoniacales, rendues par des malades atteints de cataracte de la vessie. Ces urines ne peuvent pas être filtrées, car les mucosités forment, au bout de peu de temps, un enduit imperméable qui bouche tous les pores du papier ; mais, lorsqu'on y ajoute de l'alcool fort, le mucus se coagule en une masse semblable à la fibrine, que l'on parvient facilement à isoler du liquide. C'est ce mucus qui constitue le véritable ferment. Pour le conserver, on le sèche à une douce température, on le pulvérise et on l'enferme dans un flacon bien bouché.

Ce ferment de l'urée n'a aucune des propriétés qui caractérisent les ferments organisés. Il a, au contraire, beaucoup de ressemblance avec les ferments solubles, tels que la diastase, la salive et le suc pancréatique. En effet, d'après M. Bouchardat, les acides et les alcalis entravent l'action de la diastase, tandis que des corps, comme l'alcool, l'éther, la crésote n'ont aucune influence. C'est ce qui a lieu pour le ferment de l'urée. L'acide phénique seul n'a pas d'action sur ce ferment.

SUR LES ÉLÉMENTS DU SUCRE INVERTI ET LEUR PRÉSENCE DANS LES SUCRES COMMERCIAUX, par M. E.-J. *Mauméné*. — Il existe dans les sucres deux variétés de ce sucre neutre : l'une réductrice des liqueurs tarro-alcalines de cuivre : c'est celle qui domine dans les échantillons analysés par MM. Girard et Laborde ; l'autre, aussi dénuée d'action sur le réactif dont il s'agit que sur la lumière polarisée. Cette seconde variété, je l'ai trouvée dans plusieurs sucres commerciaux, et tout récemment je viens d'analyser un sucre où elle existe dans la proportion de près de 1/180°.

DU MOUVEMENT PÉRIODIQUE SPONTANÉ DANS LES ÉTAMINES DES « SAXIFRAGA SARMENTOSA, UMBROSA, GEUM, ACANTHIFOLIA » ET DANS LE « PARNASSIA PALUSTRIS », par M. *Ed. Heckel*. — L'auteur étudie le mouvement périodique spontané dans ses rapports avec la disposition du cycle foliaire.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1876. — PRÉSIDENTE DE M. CHATIN.

L'Académie reçoit : a. Une lettre de M. *Heuzé*, inspecteur général de l'Agriculture, relatif à l'érection d'un monument à la mémoire de Tessier pour les services rendus à l'Agriculture en propagant le métrage. — b. Des lettres de candidature de MM. *Léon Le Fort* et *Roehard* pour la section de pathologie chirurgicale. — c. Une note de M. le docteur *Lafont*, intitulée : PRÉDICTION DU SEXE ET DE LA FORCE DE L'ENFANT.

M. *Bergerson* dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur *Ch. Mauriac* : 1° Une brochure sur la diminution des maladies vénériennes dans la ville de Paris depuis la guerre de 1870-1871 ; 2° une brochure sur la raréfaction actuelle du chancre simple.

MÉCANISME DES LUXATIONS. — M. *Rigaud*, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Nancy, donne lecture d'un travail sur le rôle des muscles dans les luxations traumatiques.

Il commence par s'excuser de venir battre en brèche les idées généralement admises sur le mécanisme des luxations traumatiques et l'intervention des muscles dans leur production, il croit être arrivé à la vérité vraie sur ce point de la science et déclare carrément que les principes émis dans son travail sont positifs, absolus et ne comportent aucune exception.

Il divise son sujet en trois parties, où il étudie successivement :

1° L'intervention des muscles dans la production des luxations ;

2° Leur influence sur les déplacements consécutifs des os luxés ;

3° L'action de la puissance musculaire dans la réduction des luxations.

Sur la première question : les muscles interviennent-ils au moment de la production des luxations? M. Rigaud répond très-nettement : non, ils n'interviennent jamais *directement*, dans aucun cas. Les luxations sont toutes et toujours le résultat d'une action purement mécanique; le blessé peut être considéré toujours comme passif et les os ne sont, dans le mécanisme de l'accident, que des leviers soumis à des actions externes plus ou moins violentes. Suivant lui, l'école de Desault, de Boyer et presque tous les chirurgiens se sont trompés sur le mécanisme vrai des luxations. Malgaigne avait soupçonné que les choses pouvaient se passer autrement, mais l'explication qu'il donnait, tout en se rapprochant plus de la vérité, était encore inacceptable.

M. Rigaud examine successivement en détail les luxations de l'extrémité supérieure de l'humérus, du coude, du poignet, du radius, du pied, de la mâchoire inférieure, et démontre que le mode suivant lequel elles se produisent est constamment le même; les os luxés ont toujours subi l'action de puissances extérieures qui n'agissent jamais directement pour les produire. Dans les cas rares, où les luxations sont survenues pendant des mouvements spontanés et violents, les actes musculaires doivent être assimilés à des actions extérieures, car c'est toujours en lançant « à grande volée » le membre luxé que l'effet s'est produit, et l'on doit considérer le membre comme s'il avait été violemment poussé par une force étrangère. Dans ce moment, l'os vient prendre appui sur un point quelconque du squelette, bascule, les segments articulaires et les capsules se rompent, l'os passe à travers la déchirure, et la luxation se produit. L'ancienne doctrine, qui veut que les extrémités osseuses aient été ici déplacées par une action musculaire; qui affirme encore que, dans toutes les chutes, les muscles fixés à l'extrémité de l'os entraînent celle-ci et déterminent directement la luxation, cette doctrine est absolument inexacte, aussi bien pour les luxations de la mâchoire inférieure que pour celles de l'humérus, de la cuisse ou tout autre que l'on voudra considérer.

L'auteur conclut donc sur ce premier point, que les muscles n'interviennent jamais directement dans la production des luxations; lorsqu'ils agissent exceptionnellement, ce n'est que d'une manière comparable à celle des actions extérieures. Quant aux os, ils ne peuvent constituer que des leviers du premier et du deuxième genre, et jamais du troisième, comme l'admet l'ancienne doctrine.

L'influence des muscles sur les changements que les os luxés éprouvent dans leurs rapports normaux est indiscutable, et M. Rigaud accepte l'idée généralement admise et confirmée du reste par les faits : que les muscles sont presque exclusivement les seuls agents de ces déplacements consécutifs qui surviennent, soit immédiatement, soit quelque temps après l'accident.

Quant à l'action des puissances musculaires dans la réduction des luxations, elle est nulle, ou du moins le chirurgien peut et doit chercher à la rendre nulle. Dans la méthode rationnelle de la réduction des luxations traumatiques par *retrogradation*, les muscles ne s'opposent jamais et ne peuvent pas s'opposer à la réintégration des os luxés dans leurs rapports naturels; souvent même ils la favorisent.

Ce travail important est renvoyée à une commission composée de MM. Larrey, Richet et Gosselin.

REMÈDES SECRETS. — M. *Personne* donne lecture d'une série de rapports au nom de la commission des remèdes secrets et normaux. Les conclusions négatives de ces rapports sont adoptées.

ENDOCARDITE CHEZ LE CHEVAL. — M. *Trasbot* communique à l'Académie la relation d'un cas d'endocardite chronique chez une pouliche de dix-sept mois.

Cette bête, d'une constitution débile et lymphatique, avait été prise à la fin de sa première année d'un engorgement étendu et douloureux du paturon et du boulet, engorgement

qui disparut au bout de huit à dix semaines. M. *Trasbot* pense qu'on eut affaire, non pas à une *prise de longe*, mais à une arthrite, et il appelle, en passant, l'attention des vétérinaires sur cette question : Peut-être arriverait-on à constater que, chez les animaux comme chez l'homme, l'endocardite a presque toujours été précédée, à une époque plus ou moins éloignée, d'une arthrite survenue sans l'intervention d'une cause intérieure. Si le fait était vrai, ce serait une nouvelle confirmation des lois formulées par M. Bouillaud sur les relations qui existent entre le rhumatisme et les maladies du cœur.

Quelques mois après cette première maladie mal déterminée, la pouliche retombe de nouveau; elle avait perdu l'appétit, était triste, abattue, sensiblement oppressée et tousait beaucoup. M. *Trasbot* l'examina à cette époque et constata l'existence d'une affection organique du cœur caractérisée par un souffle extrêmement intense, siégeant à la base du cœur et couvrant complètement des bruits normaux. Un examen stéthoscopique plus attentif permit de préciser la nature et le siège exact des lésions, et M. *Trasbot* porta le diagnostic d'endocardite chronique avec insuffisance et végétation de la valve mitrale, des valves sigmoïdes, de l'artère pulmonaire, dilatation du ventricule et de l'orifice auriculo-ventriculaire droit avec insuffisance consécutive de la valve tricuspide.

Malgré un traitement approprié, l'animal succomba dix-huit jours après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, on trouva : un vaste œdème occupant toute la partie inférieure du tronc, depuis la base de l'encolure jusqu'aux mamelles; à la face interne de la peau, des œdèmes nombreuses; dans la cavité abdominale, un peu plus de sérosité qu'à l'état normal et une forte congestion des ganglions mésentériques; le foie présentait une augmentation de volume considérable; les reins étaient congestionnés, parsemés d'ecchymoses et d'infarctus hémorragiques; on retrouvait les mêmes altérations dans les poumons; mais les lésions les plus remarquables siégeaient dans le cœur; le péricarde contenait environ deux litres d'une sérosité transparente et n'offrait du reste aucune trace d'inflammation. Le cœur dans son ensemble avait éprouvé une notable augmentation de volume et l'on trouvait une large dilatation de l'artère pulmonaire avec épaississement, induration et végétations de ses valves sigmoïdes; même dilatation du ventricule et de l'orifice auriculo-ventriculaire droit; mêmes altérations de la valve tricuspide (épaississement, induration, végétations); la valve mitrale offrait les mêmes lésions; rien du côté de l'orifice aortique, du tissu cardiaque et du système nerveux.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Béhier, Bouillaud, Goubaux et Bouley.

Académie royale de médecine de Belgique.

SÉANCE DU 29 JANVIER 1876. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

M. le ministre de l'intérieur adresse à l'Académie un exemplaire de l'ANNUAIRE STATISTIQUE DE LA BELGIQUE pour l'année 1875.

Le bureau charge MM. *Bronhete* et *Habert* d'examiner la note de M. le docteur *Harlow* relative à un nouveau spéculum dilateur universel pour les opérations intra-utérines, anales et buccales.

Le Comité d'organisation du Congrès périodique international des sciences médicales informe que la 1^{re} session de ce Congrès s'ouvrira sous les auspices du Conseil fédéral suisse et des autorités du canton et de la ville de Genève, le dimanche 9 septembre 1877.

M. *Thiernesse* présente, au nom de MM. *Labo* et *Courtoy*, la relation d'un cas de hémation précoce observé chez une vache âgée actuellement de onze mois et qui donne naissance au lait depuis deux mois. Le produit moyen peut être évalué à 4 litres 300 grammes par jour. Le liquide présente les qualités physiques et chimiques du lait normal. Sur la proposition de M. *Thiernesse* la note sera insérée dans BULLETIN.

M. *Crocq* lit, au nom de M. *V. Vleminckx*, la relation d'un cas d'une opération de transfusion dans un cas d'empoisonnement par l'oxyde de carbone.

Le 11 janvier, vers onze heures du matin, entre à l'hôpital Saint-Jean le nommé Florimond V..., cocher, âgé de vingt-cinq ans, présentant tous les signes d'une asphyxie grave. Cet homme s'est endormi à côté du cylindre mobile d'un poêle calorifère chargé de charbon brûlant à petit feu. Le collapsus est profond, l'abolition de l'intelligence complète, la turgescence des veines extrême; les bruits du cœur sont imperceptibles, la sensibilité est obtuse. Température, 37,6. Le pouls est à 130.

Vers deux heures et demie, la situation s'aggrave. Le cœur cesse de battre par moments, la respiration se ralentit, l'insensibilité est complète, l'état comateux profond et des convulsions tétaniques se succèdent sans interruption. Au grossissement de 450, on constate une altération morphologique des globules rouges du sang, qui restent séparés et ne s'emplit pas.

M. Casse pratique alors la transfusion et injecte en tout 67 grammes de sang. Les battements du cœur reparaissent avec plus d'énergie, le malade est pris d'un frisson violent, les convulsions cessent. Une amélioration survient vers six heures et se maintient les jours suivants. Le malade sort de l'hôpital le 19 janvier, après avoir présenté des fourmillements dans les membres inférieurs, des douleurs sourdes dans le dos et les reins, une obtusion de la sensibilité à la partie supérieure et postérieure de la cuisse gauche.

Le 11 janvier, le thermomètre marquait : à onze heures, 37°, 4 ; à trois heures, 37°, 3 ; à six heures, 40°, 4 ; à huit heures, 38°, 2. La température oscilla les jours suivants entre 36°, 2 et 37 degrés.

A l'analyse spectrale, les bandes d'absorption de l'hémoglobine apparaissent bien nettes; mais en présence d'une solution carbo-ammoniacale de protoxyde de fer les raies disparaissent et l'image devient vague et indécise.

Le 19 janvier, l'image des raies d'absorption persiste en présence de l'agent réducteur, mais elle est très-faible, preuve manifeste que le sang renferme encore des traces d'oxyde de carbone.

L'auteur estime que la transfusion est le moyen réellement efficace pour combattre l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, mais qu'il ne faut y recourir qu'après la disparition des phénomènes asphyxiques dus à l'acide carbonique.

L'assemblée décide que cette communication sera insérée au BULLETIN.

— Rapport de la commission chargée de l'examen de la note de M. Van der Espt sur la recherche médico-légale des taches de sang. Rapporteur, M. Depaire. Ce procédé repose sur l'action que le chlorure stanneux acide exerce sur le chlorure ferrique; ce sel est ramené à l'état de chlorure ferreux que la solution de cyanure ferrico-potassique colore en bleu par la formation du bleu de Prusse. Cette réaction n'offrant aucun caractère de nouveauté, M. Depaire propose de déposer le travail aux archives et de voter des remerciements à l'auteur.

— Rapport sur la communication de M. Van de Vivère relative à la présence de l'alloxantine dans l'intestin d'une personne empoisonnée par l'acide oxalique. Rapporteur, M. Depaire. Conclusions : impression dans le BULLETIN, remerciements à l'auteur.

— Rapport de la commission sur le travail de M. Cambretin, membre honoraire, intitulé : DISCOURS SUR LA CONTAGIOSITÉ DU CHOLÉRA. Rapporteur, M. Lefebvre. Ce discours sera analysé lors de la reprise de la discussion sur le choléra. Conclusions : insertion dans le BULLETIN et remerciements à l'auteur.

— Trois observations obstétricales par M. Wasseige, correspondant :

Première observation. — Rétrécissement considérable du bassin. Enfant mort. Sciage de la tête par le forceps-scie modèle Mathieu. Broiements multiples par le céphalotribe. Guérison dix jours après.

Deuxième observation. — Diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur de 6 centimètres 1/2. Perforation par la méthode de M. le professeur Hubert.

Troisième observation. — Présentation de l'épaule. Version podalique impossible. Décolation.

— Rapport de M. Thory sur le travail de M. Oré, relatif aux injections intra-veineuses de chloral.

Pour M. Thory, on doit des égards à une méthode qui compte 35 succès sur 36 essais et qui présente les avantages suivants : Les injections intra-veineuses de chloral ne troublent pas la respiration et déterminent une insensibilité dont la durée varie avec la dose. Le sommeil qu'elles provoquent est calme, régulier, profond et, — avantage considérable dans les grandes opérations, — se prolonge pendant au moins vingt heures. On doit constater aussi l'absence de vomissements et de la période d'excitation, et, quand elles sont convenablement faites, la non-production de phlébites et de caillots. La solution chloralique, neutralisée par le carbonate sodique, enlève, dans une certaine mesure, la tendance à la formation des caillots.

Le rapporteur préfère au nouvel appareil de M. Oré pour la transfusion du sang l'instrument de M. Casse. L'appareil de M. Oré est trop compliqué, ne peut s'employer sans le secours d'un aide et possède une pression trop considérable, bien qu'on puisse la modifier à volonté.

Conclusions : Remerciements à l'auteur; dépôt aux archives des deux travaux imprimés et l'impression dans le BULLETIN du travail manuscrit; inscription du nom de M. Oré sur la liste des aspirants au titre de membre correspondant.

Ces conclusions sont adoptées.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 2 FÉVRIER 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. NOUËL.

CORRESPONDANCE. — SUR LE PANSEMENT DE LISTER. — VARIÉTÉ RARE DE FRACTURE DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DE L'HUMÉRUS. — LIGATURE DE LA SOUS-CLAVIÈRE EN DEHORS DES SCALÈNES; GUÉRISON. — PRÉSENTATION D'UN INSTRUMENT.

La correspondance comprend : 1° Une brochure de M. G. Otis (de Washington), sur le transport des blessés en chemins de fer pendant la guerre.

2° Une observation de M. Rizé (du Mans) : KYSTE DE LA GLANDE VULVO-VAGINALE GUÉRI PAR L'INJECTION D'UNE SOLUTION PEU CONCENTRÉE DE CHLORURE DE ZINC. La tumeur, du volume d'un œuf d'oie, avait la transparence du hydrocèle; on fit trois injections iodées sans résultat. M. Rizé injecta dans la tumeur non vidée 20 gouttes d'une solution au dixième de chlorure de zinc; la guérison fut rapide.

3° Une brochure de M. de Beaufort, sur le transport des blessés.

4° DE LA TAILLE HYPOGASTRIQUE, par M. Baudon, médecin de la garde républicaine.

5° HISTOIRE DES AMPUTATIONS, par M. Longmoore.

6° SUR LA DIMINUTION DES MALADIES VÉNÉRIENNES A PARIS DEPUIS LA GUERRE; RARETÉ ACTUELLE DU CHANCRE SIMPLE, par M. Mauriac.

— M. le Président annonce la mort de M. Pitha (de Vienne), membre correspondant étranger.

— M. Le Fort avait dit, dans la précédente séance, que l'acide phénique avait l'inconvénient d'irriter les plaies; il donne aujourd'hui la preuve de son assertion, en lisant des fragments de l'article écrit par Lister dans la CHIRURGIE de Holmes.

M. Verneuil emploie deux solutions pour les pansements d'après le procédé de Lister : une solution à 2 1/2 pour 100 et une solution à 5 pour 100; ces solutions n'irritent pas les plaies. Il couvre les plaies d'une couche fine de tarlatane, qui restera en place pendant trois ou quatre jours. Tous les jours, avec l'appareil de Richardson, on pulvérise une solution phéniquée en soulevant la ouate qui recouvre la tarlatane. On n'observe ni douleur ni irritation sur les plaies de la face, du cou, de la mamelle, etc.; l'acide phénique serait plutôt analgésique et anti-irritant.

M. Lucas-Championnière. Lister ne panse jamais la plaie directement avec l'acide phénique qui, pour lui, est un irritant. Il emploie aujourd'hui les solutions à 2 1/2 et 5 pour 100.

M. Le Fort. Donnez à un chirurgien non contagionniste un bouc hôte, et il aura de l'infection purulente malgré le pansement de Lister; dans un mauvais hôpital, si vous ne propagez pas la contagion avec les instruments et les linges de pansement, vous aurez du succès.

M. Trélat est contagionniste depuis son séjour à la Maternité. Mais, supposons un hôpital où il n'y aurait aucune possibilité de contagion, est-ce qu'il ne restera pas encore la plaie avec toutes ses conditions, bonnes ou mauvaises?

M. Després. En certains moments on observe l'infection purulente dans tous les hôpitaux; il faut donc tenir compte de l'influence des constitutions médicales sur la marche des plaies.

— M. Le Dentu fait une communication sur une variété rare de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Obs. — Un homme de dix-neuf ans fit une chute dans la nuit du 23 au 24 août 1874; il portait sur le dos un sac de 40 kilogrammes. Il tomba sur le côté et un peu en arrière.

Le lendemain l'épaule était globuleuse, le deltoïde soulevé par un épanchement de sang. La partie postérieure de la région était tellement distendue qu'il était difficile de s'assurer si la tête humérale était dans sa cavité normale. En avant, à la hauteur de la clavicule, est une tuméfaction dure, probablement osseuse. M. Le Dentu crut sentir la tête de l'humérus dans sa cavité normale; il existait donc un fragment osseux en avant. Raccourcissement de 2 centimètres.

Deux jours après la région était enflammée; application de douze sangsues. Le gonflement diminua et l'exploration fut plus facile. L'humérus était brisé à sa partie supérieure, au-dessous des tubérosités; la tête humérale était en place.

Au bout de huit jours, M. Le Dentu fit l'extension continue; le raccourcissement ne diminua point. Application des mouffes au vingt-cinquième jour; traction de 60 kilogrammes. Aucun résultat.

Vers le commencement de novembre la consolidation avait eu lieu et peu à peu le fragment inférieur s'était rapproché du supérieur. La consolidation est-elle fibreuse ou osseuse?

Il y a danger à faire des tentatives de réduction peu après l'accident; dans un cas rapporté par Malgaigne, la suppuration envahit l'épaule et le malade mourut. L'irréductibilité est peut-être un caractère constant. Malgaigne essaya la réduction à l'autopsie, et ce ne fut que dans l'élévation du bras avec abduction forcée qu'il put mettre en contact les surfaces fracturées.

— M. Panas présente un malade opéré le 8 août dernier; il s'agit de la ligature de la sous-clavière en dehors des scapulaires.

Obs. — Un maçon de trente-trois ans fit une chute et l'aisselle fut embrochée; hémorragie. Quand le blessé fut apporté à l'hôpital la plaie ne saignait plus. Expectation.

Au cinquième jour, inflammation de la plaie; hémorragies fréquentes malgré le tamponnement.

Le 13 août, le malade fut endormi et M. Panas fit la ligature. Le fil tomba le huitième jour. Pansement alcoolisé et phéniqué. Au bout de trois semaines, guérison.

A l'entrée du malade à l'hôpital on sentait à peine le pouls à la radiale; trois mois après la ligature on ne trouve pas de battements dans cette artère.

M. Panas a fait une autre fois la ligature de l'artère sous-clavière chez une femme qui avait eu une déchirure de cette artère pendant la réduction d'une luxation de l'épaule. La malade survécut deux mois à cette opération.

M. Tillaux demande pourquoi M. Panas n'a pas fait la ligature dans la plaie.

M. Després. Pourquoi M. Panas n'a-t-il pas lié dans la plaie, au moment de l'entrée du malade à l'hôpital?

M. Panas. Quand le malade est entré à l'hôpital il avait

perdu beaucoup de sang; on pouvait supposer une plaie de l'axillaire, mais on n'en avait pas la certitude. La sous-scapulaire ou la mammaire externe peut donner une hémorragie, et le tampon suffirait pour l'arrêter. Quand il fut démontré que

l'axillaire était blessée, il y avait un phlegmon de l'aisselle; au lieu de chercher l'artère au milieu de tissus en suppuration, M. Panas a préféré agir à coup sûr et se mettre à l'abri des hémorragies consécutives.

— M. Delore (de Lyon) adresse à la Société une pince à bec-de-lièvre. Dans le bec-de-lièvre unilatéral, avec division de l'arcade alvéolaire, l'os incisif a basculé en avant et n'est plus sur le même plan que le maxillaire, dont il est séparé. La saillie qu'il forme est un obstacle sérieux à la réunion des lèvres. En le refoulant, on s'expose à une hémorragie moindre qu'en l'enlevant et, de plus, il est possible de l'utiliser. Pour mobiliser l'os inactif on se sert ordinairement de la cisaille de Lister, qui sectionne verticalement l'os et les parties molles qui le recouvrent; on diminue ainsi la vitalité du lambeau. Pour éviter cet inconvénient, M. Delore a fait fabriquer une cisaille spéciale analogue à une pince à sucre. Les deux extrémités du coupant se terminent en pointe mousse. Avec cette cisaille, on respecte les parties molles autant que possible, et le bord libre n'éprouve aucune lésion. Si l'enfant a souffert de cette opération préliminaire, M. Delore remet à huitaine la suture labiale; mais il y procède immédiatement après.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1876. — PRÉSIDENCE DE M. PARROT.

HÉMORRHAGIE DE LA PROTUBÉRANCE. DÉVIATION DE LA TÊTE DU MÊME CÔTÉ QUE LA PARALYSIE : M. LÉPINE. — DES FONCTIONS DU CERVEAU; CONVULSIONS DU MÊME CÔTÉ QUE LA LÉSION : M. BROWN-SÉQUARD. — HÉMIPLÉGIE CÉRÉBRALE, INFANTILE, SPASMODIQUE, ÉPILEPSIE : M. BOURNEVILLE. — ATTAQUES SPINALES ÉPILEPTIQUES : M. MAGNAN.

M. Lépine rapporte l'observation d'un malade qui eut une paralysie avec contracture à gauche, accident survenu dans le cours d'une maladie de Bright chronique; la tête était fortement déviée à gauche; pas de déviation conjuguée des yeux. À l'autopsie, on trouva une hémorragie, plus petite qu'une lentille, située dans l'étage moyen de la protubérance, près de la ligne médiane mais à gauche. Il n'existait pas d'autre lésion de l'encéphale, notamment pas d'anévrismes miliars.

— M. Brown-Séguard s'occupe aujourd'hui des convulsions. Il cherche à établir : 1° que les convulsions peuvent exister du côté correspondant à la lésion, du côté opposé, des deux côtés à la fois; 2° que ces convulsions peuvent se produire dans ces différents points et avec les groupements musculaires les plus variés, quel que soit le point de l'encéphale dans lequel siège la lésion anatomique; 3° que des convulsions peuvent exister dans ces divers sièges indiqués ci-dessus sans que l'on trouve de méningite. Il cite à l'appui de sa thèse un certain nombre de cas dans lesquels les convulsions siègeaient du même côté que la lésion; à ce propos il fait remarquer que c'est toujours du côté droit que l'on trouve des convulsions avec lésion à droite. Il dit encore que les convulsions sont plus fréquentes du même côté après les irritations du côté opposé dans le cas de tumeurs. M. Brown-

Séguard cite encore des exemples de convulsions limitées à la peau. Après cette énumération, il dit qu'il faut faire valoir les mêmes arguments en ce qui regarde les contractures, l'hémiplégie, le mouvement de rotation; et à propos de tous ces faits il cite des exemples.

— M. Bournville fait une importante communication au point de vue des localisations cérébrales. Il s'agit d'une jeune fille morte dans le service de M. Charcot à l'âge de dix-huit ans. Jusqu'à six ans bonne santé; à la suite d'une rougeole deux attaques de convulsions successives, et après la seconde hémiplégie gauche bientôt accompagnée de contracture, puis attaques épileptiques d'abord limitées au pied gauche, puis généralisées. La malade, dont l'intelligence était très-affaiblie, est morte à la suite d'accès très-nombreux. M. Bournville désigne ce cas sous le nom d'hémiplégie cérébrale infantile spasmodique. A l'autopsie, cicatrice jaunâtre occupant la partie supérieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes du côté droit. Atrophie de tout l'hémisphère droit; dilatation du ventricule latéral; point de lésions des masses centrales; dégénérescence secondaire qu'on peut suivre jusque dans la moelle.

A propos de ce fait, M. Bournville insiste sur plusieurs points: 1° le développement de ces épilepsies d'abord partielles puis se généralisant; elles sont dues à des lésions superficielles du genre de celles que nous venons de mentionner et occupant ce siège, preuve pathologique d'une localisation cérébrale; — 2° la dégénérescence secondaire, qui ne se produit, dans les lésions de la surface, que quand celles-ci intéressent la partie supérieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes (ce fait n'avait pas été reconnu par Turck, il a été mis hors de doute par les observations de M. Charcot); c'est là une preuve anatomique des localisations cérébrales.

H. CROTTEPE.

— Nous ajouterons ici la communication suivante, faite dans la séance du 29 janvier, et que nous avons dû retarder afin de lui donner plus de développements :

M. Magnan lit une note sur les attaques *spinales* épileptiformes ou convulsives et apoplectiformes, avec élévation de température dans certains cas de paralysie générale. On sait que la lésion anatomique de la paralysie générale est une méningo-encéphalite interstitielle diffuse, mais fréquemment le cerveau n'est pas le seul intéressé, et la moelle participant à l'altération devient le siège d'une méningo-myélite interstitielle diffuse.

L'inflammation du cerveau, l'inflammation de la moelle, quoique étant deux faits connexes et de même nature, ne marchent pas toujours d'une façon parallèle, et si quelquefois elles se développent simultanément, souvent, au contraire, elles ont une évolution différente; tantôt c'est le cerveau qui est atteint le premier; d'autres fois c'est la moelle, d'autres fois enfin la lésion restant stationnaire dans l'une des deux parties de l'axe cérébro-spinal, continue son évolution dans l'autre partie, et cette marche différente du processus pathologique dans le cerveau ou dans la moelle se traduit, suivant les cas, par une prédominance marquée soit des troubles cérébraux, soit des troubles médullaires. Ce qui se passe pour les symptômes habituels de la paralysie générale se produit également pour les symptômes accidentels ou accessoires tels que les attaques épileptiformes ou apoplectiformes, c'est-à-dire que ces accidents relèvent, suivant les cas, de la moelle ou du cerveau.

Jusqu'ici, dans la paralysie générale, on s'est occupé uniquement des attaques apoplectiformes ou épileptiformes d'origine cérébrale, et M. Ilanot en particulier, a eu l'occasion de signaler à la Société plusieurs cas de ce genre qu'il a étudiés surtout au point de vue de la température, rapprochant d'ailleurs ses résultats thermométriques de ceux que M. Charcot

avait fait connaître sur l'hémorrhagie et le ramollissement du cerveau. M. Magnan, aujourd'hui, attire l'attention sur les attaques convulsives ou épileptiformes et apoplectiformes d'origine médullaire. Les attaques *spinales* convulsives peuvent affecter deux formes principales: elles se traduisent par de la contracture ou bien par des secousses cloniques plus ou moins intenses; les attaques apoplectiformes s'accompagnent d'engourdissements, de fourmillements des membres et de faiblesse musculaire. Dans tous ces cas, il y a élévation de température. Il est important de noter que pendant ces attaques *spinales* il ne survient aucune modification cérébrale; l'intelligence pendant et après les attaques reste ce qu'elle était avant l'apparition des troubles accidentels.

Obs. *Paralysie générale avec contracture des extrémités s'accompagnant d'une élévation de température de 1 degré.* — L... (Joséphine), âgée de trente-deux ans, mécanicienne, entre à Sainte-Anne le 3 juin 1872; cette malade, à antécédents alcooliques, présente une paralysie générale avec délire ambitieux, hallucinations et idées de persécution. Le 7 juin, quatre jours après son entrée, elle ne peut se lever ni se tenir debout, les membres sont contractés, les mains et les pieds sont dans la flexion forcée, l'avant-bras est légèrement fléchi sur le bras; les muscles fléchisseurs fortement contractés forment une saillie en avant du bras et de l'avant-bras, les muscles du mollet sont durs et saillants. La pression est douloureuse sur toutes ces régions. La flexion s'exagère par moment et s'accompagne de vives douleurs. La température rectale avant l'attaque tétanique donne 37° 4, le pouls 76 pulsations par minute; pendant l'attaque, la température rectale s'élève peu à peu à 38° 4, et le pouls donne 88 pulsations.

La contracture cesse au bout de six jours, laissant après elle quelques secousses irrégulières dans les doigts et les orcils, du tremblement des mains dans l'extension, un peu de faiblesse des jambes et une exagération des mouvements réflexes.

La malade, pendant toute la durée de l'attaque, n'accuse aucune douleur de tête, conserve le même délire et ne présente aucun trouble intellectuel nouveau; l'hésitation de la parole n'augmente pas, la pupille gauche reste comme avant, plus large.

Le 1^{er} juillet, il survient une deuxième attaque moins forte que la première, d'une durée de trois jours, avec élévation de la température rectale à 38°; à partir de ce moment, il se produit par intervalles de petites secousses irrégulières dans les doigts, mais pas de contracture.

Le 30 avril 1873, contracture douloureuse des extrémités comme la dernière fois, et, de plus, rougeur, sécheresse de la langue et diarrhée; la température rectale s'élève à 40° 1/5. Au bout de huit jours, la contracture cesse, la température s'abaisse, les membres inférieurs restent faibles et la marche chancelante. L'élévation de température dans cette dernière attaque est plus considérable que dans les deux précédentes, en raison sans doute de la complication intestinale.

Pendant les attaques, on a fait le long de la colonne vertébrale des badinonnages avec la teinture d'iode, la malade était, en outre, soumise pendant et en dehors des attaques à l'usage de l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour.

Les cas de paralysie générale avec convulsions cloniques dans les membres sont plus fréquents, et la température rectale s'élève de 1 degré à 1 degré et demi. Chez une femme âgée de quarante et un ans, atteinte de paralysie générale avec idées hypochondriaques, qui présentait habituellement une température rectale de 37° 2/5, 76 pulsations et 20 respirations par minute, après trois jours de secousses irrégulières dans les membres, avec mouvements spasmodiques des doigts, la température rectale s'est élevée à 39° 1/5, le pouls à 116 et la respiration à 34.

Les attaques *spinales* apoplectiformes sont le plus souvent légères; elles s'accompagnent de fourmillements, d'engourdissement des membres suivis de parésie passagère; la température s'accroît de deux à trois cinquièmes de degré. Les attaques graves sont plus rares, et dans un cas, chez un homme âgé de cinquante ans, atteint de paralysie générale avec délire ambitieux, la température s'est élevée de 37° 2/5 à 39°, le pouls de 80 à 100 pulsations avec le fourmillement et l'engourdissement des membres; il était survenu assez

brusquement une paralysie presque complète des jambes et une faiblesse très-grande des bras. L'intelligence était restée, pendant et après l'attaque, ce qu'elle était avant.

Ces faits sont importants, parce qu'ils mettent en saillie le rôle de la moelle; qu'ils sont une preuve de plus du caractère inflammatoire de la paralysie générale, et qu'ils peuvent enfin devenir la source d'indications thérapeutiques.

II. C.

REVUE DES JOURNAUX

Note sur l'eschare fessière et ses rapports avec les lésions des lobes postérieurs des hémisphères cérébraux, par A. JOFFROY.

M. Charcot a établi, dans ses leçons cliniques, une distinction essentielle entre le siège et la valeur pronostique de l'eschare fessière selon qu'elle se rattache à une lésion de la moelle épinière et du cerveau. Dans le cas de lésion de la moelle épinière, l'eschare apparaît à la région sacrée, occupe la ligne médiane et s'étend à peu près également de chaque côté. L'eschare dans ces circonstances est loin d'annoncer une terminaison mortelle et inévitable. Mais, lorsque sous l'influence d'une lésion cérébrale et particulièrement d'un ramollissement ou d'une hémorragie, la mort doit survenir en peu de jours, on voit presque constamment se produire une eschare, non plus à la région sacrée, mais bien sur la fesse paralysée.

M. Joffroy a observé plusieurs cas de ce genre, dans lesquels l'eschare fessière a évolué avec une grande rapidité et atteint des dimensions considérables. Les trois cas, dont il rapporte l'observation, ont trait à des ramollissements et ont présenté la même marche et les mêmes particularités. La lésion cérébrale était de peu d'étendue, elle siégeait dans le lobe occipital et a donné lieu aux mêmes symptômes. La paralysie du mouvement s'était améliorée notablement en quelques jours, et cependant la mort est survenue en s'annonçant par le développement rapide d'une eschare fessière très-large et très-profonde.

C'est sur ces troubles trophiques que M. Joffroy appelle l'attention. Il pense, qu'à côté des centres moteurs et des centres sensitifs, il y a lieu de placer les centres trophiques; la lésion des premiers retentissant plus particulièrement sur le mouvement, la lésion des seconds sur la sensibilité et celle des troisièmes se caractérisant essentiellement par la gravité des troubles trophiques qui apparaissent dans les parties qui sont le siège de l'hémiplégie et par une sorte d'affaiblissement général de l'économie qui aboutit à la mort. C'est ainsi que l'on voit des lésions considérables des lobes antérieurs ne se traduire que par des troubles moteurs et psychiques sans troubles trophiques appréciables et sans que la vie du malade courre d'autres dangers que ceux de l'attaque d'apoplexie.

Ces faits amènent M. Joffroy à séparer les troubles trophiques des troubles sensitifs et à admettre l'existence de centres trophiques indépendants et de fibres nerveuses trophiques. Des études plus minutieuses sont nécessaires à la démonstration rigoureuse de cette théorie; il n'est du reste pas encore possible de localiser dans le cerveau les fonctions trophiques, il faut se contenter d'indiquer d'une manière générale les lobes postérieurs comme siège de ces fonctions.

Pourquoi l'eschare noire, large et profonde, développée si rapidement, ne se produit-elle pas dans tous les cas qui se terminent par la mort en quelques jours? C'est parce qu'elle constitue essentiellement un symptôme propre aux lésions qui siègent aux lobes postérieurs. Le petit nombre d'observations recueillies ne permet pas cependant d'affirmer que, dans tous les cas de lésions des lobes postérieurs, les troubles trophiques prendront cette gravité.

En somme, M. Joffroy conclut de ses observations qu'il

existe dans le cerveau des centres trophiques ayant une existence indépendante des centres psychiques, moteurs et peut-être aussi des centres sensitifs. Il croit également que ces centres se trouvent principalement, sinon exclusivement, dans les lobes postérieurs et peut-être aussi dans les couches optiques; mais il a soin d'ajouter que des faits nouveaux sont indispensables pour poser une loi générale et pour faire une localisation précise (*Archives générales de médecine*, janvier 1876, p. 57).

Etudes pratiques sur les injections sous-cutanées de morphine, par le docteur EMILE VIBERT, du Puy.

C'est le post-scriptum de cet intéressant travail du docteur Vibert que nous signalons à l'attention des praticiens. Se basant sur la fréquence, ou pour mieux dire sur la constance de la dilatation pupillaire chez les individus anémiés par la perte d'une trop grande quantité de sang, M. Vibert a eu l'idée d'employer les injections sous-cutanées de morphine, et il a constaté que cette modification ne se borne pas à modifier l'iris, mais qu'elle améliore également les états adynamiques sous l'influence desquels se produit la dilatation de la pupille. Ce traitement a d'abord été appliqué avec succès à des femmes rendues exsangues par des hémorragies *post partum*. La vie et la chaleur renaissent parallèlement à la contraction de l'iris, et cela dans l'espace d'une demi-heure, c'est-à-dire beaucoup plus rapidement que lorsque l'on se borne à l'emploi des cordiaux. Encouragé par ces résultats, M. Vibert applique le même traitement aux sujets qui étaient dans le même état de faiblesse, par suite d'une grande quantité de sang perdue dans le cours d'une opération. Le résultat fut le même: la faiblesse, la pâleur et l'algidité disparaissent rapidement. Enfin les malades affaiblis non plus par une hémorragie, mais par une affection diathésique, la phthisie pulmonaire, par exemple, se sont très-bien trouvés de l'emploi de ce nouveau traitement. Dans tous les cas, très-différents les uns des autres et ne se rapprochant que par la faiblesse du malade et l'état nerveux qu'elle engendre, M. Vibert a obtenu les meilleurs résultats en employant les injections sous-cutanées de morphine, dont l'action s'est montrée à la fois tonique et sédative. La quantité employée varie de 4 à 5 centigrammes, l'état des pupilles servant de guide pour la dose et la fréquence des injections (*Journal de thérapeutique*, 10 janvier 1876).

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée de l'homme et des animaux, par le professeur H. MILNE EDWARDS (Tome X, 2^e partie, et T. XI. — Paris, 1874-1875. G. Masson, éditeur).

(Fin. — Voyez le numéro 4).

Dans l'étude du *travail musculaire*, le professeur Milne Edwards s'étend sur la meilleure utilisation des forces de l'homme, sur les conditions dans lesquelles le moteur animé peut fournir la plus grande somme de travail utile. Il met en relief la différence de ce qu'il appelle le *travail industriel*, c'est-à-dire l'effet du moteur sur la résistance qu'il est employé à vaincre, et le *travail réel*, ou dépense de force utilisée pour mouvoir l'être vivant ou quelques-unes de ses parties avec ou sans charge additionnelle. Le premier genre de travail est celui qu'on envisage dans l'étude des machines dont on est intéressé à connaître seulement la puissance utilisable; le second est celui qui doit préoccuper le physiologiste: l'une et l'autre formes, du reste, s'évaluent en kilogrammètres.

Dans la marche, la meilleure utilisation des forces musculaires

lares dont l'homme dispose concorde avec un nombre de pas déterminé dans un temps donné. Or, ce nombre est, à peu de choses près, le même que celui des oscillations d'un pendule dont la longueur serait égale à celle du membre en mouvement. L'allure du pas de route est plus favorable que toute autre à l'accomplissement d'une longue étape sans fatigue inutile; mais quand le piéton ne porte aucune charge, il peut allonger son pas ou l'accélérer avec tout avantage. L'addition d'une charge doit nécessairement diminuer la quantité d'action fournie par le marcheur, l'effet utile de la contraction musculaire diminuant rapidement avec la grandeur croissante de la résistance vaincue, et le travail utile devient nul quand la charge est excessive. L'expérience a montré que dans l'emploi de l'homme comme moteur, il n'y avait qu'avantage à ne le charger d'aucun poids additionnel, quand on pouvait utiliser son propre poids pour produire un travail mécanique. Aussi, dans l'extraction des pierres d'une carrière souterraine, l'homme fait-il tourner les roues à chevilles par la simple élévation de son corps; pour l'élévation du minerai, l'ouvrier fait-il monter par son poids seul le fardeau qu'il eût été impuissant à soulever autrement.

L'économie du travail moteur de l'homme et des animaux a fait récemment l'objet d'un travail du professeur Marey, démontrant que, dans la traction des fardeaux, les moteurs animés utilisent une beaucoup plus grande partie du travail produit quand ils appliquent leurs efforts par l'intermédiaire de traits élastiques. Les mesures ont été faites à l'aide d'un nouveau dynamomètre enregistreur (*Travaux de laboratoire*, Paris, G. Masson, éditeur, 1875).

Quand on compare entre eux les moteurs animés les plus usuels, l'homme, le cheval, etc., on voit que, considéré d'une manière absolue, le cheval est un moteur beaucoup plus puissant que l'homme; mais, si l'on examine ces deux mammifères comparativement à la force contractile dont la fibre musculaire est douée, l'avantage ne paraît pas être du côté du cheval... À poids égaux, le travail effectué le sera par un nombre de fibres musculaires moins grand chez l'homme que chez le cheval. » Si maintenant on se reporte aux expériences intéressantes de M. Plateau sur la force musculaire des insectes, on voit, par exemple, que pour un même poids de substance vivante, un hanneton développe presque vingt fois autant de force musculaire qu'un cheval. » Des différences aussi considérables ne sauraient être attribuées à la prédominance plus ou moins grande du système musculaire sur les autres parties de la machine vivante. Il faut en chercher l'explication ailleurs, et j'incline, dit le professeur, à croire que la cause consiste en une différence dans l'aptitude des fibres contractiles à transformer en force mécanique la chaleur développée par les combustions physiologiques entretenues d'un côté par la respiration, de l'autre côté par les aliments. Effectivement, nous savons que dans l'ensemble du règne animal il existe des relations étroites entre l'activité de cette combustion et l'activité locomotrice; les animaux qui déploient une grande puissance motrice consomment beaucoup d'oxygène et excrètent beaucoup d'acide carbonique. Nous savons aussi qu'à poids égaux les petits animaux respirent beaucoup plus activement que les animaux de grande taille. Enfin, nous avons vu, qu'à poids égaux la ration alimentaire nécessaire à l'entretien de la vie est plus grande chez les petits animaux que chez les grands. »

C'est par ces considérations théoriques, dont l'intérêt au point de vue de la physiologie générale ressort de lui-même, que le professeur Milne Edwards termine ses études sur la Mécanique animale.

Il consacre la suite de son ouvrage à la physiologie comparée du *Système nerveux*, dont nous ferons maintenant une revue rapide, devant bientôt présenter à nos lecteurs une analyse plus détaillée de cette partie du grand ouvrage de M. Milne Edwards, qui, nous dit-on, serait déjà presque achevé.

L'étude anatomique comparée précède l'étude des fonctions du système nerveux, et, pour procéder du simple au composé, le savant naturaliste rappelle la constitution générale du système nerveux central dans les groupes inférieurs, notamment chez les Crustacés. Les considérations qui se rapportent aux animaux de cette classe qu'il a l'un des premiers étudiées, en collaboration avec Audouin, en 1828, sont également applicables aux Insectes, aux Myriapodes et aux Arachnides, car, chez tous les animaux Articulés, le plan fondamental de ce système est identique. La caractéristique générale de ce système nerveux central est dans la disposition ganglionnaire plus ou moins médiane, sorte de double corde à nœuds, dont les nodosités correspondantes aux ganglions seraient reliées entre elles par des traverses comme dans une échelle. Les variations portent surtout sur le degré de coalescence plus ou moins accusé de ces renflements ganglionnaires, soit qu'ils tendent à se fusionner des côtés vers la ligne médiane (Hornard), soit que la centralisation s'opère surtout dans le sens de la longueur (Langouste). Cette double centralisation se manifeste en général à un degré d'autant plus accusé que les Articulés chez lesquels on la suit appartiennent à un rang plus élevé dans la série, mais « elle peut dépendre d'autres causes, et tenir à des particularités dans la conformation générale du corps qui sont indépendantes de toute supériorité physiologique ».

De ces faits fondamentaux sont rapprochés les points particuliers relatifs au système nerveux des Annelés, des Malacozoaires, et la distinction déjà faite chez tous ces animaux inférieurs entre les parties du système nerveux qui sont affectées au service de la vie de relation, et ceux qui appartiennent aux organes de la vie végétative, servent de base à la division plus marquée que le professeur étudie ensuite entre ces deux départements nerveux chez les animaux vertébrés.

« Le système nerveux cérébro-spinal des Vertébrés est toujours constitué d'après un même plan général; mais il se développe et se complique de plus en plus à mesure que le type zoologique réalisé par ces êtres se perfectionne; cette complication croissante dépend, en partie, de la prééminence de plus en plus grande du cerveau sur les autres centres nerveux, et, en partie, de l'adjonction d'organes spéciaux, dont les espèces inférieures sont dépourvues. »

Tous les nerfs émanant de cet axe, à l'exception de quelques nerfs crâniens (olfactifs, optiques, pathétiques (?), acoustiques), sont présentés par l'auteur comme affectant avec la chaîne ganglionnaire sympathique des communications directes, par les ganglions faciaux, les plexus ganglionnaires des pneumogastriques, le ganglion d'Andersch, et toute la série des renflements ganglionnaires prévertébraux, qui constitue la double chaîne sympathique, dont le premier anneau est formé par les ganglions cervicaux supérieurs, et les derniers par les ganglions de la région caudale. Ces nerfs cérébro-rachidiens se trouvent, par conséquent, reliés entre eux, non-seulement par l'intermédiaire des divers segments de l'axe cérébro-spinal dont ils émanent, mais encore par l'entremise du système grand sympathique.

Les détails de structure des centres nerveux sont exposés au grand complet par le professeur dans ses généralités anatomiques: il se montre toutefois rigoureux pour les descriptions qui n'ont point été sanctionnées par des examens comparatifs sérieux, et ramène souvent à leur juste valeur les affirmations trop hâtives de certains auteurs sur les rapports des cellules et des tubes nerveux. Les connexions des éléments nerveux entre eux devraient peut-être, en effet, être soumises à de nouveaux contrôles, au moins dans certaines régions ganglionnaires, quand on songe à l'interprétation inattendue que l'on peut donner à ces connexions avec la disposition des tubes nerveux en T, tout récemment découverte par le professeur Ravvier.

Abordant ensuite l'examen des propriétés physiologiques de ce système, dont il vient d'exposer les principaux traits

anatomiques dans la totalité du règne animal, M. Milne Edwards croit utile « d'examiner successivement non pas l'ensemble des fonctions remplies par chacune des principales parties de ce système, mais ces diverses fonctions considérées isolément, quels que soient les instruments affectés à leur accomplissement ».

Il ne pouvait aborder ce sujet sans toucher au débat encore en litige entre deux grands physiologistes de nationalités différentes, Ch. Bell et Magendie. Le professeur Vulpian, dans son *Traité de physiologie générale du système nerveux*, examen fait des docteurs du procès, jugeait en toute conscience que la découverte de la fonction différente des racines antérieures et des racines postérieures revenait à Magendie. D'après M. Milne Edwards « ces deux noms illustres ne doivent pas être séparés... Le mérite d'avoir fait connaître les fonctions spéciales des racines antérieures et postérieures des nerfs rachidiens n'appartient tout entier ni à l'un ni à l'autre de ces deux investigateurs. Bell fut le premier à expérimenter sur ces racines : il constata que la *racine antérieure est un nerf excito-moteur*, tandis que la racine postérieure ne remplit pas le même rôle; mais il n'arriva à aucun résultat au sujet des propriétés *sensitives* de l'une ou de l'autre... Quand Magendie, s'appuyant sur les expériences les plus précises, attribua la morbidité aux racines antérieures et la sensibilité aux racines postérieures, il pensa avoir fait là une double découverte. A son insu, il avait été devancé en partie par Ch. Bell... Mais le mérite de la découverte des *fonctions spéciales des racines postérieures* appartient à Magendie.

Nous bornerons à ces indications très-générales notre compte rendu des trois fascicules que nous devons analyser. Les études relatives à la sensibilité et à quelques-unes de ses formes, que M. Milne Edwards expose à la fin du onzième volume, nous semblent devoir être rapprochées de celles qui contiendra la publication suivante, et, pour ne point séparer ces recherches de même ordre, nous en ajournons l'examen jusqu'à l'époque, prochaine du reste, où nous pourrions en donner un compte rendu général.

D^r Fr. FRANCK.

Recherches chimiques et expérimentales sur l'empoisonnement aigu par le plomb et ses composés, par M. le docteur René MOREAU. In-8 de 110 pages. — A. Delahaye. Paris, 1875.

L'étude des substances toxiques, en tant que poison chez l'homme, est fort peu avancée, aussi doit-on savoir grand gré à M. Moreau d'avoir éclairé un point encore peu connu de l'histoire du plomb. Si l'intoxication chronique a donné lieu à de nombreux et très-importants travaux, il n'en est pas de même de l'empoisonnement aigu, à propos duquel on trouve à peine quelques observations citées çà et là.

M. Moreau ayant eu l'occasion d'observer lui-même un cas remarquable d'empoisonnement par l'extrait de Saturne, a réuni ces matériaux épars, comparé les observations essentielles, puis il a cherché à élucider par l'expérimentation certains symptômes difficiles à comprendre. Ces expériences, entreprises dans le laboratoire de M. le professeur Vulpian, présentent toutes les garanties désirables. De ce plan, vigoureusement suivi, est sortie une monographie intéressante, que nous croyons utile de faire connaître aux lecteurs de la GAZETTE HEBDOMADAIRE dans quelques-unes de ses parties.

Pour M. Moreau il existe des différences importantes entre l'empoisonnement aigu et l'empoisonnement chronique; les symptômes du premier ne sont nullement identiques avec ceux du second et succèdent toujours à l'absorption d'une quantité considérable de plomb ou d'un composé saturnin, surtout d'un sel soluble. Avant d'entrer dans l'étude monographique de l'empoisonnement, l'auteur rapporte les observations qu'il a pu réunir, au nombre de 20, et les expériences, qui presque

toutes lui sont personnelles et dont le chiffre s'élève à 35. C'est assez dire que M. Moreau a fait tous ses efforts pour élucider complètement la question et que l'on trouvera dans son mémoire tous les renseignements désirables.

Nous dirons peu de chose des lésions trouvées à l'autopsie et qu'on sait à peu près les mêmes que celles qui ont été signalées par Orfila (*Éléments de toxicologie*, 1843, t. I^{er}). M. Moreau fait cependant observer que quelle que soit la voie d'absorption : estomac, intestin, veines, les altérations du foie, du cœur, de la rate, sont toujours identiques.

Le fait le plus important est sans contredit celui où l'auteur s'occupe des symptômes. Immédiatement après l'injection de la substance toxique on constate une vive brûlure au creux épigastrique, suivie bientôt de nausées et de vomissements d'abord alimentaires, puis mucoso-bilieux. Ces phénomènes dépendent de l'introduction, dans l'estomac, d'une matière irritante, et n'ont rien de spécial au plomb; il en est de même de la brûlure de l'arrière-gorge et du gonflement de la langue. Mais bientôt le plomb va se révéler, et tout d'abord par un symptôme en quelque sorte caractéristique, par le *liséré gingival*; malheureusement ce signe n'est pas constant et M. Moreau l'a vu manquer plusieurs fois chez les chiens. Cet important symptôme se montre parfois très-vite, au bout de quatre à six heures; dans aucun cas il n'est signalé comme résultant du contact immédiat de la substance toxique avec la bouche.

Au bout de quelques jours, on observe souvent des taches noires sur les parties fines de la peau, et cela surtout à la suite de bains sulfureux. Souvent il se produit de la diarrhée. Mais ce qui prédomine dans l'état des malades, c'est une faiblesse notable, une anémie extrême. On constate également, mais non pas d'une manière constante, des troubles nerveux, des phénomènes d'excitation; dans un des cas cités, il se produisit même une encéphalopathie saturnine aiguë.

Quand la terminaison doit être favorable, et c'est le cas le plus fréquent, les phénomènes s'amendent très-rapidement et l'on constate bientôt un calme relatif. Le liséré gingival, l'anémie, persistent plus longtemps, mais disparaissent encore assez vite, et c'est à peine si, dans deux cas, l'auteur mentionne une longue durée des accidents. Le pronostic est très-variables et impossible à préciser, tout d'abord, car même l'apparition tardive des accidents ne peut rien faire prévoir, ni indiquer une issue favorable.

La toxicité du plomb, dit M. Moreau, dépend de la dose réellement absorbée, ce qui explique comment des quantités relativement considérables ont pu dans le nombre de cas ne produire aucun accident dangereux.

Sans nier les phénomènes locaux, on peut dire que l'action du plomb sur l'économie est surtout une action générale, et rien ne le prouve mieux que la série des accidents qu'on voit se dérouler, et notamment cette anémie rapide, alors que les fonctions digestives se sont rétablies dans toute leur intégrité. L'auteur n'a pu encore s'assurer s'il existe une modification chimique du sang ou une altération des globules; c'est là un point important et qui demande de nouvelles recherches.

M. Moreau a su habilement allier la méthode expérimentale moderne à l'examen minutieux des observations; c'est là la vraie route à suivre; il serait à souhaiter qu'elle le fût plus souvent.

H. CH.

VARIÉTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — A l'ouverture de son cours, M. Ch. Robin a reçu des élèves, à l'occasion de son élection au Sénat, une ovation chaleureuse, à laquelle on a eu le tort de mêler le nom d'un évêque, également sénateur. A la sortie de M. Robin, la manifestation a continué sur la place et est devenue plus bruyante; quelques élèves ont été, dit-on, arrêtés, mais relâchés presque aussitôt.

MUTATIONS DANS LES HÔPITAUX. — Par suite du transfert de la clinique médicale de l'hôpital de la Charité à l'hôpital Necker, M. Vulpian passe, de l'hôpital de la Pitié, à la Charité; M. Chauffard, de l'hôpital Necker, à la Pitié.

XÉNOPHON MÉDECIN DE CLAUDE. — Parmi les inscriptions contenues dans l'ouvrage de M. Olivier Bayet, présenté à l'Académie des inscriptions et belles-lettres (séance du 4 février) par le savant M. Egger, le n° 3 est relatif à la famille de Stertinius Xénophon, médecin favori de Claude, qui, à sa prière, accorda l'immunité à ses compatriotes (53 ap. J.-C.). Les habitants de Kos avaient délégué à Rome, pour défendre leurs prétentions ou leurs intérêts, le frère du tout-puissant Xénophon. Le nom de ce personnage (Tiberius Claudius) indique que c'était de Claude qu'il tenait le droit de cité. C'est sans doute à l'influence de son frère qu'il avait dû d'obtenir cette faveur, rare encore à cette époque. L'année qui suivit l'ambassade (54), Xénophon était encore médecin de l'empereur; et lorsque Agrippine conçut le projet d'empoisonner son mari, elle prit le soin de s'assurer la complicité de Xénophon (Tacite). A partir de ce moment, on ne trouve plus de lui aucune trace. Le médecin de Claude est figuré au revers d'un bronze de Kos du Cabinet des Médailles; sur l'autre face on voit Hygie debout donnant à manger à un serpent dans une patère.

CRÉMATIION DU CORPS DE M. KELLER. — Voici, d'après un des correspondants de la LIBERTÉ, ce qui s'est passé au moment où il s'est agi de mettre dans une urne élégante les cendres du défunt. En renversant le cylindre, le squelette, qui avait conservé sa forme anatomique, se réduisit non pas absolument en poussière, comme on pourrait le supposer, mais en petits fragments ressemblant assez à des scories de volcan, on mieux encore à de la pierre ponce. Les parties sur lesquelles le feu eut le moins d'action sont les jointures des os du tibia et de la cuisse; les dents ont été retrouvées pour la plupart; enfin, quelques débris de la mâchoire. Le crâne s'est réduit en poussière. Il est curieux d'observer, dit le correspondant, que les urnes funéraires, trouvées à Pompéi, présentent le même phénomène, preuve évidente que nos ancêtres, les Romains, sans avoir connu le gaz, dont la flamme agit comme celle du chalumeau dont on se sert dans les ateliers de bijouterie et d'orfèvrerie, arrivaient à brûler leurs cadavres avec autant de perfection que nous (voy. le dernier numéro).

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE. — Dans une de ses dernières séances, le conseil d'administration de l'Université catholique de Lille a pris la résolution suivante : « Le conseil d'administration charge la commission permanente de prendre les mesures nécessaires pour assurer le fonctionnement, dès la rentrée prochaine, d'un commencement de Faculté de médecine, et lui délègue à cet effet tous les pouvoirs qu'il possède lui-même. »

RAPPORT STATISTIQUE DU SERVICE MÉDICAL DE LA MARINE ANGLAISE. — L'effectif total pendant l'année 1874 s'est élevé à 44530 hommes qui ont fourni 53280 cas de blessures ou de maladies, 1743 hommes ont dû être rapatriés, c'est-à-dire 39,1 sur 1000; 442 sont morts, ou 9,4 sur 1000. Ce dernier rapport est de 1,4 pour 1000 plus fort que celui de 1875. Cette augmentation résulte de l'épidémie de fièvre jaune qui a sévi en mai et juin sur la côte sud-est de l'Amérique du Sud.

Les chiffres suivants montrent les résultats du *Contagious diseases Act*. En 1861-62-63, la moyenne annuelle des affections vénériennes était de 104,4 pour 1000, de 1866 à 1874 elle est tombée à 56 pour 1000.

Des cas de fièvre typhoïde, presque tous originaires de Malte, se sont montrés sur les bâtiments de l'escadre de la Méditerranée. L'adoption d'un plan général de drainage s'étendant à l'île entière les fera sans doute disparaître. La fièvre jaune ne s'étant pour ainsi dire pas montrée dans l'Amérique du Nord, la mortalité y a été seulement de 7 sur 1000. En revanche cette même affection a porté à 26,1 pour 1000 la mortalité des équipages de la station des côtes orientales de l'Amérique du Sud. La plupart des cas proviennent du bâtiment qui sert de ponton-magasin et de caserne flottante à Rio. Cela montre une fois de plus combien il est peu judicieux de maintenir, d'une manière permanente, un même bâtiment ou mouillage sur les rades des pays intertropicaux.

Les opérations qui ont eu pour théâtre la côte occidentale d'Afrique et la station du cap de Bonne-Espérance, par suite de la guerre des Ashantis, ont amené des rapatriements nombreux, néanmoins le rapport entre le nombre des malades et l'effectif total des hommes employés sur cette côte est moindre que celui

des années précédentes. Les conditions sanitaires des autres stations ne donnent lieu à aucune remarque spéciale (*Archives de médecine navale*).

NÉCROLOGIE. — L'Espagne vient de perdre un de ses meilleurs chirurgiens, le docteur Ceballos y Gomez, professeur à Cadix. En 1855, il avait été envoyé en mission en France pour y étudier le mode d'enseignement de la médecine et de la chirurgie. Ce fut lui qui introduisit en Espagne l'anesthésie par le chloroforme, l'opération de l'empyème, etc.

— Le docteur Robert Brown vient de mourir dans le Cumberland, à l'âge de quarante-trois ans. C'était un chirurgien distingué, membre des collèges chirurgicaux de Londres et d'Edimbourg. Il avait été un collaborateur assidu de la LANCET et de l'EDINBURGH MEDICAL JOURNAL.

— M. Poirier, interne en pharmacie, vient de mourir à l'hôpital des Enfants-Malades, victime d'une ange coucousse contractée dans le service de M. le docteur Bouchut.

ÂGES PRÉHISTORIQUES. — On a trouvé au vallon de Saint-Clair, près Gémunos, une station (lieu d'habitation et de sépulture) des âges préhistoriques de l'humanité. C'est une grotte qui s'ouvre dans une faille ou fente du calcaire jurassique. Au fond, étaient accumulés des ossements humains ayant appartenu à une dizaine de sujets, hommes ou femmes, ainsi que des silex taillés qui servaient, dans ces temps primitifs, d'armes ou d'instruments; et quelques fragments de poterie grossière. A la Faculté des sciences de Marseille, M. Mariou a montré un crâne provenant de cette grotte et qui sera prochainement envoyé au Muséum de Paris; il en a fait ressortir les caractères, tels que la large ouverture des orbites, le développement des os jugaux, l'écrasement du nez à sa racine, le prognathisme de la mâchoire supérieure, tandis que l'inférieure, au contraire, est franchement orthognathe. D'après les os recueillis, les membres auraient été grêles et la taille peu élevée, sans que toutefois la race paraisse avoir été tout à fait inférieure.

CENTENAIRES. — Il y a dans l'Etat de New-York 109 personnes âgées de cent ans et au-dessus.

De ces centenaires, 35 sont nés aux États-Unis, 2 dans les Indes-Orientales, 1 en Ecosse, 1 en Espagne, 1 en mer, 1 en Angleterre, 6 au Canada et 40 en Irlande; les 21 autres ont oublié le lieu de leur naissance. Le plus âgé de tous a 114 ans; c'est une femme. Le nombre de 40 pour les Irlandais est à remarquer. Dans la ville de New-York, des 29 centenaires qui y demeurent, 22 sont Irlandais.

COURS DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE. — M. le professeur Chauffard a repris son cours le vendredi 4 février à cinq heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis à la même heure. Il traitera des états des forces dans les maladies.

État sanitaire de Paris :

Du 28 janvier au 3 février 1876, on a constaté 980 décès, savoir :

Variéle, 8. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 5. — Fièvre typhoïde, 15. — Erysipèle, 7. — Bronchite aiguë, 47. — Pneumonie, 82. — Dysentérie, 0. — Diarrhée cholériforme des enfants, 0. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine coucousse, 11. — Croup, 18. — Affections puerpérales, 6. — Autres affections aiguës, 231. — Affections chroniques, 477, dont 184 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 49. — Causes accidentelles, 45.

SOMMAIRE. — PARIS. HISTOIRE ET CRITIQUE. De quelques accidents qui peuvent survenir après la chloroformisation. — De la sclérose hypertrophique du foie. — COURS PUBLICS. Collège de France : La circulation générale et les circulations locales. — Syphillographie : Leçons sur l'anplasie et l'hémiplasie droite syphilitiques à forme intermittente. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — REVUE DES JOURNAUX. Note sur l'éclairecissement et ses rapports avec les lésions des lobes postérieurs des lésionnaires épileptiques. — Études pratiques sur les injections sous-cutanées de morphine. — Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparées de l'homme et des animaux. — Recherches chimiques et expérimentales sur l'empoisonnement aigu par le plomb et ses composés. — VARIÉTÉS.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOQUE

Adresser ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 17 février 1876.

Société des sciences médicales de Lyon : SUR UNE MODIFICATION AU PROCÉDÉ DE DOSAGE DE LA GLYCOSE DANS L'URINE PAR LES LIQUEURS CUPRO-POTASSIQUES OU SODIQUES : M. REDON. — DE LA NATURE DE LA COUENNE DES LIQUIDES D'ÉPANCHEMENT : M. BIROT.

Sur une modification au procédé de dosage de la glycose dans l'urine.

Dans une communication à la Société des sciences médicales, M. L. Redon recommande d'apporter au mode de dosage de la glycose dans les urines au moyen de la liqueur cupro-potassique, des modifications qui nous paraissent complètement inutiles, car elles présentent plutôt des inconvénients que des avantages, et cela pour les raisons suivantes :

1° Toutes les personnes qui s'occupent tant soit peu de chimie médicale savent que le dosage de la glycose s'effectue de la manière suivante : 10 centimètres cubes de liqueur cupro-potassique, dosant 0,05 de glycose, sont placés dans un petit ballon ; on y verse 30 centimètres cubes d'eau distillée ; puis, la liqueur étant portée à l'ébullition, on y verse, à l'aide d'une burette, l'urine déféquée, jusqu'à ce que la couleur bleue de la liqueur ait disparu et que celle-ci soit devenu incolore, tout en renfermant un précipité rouge de protoxyde de cuivre formé ; ce qui n'empêche en aucune façon de percevoir la disparition de toute teinte bleue dans la liqueur (il n'y a que les personnes non familiarisées avec cette opération qui puissent conserver de l'incertitude). Quand la décoloration de la liqueur est obtenue, il suffit de connaître la quantité d'urine employée ; cette quantité renferme 0,05 de glycose.

M. Redon veut opérer d'une manière inverse : il mêle la solution cupro-potassique à un volume déterminé d'urine portée à l'ébullition. Dans ce mode d'opérer, que personne

n'emploie, il est bien certain qu'il y a les incertitudes que M. Redon signale. Mais pourquoi opère-t-il ainsi, puisqu'il existe un très-bon moyen connu depuis longtemps ?

2° Suivant les assertions de M. Redon, les urines renferment trois modifications de glycose : 1° glycose dextrogyre ; 2° glycose inactive ; 3° glycose lévogyre. M. Redon a-t-il isolé, étudié ces glycoses pour démontrer la réalité de leur existence dans les urines ? S'il avait fait cette découverte, il se serait certainement et très-justement empressé de la faire connaître par des expériences précises. Mais ces faits ont été déjà bien des fois avancés, et jamais prouvés.

3° Il y a plus de vingt ans que l'on sait que l'acide urique réduit la liqueur cupro-potassique et qu'il faut éliminer cet acide de l'urine dans laquelle on veut doser la glycose par la liqueur cupro-potassique (nous ne parlerons pas de l'hypoxanthine, du mucus, etc., qui ne signifient rien). Mais le moyen que M. Redon emploie pour obtenir la *défécation de l'urine* à analyser ne présente que des inconvénients sur celui qui est employé depuis plus de vingt-cinq ans, et ces inconvénients sont graves, car ce moyen ne peut qu'éliminer ou détruire une partie de la glycose qu'on se propose de doser dans l'urine. Tous les chimistes savent en effet qu'on décolore l'urine et qu'on en élimine l'acide urique au moyen du sous-acétate de plomb ; mais ils savent aussi : 1° que si, pour éliminer de la liqueur l'excès d'acétate plombique employé, on emploie un alcali, il peut se précipiter une certaine quantité de glycose avec l'acide plombique ; 2° que si l'on emploie un excès de carbonate alcalin (carbonate de soude), l'alcali agit sur la glycose et la détruit, ce qui est arrivé à M. Redon, puisqu'il est obligé d'avoir recours au charbon animal pour décolorer la liqueur provenant d'une pareille défécation. Donc, deux causes de pertes de la glycose à doser, que M. Redon éviterait, s'il se contentait de précipiter l'excès de plomb employé au moyen du sulfate de soude.

4° Quant au dosage par le caméléon du protoxyde de cuivre obtenu et devant déterminer la quantité de glycose

FEUILLETON

A propos d'un discours académique de M. le professeur Tourdes, de Nancy.

(Fin. — Voyez le numéro 5.)

IV

Ce fut le 17 février que les suppôts de la rue de la Bôcherie reçurent l'importante lettre de Jadelot. Ils étaient réunis dans leurs comices. Séance tenante, ils décrétèrent :

1° Que la lettre du doyen de l'université de Pont-à-Mousson serait inscrite dans les registres-commentaires (1).

2° Qu'on adresserait à Jadelot une lettre de vifs remerciements.

3° Que tous les deux ans, et pendant toute sa vie, on lui ferait don de deux jetons en argent, ainsi qu'un exemplaire de chaque thèse qui serait débattue dans les écoles (1).

4° Qu'on députerait deux docteurs auprès du chancelier de France pour l'informer de ce qui se passait.

La Faculté fit plus encore : elle libella le décret suivant (nous traduisons le latin) :

« Des témoignages authentiques et dignes de toute confiance ayant fait connaître que plusieurs chirurgiens, et autres personnes aussi peu versées dans les vrais principes de la médecine, ne cessent de fatiguer, par les prières et les instances les plus opiniâtres, différentes Facultés du royaume pour en obtenir d'être élevés au doctorat, malgré leur absence, malgré l'éloignement considérable des lieux, se soumettant au plus à une présence momentanée, au

(1) Dans les redditions de compte du décanat du novembre 1762 à novembre 1763, on trouve cette mention pour les dépenses : « Pro collectione thesium Facultatis, quas christianismo viro, M^o Jadelot, suppeditavit Decanus... » 27 livres. »

(1) Cette lettre se trouve en effet dans le registre XXII, p. 672.

existant dans l'urine, M. Redon est par trop laconique dans la description du procédé qu'il a mis en pratique. Car il ne suffit pas de dire que : 4 centimètre cube de caméleon représente 0,006336 de cuivre ; il faut le prouver par expérience, faire connaître un moyen de contrôle, ce que ne fait pas M. Redon.

Nous devons donc conclure : qu'au lieu de chercher un procédé très-compiqué, beaucoup trop long et dont l'exactitude laisse à désirer, pour doser la glycose dans les urines, M. Redon eût mieux fait de suivre à la lettre le procédé classique. Ce procédé lui aurait fourni des résultats rapides et aussi certains que possible. Cela lui aurait évité l'inconvénient de jeter du doute dans l'esprit des médecins qui, d'une manière générale, sont peu familiarisés avec les procédés chimiques d'analyse et ne savent par cela même lequel choisir.

J. P.

De la nature de la couenne des liquides d'épanchement.

Dans le mémoire présenté à l'appui de sa candidature à la Société des sciences médicales de Lyon (séance du 1^{er} décembre 1875), le docteur Birot développe les arguments sur lesquels il fonde l'assimilation de la couenne des épanchements inflammatoires et de la fibrine du sang. Il attribue ces deux produits à la transformation des mêmes éléments, les granulations moléculaires du liquide générateur, les *microzymas* du professeur Béchamp.

M. Béchamp avait déjà émis cette opinion que la formation de la couenne qui apparaît dans le sang extrait des vaisseaux est due à l'association des *microzymas* et d'une substance sécrétée par ces granulations vivantes aux dépens des principes albuminoïdes du sang. Des fausses membranes d'une autre nature avaient encore été attribuées par le même chimiste à l'agglutination de *microzymas* : pour lui, par exemple, la mère du vinaigre ne serait qu'un tissu de *microzymas*.

M. Birot, s'occupant de l'étude des produits qui se rencontrent dans les liquides pathologiques, s'est trouvé amené à adopter la théorie de Béchamp, à l'exclusion de toute autre, pour expliquer la formation de la couenne dans le liquide des épanchements inflammatoires. L'expérience suivante tranche, d'après l'auteur, une question de genèse que l'on sait si vivement discutée :

Du liquide provenant d'une ascite de nature inflammatoire

est divisé en deux parts : l'une est abandonnée à elle-même dans un cristalliseur *exposé à l'air* et recouvert d'une simple feuille de papier ; l'autre est filtrée à plusieurs reprises et laissée ensuite *dans les mêmes conditions* que la première.

Cette portion filtrée du liquide ne présente au bout de deux jours aucune trace de coagulation, tandis que la partie non filtrée « s'est prise en masse : une fausse membrane, une couenne, occupe tout le cristalliseur ».

Dans les jours suivants, la couenne commence à se dissocier et à disparaître (septième jour) ; elle a complètement disparu au neuvième jour, et la putréfaction, qui avait débuté cinq jours après le début de l'expérience, est alors très-avancée : l'examen microscopique du liquide résultant de la dissociation de la couenne y fait constater *des masses de bactéries* de toutes grandeurs et des *microzymas* isolés ou associés.

Pendant ce temps la portion filtrée du liquide ascitique est restée sans trace de coagulation ; sa limpidité n'est troublée que fort tard, le septième jour, et la putréfaction ne s'accuse, le neuvième, que par la présence d'une mince pellicule formée de petites bactéries et de *microzymas*.

En ne considérant que ce qui s'est produit avant l'apparition de la putréfaction, on voit que le liquide *non filtré* a seul été le siège de coagulation. « La filtration a donc enlevé quelque chose d'essentiel à la formation de la couenne, ajoute M. Birot, et nous sommes autorisé à dire que l'agent producteur de la couenne est certainement ce qui nageait dans le liquide et en a été séparé par la filtration.

« Or, que reste-t-il sur le filtre ? Uniquement des granulations moléculaires avec quelques leucocytes. Que distinguons-nous dans la couenne formée ? Également des *microzymas* englobant quelques leucocytes. Ce sont donc les *microzymas* qui sont les facteurs véritables et nécessaires de la couenne. »

La théorie admise par M. Birot pour la formation de la couenne dans les liquides de provenance inflammatoire n'est qu'un cas particulier de la théorie de Béchamp, et l'auteur se préoccupe surtout de l'application générale de cette idée que les *microzymas* sont le point de départ constant de tous les tissus normaux ou pathologiques ; on les retrouve toujours dans un liquide générateur, et le blastème de Robin ne s'organise que parce qu'il contient des granulations moléculaires. Ce sont encore ces *microzymas* auxquels il faut arriver en dernière analyse, quand la prolifération cellulaire ne peut pas être admise faute de cellule préexistante ; il faut aller au delà du protoplasma, au delà même du noyau, puisque certains tissus, « comme le tubercule pulmonaire dans ses dernières trans-

mépris de la discipline universelle des Ecoles, de toutes les règles et des édits mêmes de nos rois, n'oubliant rien pour engager ces compagnies à laisser corrompre leur sévérité légitime dans les épreuves qu'elles exigent et dans leurs jugements sur la doctrine du candidat ; ayant d'ailleurs considéré qu'il ne pouvait rien arriver de plus capable de maintenir pour jamais la dignité et la pureté d'une profession telle que celle de médecin, que d'exposer aux yeux et à l'indignation d'un chacun les artifices condamnable que n'ont pas rougi d'employer auprès de la célèbre Faculté de Pont-à-Mousson deux chirurgiens de Paris, entre autres les sieurs Simon et La Grave, dont le premier, d'abord chirurgien des chevaux légers de la garde, attaché ensuite en la même qualité de chirurgien à S. A. E. Monseigneur l'Electeur de Bavière, demandait à être décoré du titre de médecin, prétendant même que ce nom lui devenait nécessaire dans le poste qu'il occupait. Le second, n'étant reçu docteur dans aucune Faculté, échangé tout à coup en médecin de S. A. E. Monseigneur le cardinal évêque et prince de Liège, de simple chirurgien qu'il avait été jusqu'alors, pour jouir plus sûrement des honneurs qu'il venait d'usurper et pour obtenir plus facilement, selon lui, les degrés qu'il souhaitait, n'avait pas craint

d'envoyer d'avance quatorze louis et une boîte d'or, récompense honteuse pour celui qui l'offrirait et plus vile encore aux yeux de gens généralement distingués par leurs connaissances et par leurs sentiments.

» Excité par des raisons si importantes, instruit de plus des manœuvres du sieur Colombier, autre chirurgien, et d'un Petit Frère, qui récemment exerçait les fonctions d'apothicaire dans une maison de la société dite de Jésus, et qui se donne présentement pour médecin ; lesquels ont, tous deux aussi inutilement, tenté d'obtenir de la même Faculté de Pont-à-Mousson des faveurs semblables.

» La Faculté de médecine de Paris, par un décret solennel, dont elle ordonne l'impression, la publication par affiches, la traduction en langue française et la distribution à chaque docteur, a prononcé qu'il fallait instruire de ces faits, ou du moins de leurs auteurs, toutes les Facultés et collèges de médecine du royaume, qu'elle exhorte à ne point abandonner les traces si pures qu'elles ont constamment suivies, et à ne jamais admettre dans leur sein des abus qui ne pourraient s'y glisser qu'en blessant le salut public et en imprimant sur elles-mêmes et sur la médecine des taches éter-

formations (le tubercule crétacé), est parfaitement vivant et ne contient cependant ni cellule, ni noyau. »

Le dernier élément morphologique, celui sans lequel il ne peut y avoir vie, ni, à plus forte raison, développement d'éléments nouveaux, n'est autre que la *granulation moléculaire*, à laquelle M. Béchamp a donné le nom de *microzyma*. Suivant la propre expression de M. Béchamp, « l'animal est réductible au microzyma ». En d'autres termes : l'animal est un agrégat de ferments et la vie une fermentation. Ces granulations vivantes, assimilant, désassimilant, sécrétant, peuvent évoluer, selon le milieu, de façons très-différentes : ici les microzymas prolifèrent, s'accouplent, s'étendent en ramifications qui s'enchevêtrent : c'est le cas pour la formation de la coenne du sang (Béchamp), de la coenne des liquides d'origine inflammatoire (Biro) ; dans d'autres conditions, en présence de l'empois d'amidon, les microzymas vont prendre la forme torulée ; dans un autre milieu, ils deviendront bâtonnets oscillants (bactéries et bactériolites de l'estomac en digestion) ; dans un liquide vivant, enfin, c'est à leurs transformations qu'on devrait rapporter les cellules qu'on y rencontre.

Ici, nous nous associons pleinement aux remarques du savant rapporteur du mémoire de M. Biro, M. le docteur Drivon, qui rappelle avec quelques détails les expériences de Lortet et les rapproche de celles de Cohnheim, de Waller, de Koster, de Volkmann, de Ranvier, de Vulpian, etc. La formation cellulaire aux dépens de microzymas préexistants ne peut évidemment être admise dans les cas où Lortet introduisait dans des plaies récentes des sacs de baudruche remplis d'eau distillée, de solutions de gomme ou de sucre, d'air même, et cependant ces sacs membraneux contenaient toujours des leucocytes. Il semblerait tout naturel de considérer la cellule comme provenant des canaux capillaires voisins, et la théorie de la diapédèse nous semble, comme au docteur Drivon, seule capable d'expliquer leur présence. « Nous rappellerons aussi, dit ce dernier, que Ranvier, en mettant dans les plaies des fragments de moelle de surreau, a vu les leucocytes y pénétrer peu à peu de la circonférence au centre, et dans ce cas encore il nous paraît difficile de faire intervenir soit les microzymas, soit un blastème vivant. »

Néanmoins, nous croyons que la théorie du professeur Béchamp rend compte d'une foule de phénomènes physiologiques, à la condition toutefois qu'on n'établisse pas une distinction fonctionnelle qui nous paraît arbitraire entre la granulation elle-même et la masse homogène, la substance

fondamentale, à laquelle elle est partout intimement unie : c'est dire que pour nous le *protoplasma* représente la partie véritablement vivante de l'organisme végétal ou animal. Il constitue la totalité de l'être dans beaucoup de cryptogames (*mycomycètes*), dans ces infusoires dont les mouvements sont si connus en histologie sous le nom de mouvements amœboïdes, les amibes ; c'est le *protoplasma* qui donne à la cellule sa valeur physiologique, et les mutations de cette substance organisée doivent être considérées en première ligne quand on parle d'évolution cellulaire, car d'une part la membrane de cellule n'est qu'un produit accessoire, et d'autre part le noyau représente du *protoplasma* condensé, les nucléoles enfin ne sont eux-mêmes, d'après Auerbach, « que de petites masses de *protoplasma* douées de mouvements amœboïdes, au moins dans les premières phases de leur développement » (Beauvais).

Interprétée ainsi, nous ne pensons pas que la conception du professeur Béchamp s'écarte autant qu'on le dit souvent des notions acquises de physiologie générale.

Mais quand M. Béchamp et ses élèves, essayant de pénétrer le mécanisme intime des transformations commandées et subies par ces granulations protoplasmiques, présentent ces granulations comme des *ferments figurés*, ils abordent un point de vue tout spécial, et leurs théories, qu'affirme le nom même de *microzymas*, méritent qu'on les accueille avec toute attention. Comme l'a très-bien dit le docteur Drivon, « elles seront peut-être la science de demain ».

Dr François FRANCK.

COURS PUBLICS

Syphillographie.

LEÇONS SUR L'APHASIE ET L'HÉMIPLÉGIE DROITE SYPHILITIQUE À FORME INTERMITTENTE, par le docteur Charles MAURIAU, médecin de l'hôpital du Midi.

(Suite. — Voyez les numéros 4 et 6.)

VII

Vous avez dû lire, messieurs, et vous savez où trouver des observations d'*aphasies communes* non *sypilitiques*, de ces *aphasies* qui reconnaissent presque toujours comme cause organique non pas une hémorrhagie, mais un ramollissement actif des circonvolutions frontales et de l'insula du lobe anté-

nelles, de manière qu'attachées inviolablement à l'esprit et aux dispositions de l'édit donné par le roi l'an de grâce 1707, ces compagnies, à l'exemple de la Faculté de Paris, ne reçoivent et ne reconnaissent pour médecins que ceux qu'elles savent avoir rempli entièrement les conditions requises et exprimées dans cette loi si sage. La Faculté a, de plus, statué que son doyen, accompagné de plusieurs docteurs, s'adresserait à Monseigneur le chancelier pour lui rendre compte et se plaindre respectueusement de tous ces faits, et pour le supplier en même temps de vouloir bien contenir par ses ordres et par son autorité quelconque oserait, à l'avenir, renouveler de pareilles entreprises. Et c'est ce qu'a conclu la Faculté pour la troisième fois.

» Jean LE THIELLIER, doyen. »

Ce décret eut un retentissement immense. Non-seulement la Faculté de Paris l'expédia en latin et en français au Collège de Liège, mais encore elle l'accompagna de plusieurs pièces : 1° d'une copie dûment légalisée des lettres de La Gravé à Jadelot ; 2° d'une copie de la lettre de Jadelot à la Faculté de

Paris ; 3° d'une autre en latin, dans laquelle Morand expliquait au Collège de Liège tout ce qui s'était passé au sein de la compagnie de la rue de la Bâcherie.

Ces documents furent si bien reçus par ce même collège qu'ils furent immédiatement inscrits tout au long sur le registre de la compagnie, et que cette dernière remercia chaudement l'École de Paris des importantes communications qui venaient de lui être faites.

V

Mais pendant ce temps-là La Grave ne resta pas inactif. Protégé follement par le cardinal-duc, appuyé par Rémoul, médecin de l'hôpital militaire de Herstal, par le président de Rosen, par de Vilette, trésorier de l'extraordinaire des guerres, cet homme eut l'impudence d'arguer de faux les lettres qu'il avait écrites au doyen de l'université de Pont-à-Mousson, et devint bientôt maître absolu du terrain. Les choses acquirent alors une gravité extrême ; peu s'en fallut qu'une

rière gauche, consécutif à une embolie ou à une thrombose des artères sylviennes. Eh bien, si vous réunissiez en un tableau semblable au précédent 53 cas de ces aphasies communes, vous seriez frappés sans doute, comme moi, par deux différences capitales.

La première différence porte sur le nombre des cas ; l'aphasie coïncide avec l'hémiplégie gauche. Dans le tableau que je viens de vous donner, ce nombre égale presque celui des cas où l'aphasie s'associe avec sa compagne ordinaire et presque obliquée, l'hémiplégie droite.

Voilà une anomalie bien étrange, une grave exception à la règle sur les coïncidences hémiplégiques de l'aphasie : formulée par M. Bouillaud, puis par M. Dax et surtout par M. Broca. Y aurait-il là une circonstance particulière qui serait propre à la syphilis et ne pourrait se rencontrer en dehors d'elle ? Faudrait-il conclure à la nature probablement syphilitique d'une aphasie qui s'accompagne d'hémiplégie gauche.

Non, messieurs, il y a dans cette infraction à ce qu'on observe habituellement quelque chose de singulier, je le reconnais. Mais il me semble qu'on ne doit voir en cela qu'un de ces résultats bizarres, inattendus, auxquels donnent quelquefois lieu les statistiques qui n'embrassent qu'un nombre limité de faits. Mon expérience personnelle me rendrait-elle partial dans cette question ?.... Je vous ai dit que sur quatre cas d'aphasie syphilitique, d'un diagnostic bien positif et qui ne pouvait laisser aucun doute, j'avais constaté quatre fois l'hémiplégie droite.

Il faudrait donc soumettre à une critique sévère ces 14 cas d'aphasie avec hémiplégie gauche.

VIII

Mais si l'aphasie avec hémiplégie gauche ne me semble pas devoir être rapportée à la syphilis plutôt qu'à toute autre cause générale ou constitutionnelle, la seconde des deux différences capitales entre les coïncidences de l'aphasie syphilitique et celles de l'aphasie commune, est essentiellement propre à cette diathèse.

En quoi consiste cette seconde différence ?

Elle consiste dans la dissémination, dans l'éparpillement irrégulier des troubles nerveux les plus variés.

On sait que la lésion syphilitique n'obéit pour ainsi dire qu'à ses caprices, qu'elle ne subit, du moins en apparence, aucune localisation forcée ; qu'un champ vaste, illimité, celui du tissu cellulaire, gangue et matrice de tous les organes, se trouvant ouvert devant elle, dans l'intérieur de la boîte crânienne, dans le cerveau et les méninges, comme ailleurs, elle s'y promène aussi librement que sur la peau ou sur les muqueuses.

Son processus se concentre ou se multiplie, se circonscrit ou s'étale, change de place ou s'immobilise, etc. Et même,

quand il s'immobilise, on le voit pousser des irradiations de côté et d'autre, irradiations subordonnées au phénomène primordial, mais qui n'en sont pas moins fécondes en périptéties de toutes sortes.

Ici c'est une aphasie syphilitique avec *paralysie des extrémités supérieures et anesthésie des inférieures*.

Là, avec l'aphasie, vous avez dans quatre cas la paralysie des extrémités inférieures.

Trois autres fois l'aphasique sera *paralysé des quatre membres*.

Et cette hémiplégie, sœur inséparable de l'aphasie, la voilà mutilée, réduite à rien, à peu de chose, au *prolapsus de la paupière supérieure droite* !

Bien plus seule en scène, 5 fois sur 53 cas, elle a mimé ou habilité piteusement son triste monologue pathologique.

Pourquoi tout cela, messieurs ? Parce que l'action morbide propre à la syphilis se développe dans le stroma conjonctif, tandis que les autres actions morbides, celles du rhumatisme, de la goutte, des affections rénales, d'une multitude d'autres dyscrasies connues ou encore à trouver, de la sénilité naturelle ou anticipée, etc., choisissent pour théâtre les vaisseaux et en particulier les artères de la base du crâne. Or, ces vaisseaux, même ceux d'un petit calibre, tiennent toujours sous leur dépendance un district plus ou moins étendu de la pulpe encéphalique ; ils régissent l'alimentation et par suite assurent le fonctionnement de centres préposés à tel ou tel ordre invariable de phénomènes. Qu'ils soient lésés d'une façon ou d'une autre, qu'ils deviennent insuffisants sous un mode intermittent ou continu, et aussitôt tout un groupe phénoménal est frappé d'incapacité fonctionnelle. Là, plus de symptôme isolé : l'association morbide est aussi fatale que l'association physiologique.

IX

Est-ce à dire que l'anatomie pathologique rendra toujours compte de ces différences étiologiques et sympathiques ?

Pour que vous en puissiez juger vous-même, je vais vous résumer de mon mieux les observations d'aphasie syphilitique où l'autopsie a été faite.

Je prends d'abord les cas, toujours typiques, d'aphasie avec hémiplégie droite.

Première catégorie.

Obs. I. — Syphilis évidente d'étant âgé de quatre ou cinq ans. Hémiplégie droite complète. Abolition absolue de la parole douze heures après l'hémiplégie. Amélioration, puis retour des accidents. Œdème de la jambe droite, gangrène du gros orteil correspondant. Attaques épileptiformes. Mort.

Autopsie. — Ramollissement à reflet jaunâtre comprenant la

affaire de médecine ne devint une cause de trouble dans l'Etat. Le prince évêque de Liège prit fait et cause pour le chirurgien indigne auquel il avait donné toute sa confiance, et résolut alors d'user de rigueur.

Le 2 juillet 1762, il ordonna non-seulement que le Collège des médecins ne laissât plus prendre à Morand le titre de membre et d'assesseur perpétuel de la Compagnie, auquel il n'avait plus droit, « puisqu'il n'était plus médecin du corps de Son Altesse et qu'il avait été congédié », mais encore que l'on bifflât des registres la lettre que le sieur Morand avait écrite (en latin) contre La Grave.

Le 16 juillet, cet ordre était exécuté ; on ne se contentait même pas de biffler cette lettre et d'autres pièces, on les coupait hors du registre » (1).

(1) L'ordre du cardinal prince de Liège, la notification qui en a été faite au Collège par de Brunes, secrétaire d'Etat, le procès-verbal de l'Assemblée des médecins, ont été insérés dans la GAZETTE DE MÉDECINE (n° XLVI, 9 juin 1762, n° VII, 24 juillet 1762).

VI

Il n'est pas jusqu'aux chirurgiens de Pont-à-Mousson qui ne se soient mêlés de cette affaire et qui n'aient pris fait et cause pour leur confrère et compère, le chirurgien de La Grave. D'après un imprimé in-4°, sans date et de quatre pages que nous avons vu, ils auraient en ces termes censuré le décret de la Faculté de médecine de Paris :

« Ce jourd'uy (3 juin 1762), les maîtres en chirurgie, assemblés dans la chambre des consultations gratuites, après avoir rempli le devoir qu'ils se sont imposé volontairement en faveur des pauvres de cette ville, l'un des membres de la compagnie a dénoncé un papier imprimé conçu en ces termes : « DÉCRET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS DU 18 MAI DE L'ANNÉE 1762 (suit le texte de ce décret).

» Lecture faite dudit imprimé, la Faculté de chirurgie en

plus grande partie du tiers antérieur de l'hémisphère gauche jusqu'à la ligne médiane. Circonvolutions cérébrales ramollies et comprimées en partie par le liquide arachnoïdien. Substance du cerveau très-molle.

Corps strié gauche réduit en bouillie à sa partie antérieure. A la coupe, on découvre une cavité remplie de tissu vasculaire rouge et mou. Au-dessus de cette cavité, à la surface du corps strié, masse jaune du volume d'une fève assez dure, compacte, de substance fibrinoïde. Hémisphère droit tout à fait normal.

Cette observation est de M. le docteur Leard (*Medical Times and Gaz.*, 1867, t. 42, p. 398). Vous voyez là un exemple de tumeurs gommeuses du corps strié gauche; un ramollissement de cet organe suivi d'hémiplegie droite et un ramollissement des circonvolutions frontales du même côté qui a produit l'aphasie.

Obs. II. — Syphilis tertiaire révélée par une tumeur de la tête et de la clavicle du côté droit. *Aphasie et hémiplegie droite.* Amélioration, puis mort.

Autopsie. — Deuxième et troisième circonvolutions frontales du lobe antérieur gauche réduites en bouillie jaunâtre. Gomme grosse comme une noix sur les méninges, au niveau des circonvolutions frontales et sur la glande pinéale. Gomme dans le foie et dans les trompes. Ostéite raréfiante de l'extrémité inférieure de la clavicle droite. Artères de la base saines. (Brichard et Lépine, *Gaz. méd. de Paris*, 1866, p. 726.)

Obs. III. — Syphilis; papules cutanées, alopecie partielle, orchite double. Traitement énergique par le mercure et l'iode de potassium.

Accès épileptiformes avec contraction des membres, suivis d'hémiplegie droite, de perte de la parole, de gêne dans la déglutition et dans la respiration.

Autopsie. — Épanchement dans l'arachnoïde, ramollissement du corps strié gauche et de toute la face inférieure du lobe antérieur gauche. Densité exagérée de la moelle épinière.

Ici, outre l'aphasie et l'hémiplegie droite qui sont sous la dépendance du ramollissement des circonvolutions frontales et du corps strié gauches; il y avait un épanchement de l'arachnoïde. C'est sans doute cette dernière lésion qui avait déterminé ces accès épileptiformes et la contraction. (Cette observation est de M. Reynaud. — Gros et Laureaux, *Affections typhoïdes nerveuses syphilitiques*, p. 201, obs. III.)

X

Parmi les observations d'aphasie syphilitique avec hémiplegie gauche, je vous en signalerai une catégorie rapportée par Troussseau, dans ses belles Leçons sur l'aphasie. Il en existe aussi d'autres qui ne peuvent laisser aucun doute. Je ne veux ni occuper ici que de celles qui ont été suivies de mort et où l'antopsie a été faite.

Deuxième catégorie.

Obs. IV. — Chancere induré en 1856 chez un homme âgé de vingt-deux ans. En 1858, l'induration persistait encore; à cette époque, hémiplegie gauche et embarras de la parole; affaiblissement des facultés intellectuelles. Aggravation des symptômes. Mort.

Autopsie. — Substance cérébrale un peu diminuée de densité dans la totalité de sa masse. Ramollissement de la substance blanche à la partie supérieure et antérieure de l'hémisphère droit dans une étendue de 2 à 3 centimètres. (Obs. de Gubian.)

Obs. V. — X... , vingt-deux ans. Chancere en novembre 1851. En janvier 1855, roséole syphilitique, adénopathie, etc. Traitement mercuriel.

Le 13 mai (septième mois de la syphilis), hémiplegie subite à gauche avec difficultés de la parole. Aggravation progressive des accidents. Mort à la fin de mai.

Autopsie. — Les os du crâne et la substance cérébrale sont à l'état normal. Hypérémie légère des méninges; les ventricules contiennent un peu de sang. Aucune autre altération n'a été constatée.

Cette observation est de Engelstedt. Ici, messieurs, pas plus que dans les cas précédents, la nature syphilitique de l'encéphalopathie ne peut être mise en doute. Eh bien, cette encéphalopathie morbide n'a laissé aucune trace dans le cerveau. L'antopsie n'a donné qu'un résultat négatif. N'est-ce pas étrange? Quelle était l'altération moléculaire invisible qui avait envahi une partie de l'organe sans le désorganiser d'une façon apparente? Où siègerait-elle? Plus peut-être que toute autre maladie, la syphilis vous ménage de faciles surprises.

Voici un fait analogue: je l'aurais placé dans la première catégorie parmi les aphasies avec hémiplegie droite. Mais peut-être pourrait-on élever des doutes sur l'origine syphilitique de l'affection. Quoi qu'il en soit, il est assez curieux par lui-même. Le voici; je le soumets à votre appréciation:

Obs. VI. — Un homme âgé de trente-sept ans, qui disait avoir eu un chancere six mois auparavant, accusait de vives douleurs dans la tête. Il fut pris d'une paralysie subite de la moitié droite du corps. Sa parole était difficile et son intelligence parfaitement lucide. Au bout de quinze jours, nouvel et brusque accroissement des symptômes; par moments, la parole est complètement impossible. Cependant l'intelligence paraît intacte jusqu'à la mort.

Autopsie. — On fit découvrir aucune lésion des centres nerveux ni de leur enveloppe. (Obs. de Delaunay.)

Je vous disais qu'il y avait des cas où l'origine syphilitique de l'encéphalopathie était très-difficile à déterminer quand il s'était écoulé un long intervalle de temps entre l'accident primitif et les accidents nerveux. En voici un exemple:

Obs. VII. — Le malade observé par M. B. Ball avait eu un chancere et quelques éruptions sur la peau à l'âge de vingt et un

l'université de Pont-à-Mousson, après avoir ouï et pesé minutement les réflexions de chacun des collègues sur cet écrit, a déclaré et déclare:

« Qu'il paraît bien étonnant que la Faculté de médecine de Paris s'érige en tribunal, et qu'elle s'ingère de se prononcer, sans en être requise et sans aucun pouvoir, sur de simples demandes faites à la Faculté de Pont-à-Mousson;

« Que son décret outrage témérairement les particuliers y dénommés, et qu'il est trop ridiculement injurieux aux chirurgiens, mis en général au nombre des personnes peu versées dans les vrais principes de la médecine;

« Que la Faculté de Paris devrait ne pas ignorer que c'est par l'étude de la chirurgie que l'illustre Boerhaave s'est mis en état d'être le réformateur de la médecine et le maître des plus grands médecins;

« Que ce n'est pas en ramassant la poussière des écoles pendant trois ans, suivant les statuts, qu'on peut acquérir les lumières et l'expérience nécessaires pour être savant et habile.

dans une profession aussi difficile que celle de la médecine;

« Que des chirurgiens actuellement vivants, connus et estimés par d'excellents ouvrages en médecine, font honneur à la Faculté de Pont-à-Mousson, qui leur a donné le titre de docteur que la Faculté de Paris leur envie;

« Qu'on peut avoir des grades dans une Faculté comme on est fait associé d'une Académie étrangère, sur des marques de capacité, sans être sur les lieux;

« Que pour preuve que la présidence n'est pas rigoureusement nécessaire à la réception de docteur en médecine, on peut citer la promotion solennelle de trois médecins au doctorat faites en la célèbre université de Heidelberg, le 6 novembre 1673. Il n'y en avait que deux de présents, Jean-Valentin Schadius, et Jean Doléus; le troisième, absent, était Nicolas Enwerth. Le doyen, après avoir décliné les trois noms, conféra les degrés en disant: *Vos tres medicinae Licentiato, presentes ut absentem, et absentem ut presentes, omnes ac singulos verè ac sacrè medicinæ Doctores creoo, creatos*

ans. Trente ans après, sans avoir éprouvé aucun symptôme spécifique depuis le clancor, il fut pris de phénomènes de congestion cérébrale avec diminution de la mémoire, puis de difficulté de la parole, quoique l'intelligence fût assez bien conservée. Enfin, l'aphasie se compliqua d'hémiplégie gauche et contracture.

À l'autopsie, on trouva, entre autres lésions, un ramollissement général de la masse encéphalique plus prononcée dans les lobes antérieurs. À la partie antérieure du lobe frontal droit, sur un point rapproché de la ligne médiane, il existait une tumeur du volume d'une grosse noix, arrondie, blanche, non pédiculée, ayant la consistance de la matière encéphalique à laquelle elle ressemblait sous tous les rapports... Elle était exclusivement composée d'éléments fibro-plastiques, etc.

XI

Résumons maintenant les cas d'aphasie syphilitique où les autres troubles fonctionnels nerveux concomitants ont été disséminés de tous côtés, sans ordre, sans homogénéité symptomatique, sans groupement fixe, sans succession régulière.

Obs. VII. — Chez un syphilitique qui avait eu une périostite des os du crâne guéris par un traitement iodé, il survint des maux de tête, un prolapsus de la paupière supérieure droite avec exophthalmie du même côté, des convulsions et de la perte de la mémoire. Plus tard, affaiblissement des facultés intellectuelles, bégayement, impossibilité de trouver les mots propres à rendre sa pensée; aphasie, puis idiotie, affaiblissement général de la contractilité musculaire qui, dans les derniers temps de la vie, fut plus prononcé sur le bras gauche et sur le côté gauche de la face qu'à l'arrière.

Autopsie. — Tumeurs gommeuses à la surface du cerveau. Nerf trijumeau droit enfoncé dans une masse gommeuse jusqu'au ganglion de Gasser. Dégénérescence gommeuse des nerfs optico-moteurs et olfactifs droits (le malade croyait toujours sentir une odeur ammoniacale). Foyers ramollis dans la substance cérébrale. (Obs. de Westphal.)

Vous voyez qu'ici l'aphasie est perdue au milieu d'un délire de phénomènes nerveux de toutes sortes et qu'on ne découvre ni à droite ni à gauche sur les lobes antérieurs des lésions circonscrites propres à en rendre compte, non plus que de l'hémiplégie gauche, qui s'est ébauchée aux dernières heures de la vie.

Obs. VIII. — Voici un autre fait où l'imbroglio des symptômes était encore plus inextricable. L'observation a été recueillie par Kuh. Il s'agit d'une femme, âgée de quarante-sept ans, dont la peau était couverte d'une syphilide papuleuse. Elle avait, en outre, des ulcérations des amygdales et une iritis de l'œil droit; affaiblissement de la jambe droite, puis hyperesthésie de la jambe gauche; plus tard, paralysie des deux extrémités inférieures, prolapsus de la paupière supérieure droite; faiblesse de la mémoire et difficulté de la parole; hémiplégie gauche de la face et du bras; attaques épileptiformes; délire, etc.

renuncio, renunciatis proclamo, et proclamatos ab omnibus professoribus haberi volo, jubeo, mando, etc.

Que des témoignages authentiques et dignes de confiance ont fait connaître que la passion que montre la Faculté de Paris lui a été suggérée par les instances les plus opiniâtres d'un simple médecin de son corps (Morand), qui n'a cessé de la fatiguer pour se venger de celui à l'occasion duquel il a été renvoyé de la place de médecin de S. A. E. monseigneur le cardinal évêque et prince de Liège.

Que la boîte d'or offerte au doyen de Pont-à-Mousson est une politesse et non une récompense honteuse; que les quatorze louis étaient pour l'honoraire des professeurs et l'expédition des lettres que la Faculté de Paris ne donne pas à moins de cinq à six mille livres aux meilleurs sujets, et qu'elle ne refuse jamais aux plus médiocres;

Enfin, que pour réparation de l'injure faite aux chirurgiens par ce décret prétendu solennel, dicté avec tant d'orgueil et d'agrèur, la Faculté de chirurgie a condamné et condamne

Autopsie. — Portes partielles de substance sur la lame interne des os pariétaux et frontaux. Infiltration purulente des méninges. Substance grise du cerveau rouge et ramolli. Foyers de ramollissement d'une couleur gris jauné, du volume d'une noix, nodosités dures, grosses comme une noisette disséminées dans la substance blanche des deux hémisphères.

Obs. IX. — Dans un cas recueilli par Worms, le malade perdait quelquefois la difficulté d'articuler les mots. Il avait eu un clancor envirové un an auparavant. Douleurs de tête irradiantes siegeant à gauche au-dessus de l'oreille, horribles, lancinantes, sans rougeur de l'œil, pression du temporal douloureuse, sans tumeur externe. Puis attaques épileptiformes, contraction de la jambe et du bras droit.

Autopsie. — Toute la portion des méninges qui tapisse le temporal gauche et le rocher était épaissie, rouge et recouverte de pus en dehors et en dedans. La partie de l'hémisphère gauche correspondant à la partie malade des enveloppes était recouverte de pus, ramollie, réduite en bouillie dans sa masse jusqu'à 3 centimètres de profondeur. Le ganglion de Gasser était compris dans une masse épaisse et purulente de la dure-mère crânienne; carie du temporal et de la base du rocher.

À la rigueur, ce cas pourrait rentrer dans la première catégorie, puisqu'il y a eu aphasie et troubles de la motilité à droite. Mais ce groupe n'était pas prédominant, et puis il existait de la contracture et non de l'hémiplégie. Ce n'est pas là du reste ce qui en diminue l'intérêt, au contraire.

(A suivre.)

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

De la leucocytose dans les affections fébriles ou purulentes (1).

Sans vouloir empiéter sur les appréciations de la GAZETTE HEBDOMADAIRE relativement à l'important mémoire sur la leucocytose dans la morve et le farcin, lu à l'Académie de médecine par M. le professeur Colin, voulez-vous bien me permettre quelques observations? Le mémoire portait sur les deux points suivants:

1° Y a-t-il leucocytose dans les affections morvo-farçineuses, et quels en sont les caractères? 2° Cette leucocytose est-elle initiale ou secondairement symptomatique, et quel rôle joue-t-elle par rapport au développement des lésions anatomiques?

C'est ainsi que tout d'abord M. Colin avait posé la question, à laquelle il a répondu par de nombreuses affirmations, par

(1) LA GAZETTE HEBDOMADAIRE se réserve de continuer l'appréciation du débat engagé à l'Académie sur la leucocytose (voy. le n° 4, p. 49). L'article qu'on va lire paraît sous la responsabilité de son auteur.

(La rédaction.)

ledit décret A ÊTRE LACÉRÉ ET BRULÉ AU BAS DE L'ESCALIER DE LA CHAMBRE D'ASSEMBLÉE, PAR LE BALAYEUR ORDINAIRE D'ICELLE, DANS UN PAQUET DE GAZETTES D'EPIDAUVE » (Journal de médecine fondé en 1761 par Barbeau-Dubourg, médecin de la Faculté de Paris).

Ce qui a été exécuté sur-le-champ.

VII

Et ainsi finit une lamentable et drôlatique histoire entamée par La Grave à la Faculté de médecine de Pont-à-Mousson en 1761, transportée en 1762, par Jadelot, à la Faculté de Paris, et engagée par Morand au Collège des médecins de Liège. Un homme de la trempe de La Grave ne pouvait se tirer que par un coup de maître de la déplorable et gênante position que lui faisait tenir à la face de l'univers la persévérance du Collège des médecins de Liège à vouloir laisser consigner dans ses registres un monument authentique de la bassesse avec

une série de déductions; mais dans aucun chapitre de sa longue lecture on ne trouve de preuves à l'appui; c'est une discussion théorique, et non une étude expérimentale. La question est encore trop complexe pour qu'il soit possible, avec les données que la science possède, de répondre à toutes les questions posées; néanmoins l'expérimentation apportée depuis quatre années, grâce aux méthodes employées, des faits nouveaux, précis, et c'est de ces faits qu'on pourra enfin tirer des lois générales. Le but de cet article est de résumer tous ces travaux épars, et de chercher quelles sont les conclusions qu'il nous est possible de proposer dès aujourd'hui.

Nous n'avons pas à revenir sur la discussion médicale à laquelle prirent part MM. Bouley, Chauffard et Verneuil (voy. *Gazette hebdom.*, n° du 27 janvier 1876); mais dès ce moment, M. Gubler fit voir que, posée comme l'avait fait M. Colin, la question était trop générale: il fit remarquer que la leucocytose s'observe dans toutes les affections générales graves et dans les états cachectiques; il aurait pu répéter ce qu'il écrivait en 1869: « Avant d'établir la théorie définitive de la leucémie, il faudra, longtemps encore, recueillir des observations pathologiques, les soumettre à une analyse rigoureuse, et ce ne sera qu'après les avoir réunies, comparées et exactement appréciées, qu'on pourra déduire logiquement les conditions de cet excès de globules blancs, ainsi que sa signification, soit comme maladie distincte, soit comme élément morbide commun à diverses cachexies. »

M. le professeur Chauffard, prenant part à la discussion, alla plus loin encore que M. Gubler, et se demandant si la pâleur qui accompagne si souvent la hémorrhagie n'était pas due à la leucocytose, il donna une acception plus large à ce mot. On verra plus loin que trois analyses du sang donnent raison à cette supposition qui parut exagérée tout d'abord. A l'appui de son opinion, il citait les recherches de M. le docteur Brouardel sur les varioleux; je erois, quant à moi, à l'apparition de la leucocytose, c'est-à-dire à l'augmentation des globules blancs dans le sang, dans tous les cas où il y a une collection purulente dans l'économie.

L'étude des globules du sang, quant à la proportion numérique des globules blancs et des globules rouges, est chose facile aujourd'hui, depuis l'invention du compte-globules Mallasz. Becquerel et Rodier, en 1854, dans un travail trop oublié aujourd'hui (*Traité de chimie pathologique*), avaient déjà insisté sur les relations des globules blancs et des globules rouges dans un certain nombre d'affections, mais il manquait à leur analyse un procédé mathématique; c'est cette précision que l'on peut obtenir avec l'appareil Mallasz. Malgré certaines difficultés d'application, l'appareil Mallasz remplit bien le but qu'on se propose, les causes d'erreurs peuvent en partie être évitées; aussi est-ce avec son aide, ou

plus récemment avec les modifications d'Hayem, que toutes les recherches ont été faites: c'est par cette méthode qu'on arrivera à formuler des lois générales.

A l'état normal on trouve, selon Robin (article *Leucocytose*), 1 globule blanc contre 300 globules rouges chez l'homme; chez la femme et chez l'enfant ils sont plus nombreux et varient: 1 contre 150 à 300. Niemeyer (*Traité de pathologie*, t. I) ne trouve qu'un globule blanc contre 350 à 400 globules rouges, mais expérimentalement, ces différences n'ayant que peu d'importance, d'autant plus qu'elles varient selon le moment où le sang a été examiné, nous n'avons pas à nous en occuper. Ce qu'il importe de noter, c'est que toutes les fois que cette relation physiologique sera profondément modifiée, on pourra dire qu'il y a leucocytose. Il ne suffit pas qu'il y ait diminution des globules rouges du sang en général, il faut qu'il y ait augmentation des globules blancs, augmentation non pas relative, mais augmentation absolue.

Ainsi, par exemple, il existe trois observations d'analyse du sang faites avant et après la transfusion; la première est due à M. Brouardel, la seconde à M. Liouville, la troisième à M. Féréol. Dans l'observation de M. Liouville, il s'agissait d'une femme affaiblie par une métrorrhagie; avant la transfusion, la malade présentait 800 000 globules par millimètres cube; quatre heures après 1 410 000; huit heures plus tard, 1 443 000; quinze jours après l'opération 1 850 000, et enfin, au moment où l'observation a été rédigée, c'est-à-dire un mois après, 2 020 000 au lieu de 1 500 000, chiffre normal. Dans l'observation de M. Féréol, où nous avons fait nous-même la numération des globules (*Union médicale*, 8 et 10 juin 1875), avant l'opération, la malade présentait 1 009 000 globules, sept heures après 900 000, treize jours après 2 300 000; et, enfin, trente-cinq jours après l'opération 2 940 000 à 3 120 000. Nous n'avons pas donné alors la numération des globules blancs, mais, dans les analyses, nous avons trouvé que la malade présentait 1 009 000 globules rouges: les globules blancs étaient dans un rapport de 1 contre 160; puis à mesure que les globules se reformaient, les rapports se modifiaient peu à peu pour arriver à 1/290 à 300. Y avait-il la leucocytose? évidemment non.

Maintenant doit-on donner le nom de leucocytose à cet état particulier résultant d'une lésion ganglionnaire ou splénique? La première observation que nous trouvons de cette lésion est celle que Leudet a publiée, en 1853. Quelque temps après M. Barth publiait de son côté une observation analogue; mais dans l'une et l'autre la relation entre les globules blancs et les globules rouges fait défaut; il faut, pour trouver ces renseignements, arriver au travail que MM. Charcot et Robin ont présenté à la Société de biologie (1853). Ici les numérations offrent plus de précision. Dans cette observation, on trouve notés les globulins sur lesquels M. Henri Liouville a

laquelle cet Esculape bâtarde avait cherché à se faire légitimer médecin. Cette histoire prouve une fois de plus la facilité déplorable avec laquelle les Grands sont disposés à accorder leur confiance à des gens qui en sont indignes, et à sacrifier à leur profit les aspirations légitimes des compagnies savantes. La Grave est resté quand même vainqueur sur toute la ligne. Malgré les preuves accablantes contre sa moralité et son savoir, il a été maintenu médecin aulique d'un chef d'Etat. Le dernier acte de cet homme a été une lettre qu'il écrivit à Morand père, chirurgien-major des Invalides, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences. Les menaces qui y sont exprimées sont bien dignes de celui qui, au moyen de quelques pièces d'or et d'une tabatière de grand prix, s'était imaginé pouvoir acheter la conscience du doyen de la Faculté de médecine de Pont-à-Mousson.

D^r Achille GÉNÉREAU.

ACCIDENTS DE CHEMINS DE FER. — Le REGISTRE GENERAL, publié en Angleterre montre que 1200 morts violentes ont été causées par des accidents de chemins de fer pendant l'année 1875: 1185 hommes et 105 femmes. Le nombre des morts violentes causées par des accidents de chevaux ou de voitures s'élève à 1250 et 1050 hommes, 194 femmes.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — Concours public pour la nomination à deux places de médecins au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. Ce concours sera ouvert le jeudi 20 avril 1876, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. MM. les docteurs qui voudront concourir s'en feront inscrire au secrétaire général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le mercredi 22 mars 1876, et sera clos définitivement le mercredi 5 avril, à trois heures.

récemment appelé l'intention : on en trouvait 40 à 45 sous le champ du microscope, tandis qu'à l'état normal, disent ces auteurs, on n'en trouve qu'un à deux. De plus, il y avait des globules blancs de deux sortes, les uns parfaitement sphériques, finement granuleux, mais sans noyaux; les autres plus volumineux, mais d'une forme moins « sphérique, sphéroïdale ou polyédrique », avec noyau sphérique variant entre 4 et 5 millimètres de diamètre. Ce noyau est pourvu de fines granulations, mais sans nucléoles proprement dits. Il y a dans la structure de ces globules une différence sur laquelle insistent les savants auteurs : c'est l'existence, au centre des globules, d'un noyau qui manque dans les globules normaux ou qu'on n'y rencontre qu'après l'action de l'eau ». Il faut noter en outre, comme caractère de l'état morbide, le grand volume des globules blancs et des noyaux qu'ils renferment.

En 1857, Virchow (*Archiv für pathologische Anatomie*) avait déjà attiré l'attention par un travail important (*Leukemie*) sur cette question dont un peu plus tard Bennett voulait s'attribuer la priorité; mais n'ayant pas l'intention de faire l'histoire de la leucémie, je reviens donc à la leucocytose. C'est à MM. Brouardel et Malassez que revient l'honneur d'avoir prouvé que dans toutes affections purulentes il y a augmentation des globules blancs, augmentation proportionnelle à l'accumulation du pus dans un des points quelconques de l'économie, et à son élimination. Voyons les faits qui nous permettent de restreindre ainsi la question et de tirer une conclusion générale.

Nous avons déjà cité le travail de M. Brouardel (*Des conditions de contagion et de propagation de la variole*, in *Un. méd.*, avril 1871) à propos de l'augmentation des globules blancs au moment où se forment les abcès multiples dans la variole ou même avant la pustulation, et leur diminution progressive à mesure que les foyers purulents se cicatrisent et que l'écoulement de pus cesse. En 1873, à la Société anatomique, M. Malassez (*Recherches sur le nombre des globules blancs du sang dans quelques cas de suppuration*) apportait plusieurs observations qui venaient confirmer, pour d'autres affections, les résultats obtenus par M. Brouardel dans la variole. Dans trois cas d'amputation, la numération des globules montrait que les globules blancs dans le sang augmentaient proportionnellement, selon que la collection purulente était plus abondante; dans un cas même, où avant l'opération M. Malassez trouvait 1 globule blanc pour 896 rouges, les globules blancs montaient à 1 pour 460 au moment de la formation d'une poche purulente dans le moignon, puis, la suppuration s'établissant, les globules blancs diminuaient parallèlement et la proportion remontait à 1-globule blanc contre 653 globules rouges.

Dans deux cas d'accouchement, les résultats étaient analogues. Dans le premier cas, M. Malassez, trouvait, avant l'accouchement, 1 globule blanc contre 423 globules rouges; douze heures, après l'accouchement, 1 contre 165; cinq semaines après, 1 contre 526. Dans le second cas, chez une accouchée morte d'infection purulente, il n'y en avait que 1 contre 54. Les résultats sont les mêmes dans quatre cas d'abcès ou de phlegmon, dans trois cas de pleurésie purulente. M. le docteur Bonne, de son côté, dans un très-conscientieux travail fait sous l'inspiration de son maître, M. Brouardel, arrivait à des résultats identiques, ainsi que nous allons le voir en faisant le résumé de ses recherches.

Un peu plus tard, M. Malassez présentait à la Société anatomique un nouveau mémoire sur l'état du sang dans l'érysipèle (21 février 1873). Ici nous trouvons un fait intéressant et d'une grande précision, c'est que les globules blancs ne sont pas influencés par l'érysipèle simple, mais que, sous l'influence d'un érysipèle phlegmoneux, le nombre des globules blancs augmente. Dans ce cas, les globules blancs s'élèvent à 11 200; une fois la collection purulente ouverte, le chiffre de ces globules redescend à 7700, puis à 5000 pour remonter à 7000, où il se maintient. Aussi M. Malassez peut-il conclure

« qu'il n'y a pas d'augmentation de globules blancs tant que l'érysipèle existe seul; cette augmentation n'apparaît que le jour où débute le phlegmon, et ne cesse que lorsque le pus peut s'écouler au dehors ». C'est à cette conclusion que les recherches de M. le docteur Bonne viennent donner raison.

Les analyses ont été faites dans des affections diverses : abcès et phlegmons de la fosse iliaque; ablation d'un cancer du sein, abcès de l'aisselle, adénite phlegmoneuse du sternomastoidien; fausses couches, fièvre typhoïde, fièvre scarlatine, variole et pneumonie. Nous ne pouvons répéter les résultats obtenus par les numérations des globules, ces résultats sont les mêmes que ceux déjà cités à propos du travail de M. Malassez; ce serait donc une répétition inutile. Mais il est un fait important sur lequel M. Bonne insiste avec raison à plusieurs reprises, c'est que les plus hautes températures ne font pas augmenter le nombre des globules blancs, qu'il n'y a pas une corrélation nécessaire entre ces deux phénomènes. Voilà un fait qu'il a noté, principalement dans un cas de fièvre scarlatine. Quant à la courbe des globules rouges, elle prenait une marche ascendante depuis le jour où la desquamation avait commencé.

De Giovanni, cité par M. Bonne (*loco citato*, p. 38), écrit que « l'augmentation des leucocytes existe dans toutes les maladies aiguës, fébriles et infectieuses ». Cette opinion, admise aujourd'hui par presque tous les auteurs, demandait une démonstration. M. Bonne s'est alors posé les questions suivantes, à propos d'un cas de fièvre typhoïde :

« A quelle époque y a-t-il augmentation des leucocytes ? »

Cette augmentation a-t-elle lieu au moment de l'ulcération des plaques de Peyer, et persiste-t-elle pendant toute la durée de la maladie ?

Et enfin, peut-elle donner quelques notions sur le pronostic ?

Chez le malade observé le sixième jour de la maladie, on trouve 47 000 globules blancs, le septième jour 62 000; mais les deux jours qui suivent il y a une chute complète; le neuvième jour, c'est-à-dire le jour qui correspond en moyenne à l'ulcération des plaques de Peyer, on ne trouve plus de globules blancs.

« Fait-il voir là une conséquence de la formation du dépôt typhique, qui augmente progressivement jusqu'à ce jour par accumulation peut-être des leucocytes du sang, qui sont ainsi retirés en grande partie de la circulation. Plus tard, et jusqu'à la fin de la période de réparation, nous remarquons que, bien qu'il y ait nécessairement formation de pus dans les ulcérations intestinales, le nombre des globules blancs reste presque à la normale; mais on sait que le produit de la suppuration est entraîné par les évacuations alvines.

» Chaque fois que, dans le cours de la maladie, la courbe des leucocytes tend à se relever, on trouve à cette élévation une cause apparente : le 6 il y a un écoulement par l'oreille, qui diminue un peu, puis se montre de nouveau le 12; le 20, le malade ressent de nouvelles douleurs à l'oreille, le 21, les globules blancs ont monté à 21 000, il y a éruption d'herpès à la lèvre; c'est le fait auquel je faisais allusion dans une des remarques précédentes. Le nombre des leucocytes diminue de nouveau, mais à partir de ce moment il semble que nous entrions dans cette période de suppuration et d'abcès multiples souvent fatale aux malades qu'on pourrait croire cependant au début de leur convalescence; la courbe se relève; le 28, l'ouverture d'un abcès au sacrum la fait retomber, mais elle remonte bientôt, et comme j'ai pu le constater dans d'autres observations, elle conserve jusqu'à la guérison cette tendance à se maintenir à une certaine hauteur » (Bonne, p. 39 et 40).

Trois observations de fièvre typhoïde donnent des résultats analogues à ceux que je viens de reproduire. Voilà donc déjà un fait qui peut être considéré comme acquis, tant au point de vue physiologique qu'au point de vue clinique. Dans les autres affections fébriles étudiées par M. Bonne, les résultats sont les mêmes; nous devons avouer néanmoins que

les recherches doivent encore être continuées pour pouvoir offrir plus de certitude et de précision.

Je disais, en commençant cet article, que M. le professeur Chauffard, en admettant la leucocytose dans la blennorrhagie, avait émis une opinion qui, pour beaucoup, avait paru exagérée; trois analyses semblent venir à l'appui de cette affirmation : dans trois cas de blennorrhagie examinée au moment où l'écoulement purulent était abondant, j'ai trouvé une augmentation des globules blancs, augmentation non pas seulement relative aux globules rouges, qui avaient diminué, soit à cause de l'anémie de l'un des malades, soit à cause du traitement qu'ils suivaient, mais augmentation absolue; j'ai trouvé pour ces trois observations des chiffres variaient ainsi : 1 globe blanc cent 100 à 150 globules rouges; il est vrai que les globules rouges avaient diminué, mais non cependant dans ces proportions. Voilà encore un fait qui vient confirmer les conclusions de MM. Brouardel et Malassez. Une expérience de M. Bonne est plus probante encore.

Deux fois M. Bonne a analysé le sang à la suite d'application d'un vésicatoire. Voici le résultat auquel il est arrivé dans le premier cas.

Le jour où le vésicatoire est posé, il y a 1 globe blanc cent 200; on pansa la plaie avec la pomme épispastique, le surlendemain il y en a 1/55, et quatre jours après 1/30. La suppuration diminuant peu à peu, le dixième jour la proportion est remontée à 1/200.

Dans la seconde expérience, les résultats différaient, mais le vésicatoire n'ayant pas été entretenu, on peut croire que le révéral qui a spolié le sang des éléments blancs qu'il contenait, et que l'irritation périphérique n'ayant pas été continuée, il n'y a pas eu formation exagérée de ces éléments.

Tels sont les résultats auxquels on est arrivé aujourd'hui. On voit qu'ils sont loin d'être complets; mais, comme le dit avec raison M. le docteur Brouardel, si les faits ne sont pas encore assez nombreux, si les recherches n'ont pas encore été poursuivies avec assez de soin dans toutes les affections pour permettre de tirer dès aujourd'hui des conclusions générales, on peut néanmoins dire que dans toutes les affections fébriles longues et amenant la suppuration, que dans toutes les cachexies soit cancéreuses, soit purulentes, la règle est celle-ci : augmentation des globules blancs dans le sang. C'est donc là une leucocytose réelle, et le jour où la clinique et l'expérimentation en auront fait connaître les règles, on pourra faire des théories plus exactes que celles que M. Colin est venu exposer sans preuve à l'Académie de médecine. Pour le moment, nous pouvons conclure dans les termes où M. Malassez terminait son travail (*Archives de physiologie*, 1874, p. 52) : « Chaque fois qu'il existe une collection purulente en un point quelconque de l'organisme, il existe une véritable leucémie ou leucocytose (peu importe le mot) qu'on pourrait appeler leucémie de suppuration ». Les recherches ultérieures permettront bientôt, sans aucun doute, de donner à cette règle un sens plus général. Les recherches expérimentales de M. le docteur Bonne n'auront pas été étrangères à ce progrès.

J.-N.

simple, qui se complique souvent d'hypertrophie des papilles et qui, en s'aggravant, compromet l'intégrité des membranes profondes et des milieux de l'œil. L'auteur a étudié cette maladie dans le nord de l'Afrique, dans deux missions que lui a confiées M. le ministre de l'instruction publique. Il l'a suivie, dans ses voyages en Europe, sous les noms divers d'*ophtalmie militaire* ou des armées, d'*ophtalmie contagieuse des écoles*, de *granulations* et de *lymphomes de la conjonctive*. De ses observations et des renseignements recueillis entre le 52° et le 33° degré de latitude nord, entre le 18° longitude est et le 4° longitude ouest, il résulte l'opinion que cette maladie, connue sous plusieurs noms, est toujours, dans son essence, la conjonctive granuleuse; mais elle emprunte, aux climats et aux conditions sociales des individus sur lesquels elle se développe, des caractères particuliers qui, tout en étant secondaires, peuvent tromper l'observateur et faire croire à l'existence de maladies différentes.

Une cause fréquente de son développement est la *contagion par le moyen de la sécrétion qui l'accompagne*. La matière de cette sécrétion, inoculée sur un œil sain, en reproduit pas fatalement une conjonctive granuleuse, mais souvent une conjonctive catarrhale ou purulente.

Pour l'Algérie et les pays limitrophes, Maroc et Tunisie, des causes locales très-actives viennent à ajouter aux précédentes, notamment les vents brûlants et poussiéreux du sud, l'atmosphère chargée de sable, la réverbération solaire (Larrey), les écarts entre la température moyenne des jours et celle des nuits (Mackenzie). Il faut bien invoquer toutes ces causes réunies pour expliquer des faits d'observation aussi graves que les suivants : dans beaucoup d'écoles primaires, l'auteur a trouvé une proportion de granuleux s'élevant au chiffre de 40 à 50 pour 100. Cette proportion s'est élevée, pour certaines salles d'asile (Bel-Abbès, Orléansville, Sétif, Alger), au chiffre effrayant de 90 et 95 pour 100.

Les soins habituels d'hygiène domestique, opposés aux causes précédentes, suffisent à enrayer le début de la conjonctive granuleuse et à ajourner les conséquences de la maladie une fois développée. C'est à leur application inconsciente que l'on doit attribuer l'immunité relative des personnes vivant dans l'aisance, ainsi que les cas, malheureusement rares, de guérison spontanée. Mais l'auteur recommande à l'administration de prendre certaines mesures propres à enrayer le fléau : comme l'isolement des enfants malades dans les écoles; la substitution du médecin aux directrices d'asile dans le traitement de la maladie. Enfin, dit-il, « la loi récente qui incorpore dans les contingents d'Algérie les fils d'Israélites et d'étrangers nés sur le sol de la colonie, impose à l'administration locale des précautions bien minutieuses dans l'examen des recrues; car on peut dire que, chez les Israélites, dans les races espagnole et maltaise implantées en Algérie, la majorité des individus est affectée ou l'a été par les granulations de la conjonctive. Le gouvernement devra redoubler de soins s'il veut épargner à l'armée d'Afrique les épidémies d'ophtalmie granuleuse qui, sous des climats moins favorables à leur développement, ont causé de si grands ravages dans plusieurs armées d'Europe. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : a. Un rapport final de M. le docteur Robert sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Marseille pendant l'année 1875. (*Commission des épidémies*). — b. Le compte rendu négatif des épidémies pour le département de l'Ain pendant l'année 1875. (*Même commission*). — c. Le rapport général de M. le docteur Nogaret sur le service médical de l'établissement thermal de Salies (Hautes-Pyrénées) pendant l'année 1875. (*Commission des eaux minérales*).

L'Académie reçoit : a. Une lettre de candidature de M. le docteur Armand Després pour la section de pathologie chirurgicale. — b. L'exposé des titres scientifiques de M. le docteur Alfred Fournier. — c. Un mémoire pour le prix Civieux de l'année

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1876. — PRÉSIDENCE DE M. PÉLIGOT.

DE LA CONJONCTIVE GRANULEUSE EN ALGÉRIE, par M. J. Gayat. — Il existe en Algérie, à l'état endémique, dans la région du Tell et dans celle du Sahara, ainsi que dans chaque race d'habitants, une maladie d'yeux caractérisée essentiellement et à son origine par l'hypertrophie des glandes lymphatiques de la conjonctive. C'est la conjonctive granuleuse

1876, ayant pour devise : « C'est peut-être dans l'étude du diabète que la physiologie expérimentée ou le plus à faire » (Cl. Bernard). (Inscrit sous le n° 1).

M. *Tarideu* dépose sur le bureau deux rapports faits par M. le docteur *Onimus* à l'occasion de l'année de 1873; l'un o pour litre: RAPPORT SUR L'ART MILITAIRE; et seconds AUS DLESSÉS DES ARMÉES DE TERRE ET DE MER; l'autre: RAPPORT SUR LES INSTRUMENTS DE PRÉCISION ET L'ART MÉDICAL.

M. *Gosselin* présente à l'Académie: 1° De la part de MM. *Léon Labbé* et *Coyne*, un TRAITÉ DES TUMEURS RÉGÉNÉRES DU SEIN; 2° De la part de MM. *Léon Labbé* et *Bourdon*, un volume intitulé: LEÇONS DE CLINIQUE CHIRURGICALE PROFESSÉES À LA PITRÉ.

M. *Poggiale* offre à l'Académie le RÉSUMÉ DES TRAVAUX DE LA COMMISSION CHARGÉE D'EXAMINER LES QUESTIONS QUI SE RATTACHENT À L'ASSAINISSEMENT DES HALLES CENTRALES.

M. *Maurice Ferris* dépose sur le bureau: 1° Au nom de M. le docteur *Spillmann*, l'article Résection extrait du DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES; 2° au nom de M. le docteur *Tachard*, une brochure sur l'application du sérum à la thérapeutique chirurgicale.

MORT DE M. ANDRAL. — M. le président annonce à l'Académie la perte douloureuse qu'elle vient de faire dans la personne de M. Andral, et propose de lever en signe de deuil la séance immédiatement après l'élection qui ne peut être ajournée. (Voyez p. 114).

ÉLECTION D'UN ASSOCIÉ LIBRE. — La commission présentait les candidats dans l'ordre suivant: en première ligne, M. Bertillon; en deuxième ligne, M. Chéreau; en troisième ligne, M. Briau.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 73 et la majorité absolue 37, M. Bertillon obtient 26 voix, M. Chéreau 25, M. Briau 16; bulletins blancs, 5 et 1 bulletin au nom de Fordos.

Personne n'ayant obtenu la majorité, on procède à un second tour. Au deuxième tour, M. Chéreau est nommé par 40 voix sur 73 votants; M. Bertillon obtient 28 voix, M. Briau, 4; 4 bulletins blancs.

— La séance est levée à quatre heures.

ERRATUM. — Dans la dernière séance, page 89, première colonne, ligne 27, lire *ligaments* et non *segments*.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 28 JANVIER 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LABOULBÈNE.

INFLUENCE DU MODE DE CUISON DES VIANDES SUR LA PROPAGATION DU TËNIA. — MALADIES RÉGNANTES. — ÉRYTHÈME DESQUAMATIF SCARLATINIFORME.

A l'occasion du procès-verbal, M. *Vallin* déclare que, pour lui, la fréquence plus grande du ténia en France depuis plusieurs années est du non-seulement à l'usage plus répandu de la viande crue comme moyen thérapeutique, mais aussi au goût que l'on a aujourd'hui des viandes saignantes (dans l'alimentation journalière). Par quelques expériences, M. *Vallin* a constaté que la température des viandes rôties telles qu'on les mange habituellement oscillait entre 52 et 53 degrés à la périphérie, tandis qu'au centre la chaleur ne dépassait pas 46 ou 48 degrés. Cette dernière température est insuffisante pour détruire les œufs de ténia qui peut contenir le centre du morceau de viande.

En faisant manger de la viande trichinée cuite à des lapins, M. *Vallin* a observé que ces animaux étaient toujours atteints de trichinose quand la viande qu'ils avaient ingérée n'avait pas subi pendant la cuisson plus de 54 degrés.

MALADIES RÉGNANTES. — M. *Er. Besnier* lit son rapport trimestriel sur la constitution médicale des hôpitaux et hospices de Paris.

La mortalité générale dans les établissements hospitaliers a été pendant le dernier trimestre de 1875, de 2982 décès.

Les pneumonies, pleurésies, catarrhes bronchiques, ont présenté leur fréquence habituelle sans cependant offrir de caractères particuliers.

Les affections diphtériques se sont montrées plus nom-

breuses et plus graves qu'à aucune époque et qu'à aucune période des années précédentes. En octobre, novembre et décembre, 492 malades ont été traités pour ces affections dans les hôpitaux, et 144 ont succombé (mortalité de 75 pour 100).

M. *Archambault* a donné dans une note détaillée le relevé de ses observations de croup pendant l'année 1875. On y voit que, dans son service, il a été opéré, soit par lui, soit par les internes, 36 garçons dont 40 ont guéri, et 32 filles dont une seule a échappé. Cette différence énorme entre la mortalité des filles et des garçons est inexplicable; il est des années où l'on observe le contraire.

A l'hôpital des Enfants, pendant toute l'année 1875, 168 croups ont été opérés dans les divers services; ils ont donné 38 guérisons, soit 1 sur 4 1/2. Ce résultat, sans être brillant, n'est pourtant pas très-mauvais, si l'on tient compte de ce fait que la maladie a été en quelque sorte épidémique.

Pendant l'année 1875, M. *Archambault* a traité dans son service 28 cas de diphtérie pharyngienne dont 2 s'étaient développés dans les salles. Sur ces 23 enfants, 10 ont succombé par suite de l'infection. Dans un seul cas d'angine couenneuse, il y a eu propagation au larynx.

M. *Archambault* a trouvé de l'albuminurie sur 20 de ces malades. Cette albuminurie paraît en rapport avec la gravité du mal, mais des malades ont guéri qui la présentaient au plus haut degré. La diminution de l'albuminurie est toujours d'un bon augure.

Quant à la variole, les services d'isolement qui ont fonctionné sans interruption depuis le 1^{er} mai ont donné des résultats excellents. En effet, sur le total de 234 admissions de varioleux, formant le bilan des hôpitaux pour ces huit derniers mois, on ne compte que 6 cas intérieurs, appartenant d'ailleurs presque tous au début de la recrudescence épidémique. On ne saurait douter de l'immense progrès réalisé par ces services d'isolement et du bénéfice considérable qu'a pu en retirer la population, ainsi préservée de l'extension du mal.

Là où les mesures d'isolement n'ont pas été prises en temps opportun pour une raison quelconque, la maladie s'est propagée et a déterminé la mort de sujets qui auraient pu échapper à la variole; à l'hôpital des Enfants, dans les services de MM. *Archambault* et *Labric*, 4 enfants moururent pour avoir contracté la variole dans des salles où avaient été admis deux enfants varioleux.

Les communications envoyées des villes de province (Marseille, Toulouse, Rouen) font généralement ressortir l'état satisfaisant de la constitution médicale du dernier trimestre de 1875.

ÉRYTHÈME DESQUAMATIF SCARLATINIFORME. — M. *Férol* présente un malade qui, en 1873, après quelques symptômes typhoïdes, fut pris d'une éruption scarlatinoforme insolite. Il avait guéri, mais en janvier 1875 survint, sans prodromes fébriles, une nouvelle éruption suivie cette fois de desquamation totale de tout le tégument. Depuis cette époque, ce pseudo-érythème se reproduisit sept fois dans des conditions identiques, et dans ces derniers temps ces poussées éruptives sont devenues incessantes; toujours elles sont suivies de desquamation complète commençant par les extrémités supérieures et finissant par les pieds. L'état général de ce sujet est bon; l'appétit est conservé. Les urines sont normales.

M. *Blachez* a observé un cas analogue; il était resté indécis sur la nature de cette éruption qui pour les uns était un eczéma, pour les autres [une forme de pemphigus]. Le malade qu'il a observé était un jeune homme dont la peau était dans un tel état de desquamation que tous les matins on pouvait recueillir près de son lit un litre et demi de débris épidermiques. Il ressentait de vives douleurs qui étaient calmées par des panséments au liniment oléo-calcaire.

Eu même temps les ongles étaient soulevés et séparés de la peau sous-jacente par une épaisse sécrétion des cellules épithéliales. La langue était aussi dépourvue d'épithélium lisse et rouge; le sens du goût était aboli. Malgré ce singulier état, la santé générale se maintenait bonne; on constatait seulement de temps en temps un peu de fièvre. La maladie cessa au bout de six mois sans traitement. En 1870, ce malade fut atteint de furoncles et d'anthrax, et au mois de décembre il succomba à une pneumonie.

M. Er. Besnier fait observer que le malade de M. Féréol et celui de M. Blachez n'ont qu'une analogie éloignée; chez l'un, il s'agit d'une affection aiguë à rechutes, tandis que chez le dernier il y avait une maladie essentiellement chronique.

Pour M. Er. Besnier, la maladie dont vient de parler M. Féréol est un érythème desquamatif sclélatiniforme et non une dermatite, comme on ou a eu un instant la pensée.

MM. Féréol, Vidal et Laillet acceptent la dénomination proposée par M. Er. Besnier.

A. L.

Société de biologie.

SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1876. — PRÉSIDENT
DE M. DUMONTALLIER.

NUMÉRATION DES GLOBULES ROUGES CHEZ LE NOUVEAU-NÉ : M. LÉPINE. RECHERCHES ANATOMIQUES SUR LE NERF TRIJUMEAU : M. PIERRET. — HÉMIPLÉGIE ANCIENNE AVEC ATROPHIE MUSCULAIRE PARTIELLE; LÉSION DE LA CORNE ANTÉRIÈRE DE LA SUBSTANCE GRISE DE LA MOELLE DU CÔTÉ CORRESPONDANT : M. PITRES. — HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE AVEC CONTRACTURE PRÉCOCE : M. DUSSAUSSAY. — ALTÉRATION DES NERFS CUTANÉS DANS UN CAS D'ÉRUPTION DE PEMPHIGUS SURVENU DANS LE COURS DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE : M. DÉJÉRINE. — ÉTAT DE L'EXCITABILITÉ DES NERFS MOTEURS ET DE LA CONTRACTILITÉ MUSCULAIRE CHEZ LES ANIMAUX TUÉS PAR LES ANESTHÉSISQUES : M. COUTY.

M. Lépine communique les résultats de quelques recherches qu'il a faites, avec deux de ses élèves, sur le nombre des globules rouges du sang chez le nouveau-né. Ils ont constaté que, pendant le premier jour qui suit la naissance, il y a une grande augmentation du nombre des globules rouges, environ 1 200 000; puis que, pendant les jours qui suivent, il y a une diminution progressive, jusqu'au dixième jour à peu près. Ces recherches ont été faites avec le compte-globules de M. Hayem; le sang était pris par une piqûre d'épingle, faite tantôt au gros orteil, tantôt à la face dorsale du métatarse. M. Lépine ajoute à ces résultats, qui seront vérifiés par de nouvelles recherches, les réflexions suivantes: Il pense que la grande augmentation du nombre des globules qu'on observe le premier jour est due, non à une suractivité des organes hématopoïétiques, mais à la diminution de poids de l'enfant; de même, la diminution qui se produit pendant les jours suivants lui semble produite, non par une destruction exagérée de globules, mais par l'augmentation rapide du nouveau-né, qui fait que le sang devient beaucoup plus riche en sérum. Du reste, une de ses observations paraît confirmer cette manière de voir :

Un enfant, dont la mère devint malade vers le huitième jour, commença à diminuer de poids, et l'on vit bientôt le nombre des globules augmenter; il arriva même que l'enfant ayant exactement le douzième jour le même poids qu'il avait présenté le quatrième, le nombre des globules se trouva également et exactement le même.

— M. Pierret fait connaître la première partie de ses recherches sur le nerf trijumeau; il se propose de démontrer que le trijumeau (portion sensitive) représente non-seulement la racine postérieure sensitive du nerf masticateur, mais encore de tous les nerfs moteurs de la face (nerfs moteurs de

l'œil et facial). Aujourd'hui il se borne à l'exposé de quelques point d'anatomie.

Si l'on examine la substance grise de la moelle, à la région cervicale, on constate d'abord que la corne postérieure ne contient pas de cellule et que les lobes des racines postérieures ne s'arrêtent pas dans cette substance grise. De plus, à mesure que l'on remonte vers le caillot du bulbe, cette substance grise diminue, et même elle disparaît à peu près complètement au niveau de ce point. Il est donc évident que la transmission des sensations ne peut pas se faire uniquement par cette colonne de substance grise, il faut donc qu'il y ait au niveau du collet du bulbe des fibres conductrices de la sensibilité. D'autre part, si l'on examine les rapports des fibres du trijumeau avec ses noyaux d'origine (et c'est le seul nerf dont on connaisse bien les centres ganglionnaires), on constate les particularités suivantes: arrivées dans la protubérance, ces fibres nerveuses suivent d'abord une direction parallèle antéro-postérieure, puis, arrivées au centre de la protubérance, elles divergent; les unes continuent le trajet primitif pour se mettre en rapport avec quelques cellules; d'autres, peu nombreuses, se dirigent en haut, vers un noyau de substance grise situé vers l'angle antérieur du plancher du quatrième ventricule; enfin, un troisième faisceau beaucoup plus considérable se dirige vers un gros noyau situé près du collet du bulbe. Dans ces directions multiples, elles correspondent aux noyaux d'origine de tous les nerfs moteurs de la face, et de plus elles convergent vers ce point où nous avons vu en dernier lieu aboutir toutes les racines sensitives des nerfs spinaux.

— M. Pitres communique le fait suivant: il s'agit d'une femme morte dans le service de M. Charcot et sur le compte de laquelle on a seulement les renseignements suivants: elle est hémiplégique depuis longtemps avec contracture. De plus, on constate une atrophie considérable du deltoïde et des nerfs de l'éminence (hémar du côté paralysé). A l'autopsie, vaste foyer ancien des masses centrales avec déchirure de la capsule interne, dégénérescence secondaire du faisceau latéral du côté opposé; de plus, à la partie supérieure du renflement cervico-brachial, dans une étendue de quelques centimètres, la substance grise de la corne antérieure présente un état louché avec prolifération des noyaux et disparition d'un très-grand nombre de cellules. Ce fait, qui est le second constaté par M. Charcot, a une très-grande valeur au point de vue des localisations dans la moelle. La lésion de la corne antérieure n'était pas en continuité directe avec le faisceau latéral sclérosé.

— M. Dussausay met sous les yeux des membres de la Société le cerveau d'une femme morte d'hémorrhagie cérébrale dans le service de M. Maillard. Attaque brusque; le troisième jour, contracture qui dure trois jours, puis hémiplégie complète jusqu'à la mort survenue au bout d'un mois. Le foyer hémorrhagique est situé au-dessus de la couche optique et du corps strié, qui ne sont point atteints immédiatement au-dessous des circonvolutions frontale ascendante et pariétale ascendante, surtout de leur partie supérieure.

— M. Charcot fait observer que la contracture précoce pouvait faire soupçonner le siège précis de la lésion. Il ajoute que ce fait vient encore à l'appui de l'opinion qu'il a défendue dans la séance précédente à propos des localisations cérébrales.

— M. Déjérine a fait l'examen histologique des nerfs cutanés au niveau des bulles de pemphigus développées quinze jours avant la mort sans qu'on puisse inriminer la pression; chez une femme morte de paralysie générale. Ces nerfs au niveau des pustules présentaient des altérations profondes. La plupart des tubes qui se rendent à la peau étaient à peu près dans le même état qu'un nerf sectionné depuis dix jours. La myéline était divisée en très-gros fragments; on ne retrouvait plus trace du cylindre axis.

— M. *Couty* donne les résultats de quelques expériences faites dans le laboratoire de M. *Vulpian*. Il a tué des cobayes par divers procédés, section du bulbe, hémorrhagie, arrêt du cœur, il en a tué d'autres par le chloral donné tantôt par injection sous-cutanée, tantôt par injection intra-veineuse. Or, voici ce qu'il a constaté chez les animaux tués par le chloral : l'excitabilité du nerf sciatique et la contractilité électrique des muscles persistaient beaucoup plus longtemps que chez les animaux tués par d'autres moyens. Sur un chien, il a coupé les deux nerfs sciatiques et lié l'une des artères crurales de manière à empêcher le chloral d'arriver dans une patte ; or, la contractilité musculaire et l'excitabilité nerveuse persistèrent encore plus longtemps dans la patte dont l'artère n'était pas liée. Des expériences analogues faites avec l'éther et le chloroforme ont donné des résultats dans le même sens, mais beaucoup moins accentués. M. *Couty* fait observer que ces résultats sont identiques avec ceux que M. *Bochefontaine* et lui ont récemment communiqués à la Société à propos de l'oxyde de carbone.

Société de thérapeutique

SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. OULMONT.

DE L'ÉTAT DE LA THÉRAPEUTIQUE : N. HIRTZ. — DIFFÉRENTS ESPÈCES DE JABORANDI ; FRAUDES INVOLONTAIRES À L'ÉGARD DU JABORANDI VRAI OU *Pilocarpus pinnatus* : M. GUBLER, BEAUMETZ, LIMOUSIN. — D'UNE CAUSE D'ERREUR SIGNALÉE PAR M. DUCHON DANS L'EMPLOI DES AÉROMÈTRES POUR L'APPRÉCIATION DU POIDS SPÉCIFIQUE D'UNE URINE : M. LIMOUSIN. — EMPLOI DE L'ACIDE SALICYLIQUE POUR LA CONSERVATION DES SOLUTIONS D'ALGALOIDES ; SALICYLATES DE MORPHINE ET DE QUININE : M. LIMOUSIN. — EMPLOI DE L'EAU DISTILLÉE DE LAUREN-CEISSE DANS DANS LE MÊME BUT : M. BEAUMETZ.

M. *Hirtz*, au milieu de quelques paroles flatteuses adressées à la Société au sujet de l'unanimité toute spontanée de son élection, est entré dans quelques considérations philosophiques et humoristiques sur la thérapeutique, dont nous regrettons de ne pouvoir reproduire qu'une idée générale.

Nous autres médecins, qui pratiquons ce qu'on nomme dans le monde l'art de guérir, nous sacrifions avant tout, dit-il, le diagnostic à la physiologie pathologique. Si *Ambroise Paré* disait : « *Je le pansay, Dieu le guarit!* » les médecins modernes doivent dire souvent : *Je t'ai diagnostiqué, Dieu le guérisse!* En somme, M. *Hirtz* regrette qu'au milieu du flot montant des sciences qui se perfectionnent chaque jour, l'athérapeutique soit restée retardataire.

A cette faute il y a une excuse : c'est la difficulté d'une science où l'on se trouve à chaque pas arrêté, lorsqu'on est bien décidé à ne pas tomber dans le danger de ce raisonnement qui consiste à dire : *Post hoc, ergo propter hoc.*

Les autres sciences n'ont pas cet œueil. Il croit du reste qu'il appartient à notre époque de réagir contre cette tendance routinière de la thérapeutique, tendance presque officiellement admise par les candidats dans les épreuves des concours, où la thérapeutique est sciemment et imployablement reléguée au dernier plan.

M. *Gubler*, saisissant à-propos qui lui est offert, ajoute aux difficultés de la thérapeutique ce qu'on pourrait nommer les difficultés de la matière médicale et le danger auquel les médecins sont exposés de ne pas employer sous les mêmes noms des corps identiques.

Le jaborandi lui fournit un exemple à l'appui.

Cette communication prend une importance particulière lorsqu'on songe aux interprétations diverses auxquelles le jaborandi a donné lieu et aux affirmations les plus contradictoires qui ont été faites au sujet de ce médicament.

M. *Gubler* fait remarquer qu'il existe un grand nombre de plantes qui portent ce nom en quelque sorte générique de

jaborandi. On croit volontiers dans le monde médical que tout *jaborandi* peut donner les effets physiologiques que l'on sait ; c'est là une erreur. Il n'est donc pas étonnant de voir le *Jaborandi* rester parfois sans effet.

Ce nom de *jaborandi* appartient à un grand nombre de plantes de la famille des *pipéracées*, à beaucoup de poivres ; il appartient à l'*Othonia anisum* (*pipéracée*). A Rio même on désigne toutes ces plantes sous le nom de *jaborandi*. C'est un *Piper* qu'on fait entrer à Rio, sous le nom de *jaborandi*, dans un élixir dentifrice très en vogue au Brésil ; ce sont même divers *Piper* : *Piper citrifolium*, *Piper reticulatum*. Toutes ces plantes sont des stimulants diffusibles, mais n'ont pas les effets si intenses et si particuliers de ce *jaborandi* qui a nom *Pilocarpus pinnatus* et qui a été introduit en Europe par le docteur *Coutinho*.

M. *Gubler* regarde avec raison comme d'autant plus utile d'insister sur ce point que les médecins même du Brésil à qui l'on demande du *jaborandi* envoient en Europe du *Piper reticulatum*. Or le *jaborandi* vrai est une *rutacée*, famille qui, avec les *pipéracées* et un autre genre (*Esebechia*) comprend un grand nombre de plantes à propriétés diaphorétiques.

A l'appui de sa communication, M. *Gubler* montre à la Société les échantillons d'une plante adressée officiellement, par le docteur *Crevaux*, au ministère de la marine, au docteur *Leroy* de Méricourt, comme du *jaborandi* vrai, du *Pilocarpus pinnatus* ; or, cette plante n'est autre qu'un *Piper*.

La plante entière de ce *Piper* mesure 1 mètre de haut. La tige est noueuse, articulée comme celle d'un bambou. Les *pipéracées* sont du reste des intermédiaires entre les monocotylédones et les dicotylédones. A ce point de vue le *Piper* envoyé se rapprocherait des monocotylédones. Cette plante est diurétique, sialagogue, mais extrêmement peu. Et cependant pendant longtemps on n'a eu presque partout à sa disposition que ce *Piper* sous le nom de *jaborandi*.

M. *Gubler* s'est procuré chez un droguiste la plante que ce commerçant vend sous le nom de *jaborandi* ; cette plante est le *Piper reticulatum*. Il n'est donc pas étonnant que les médecins qui en ont fait usage se soient refusés à croire aux propriétés vraiment merveilleuses du *Pilocarpus pinnatus*.

M. *Beaumez* déclare à ce propos que plusieurs de ses clients à qui il avait ordonné du *jaborandi* n'ont, à son grand étonnement, éprouvé aucun effet. La communication de M. *Gubler* rend compte de ces cas négatifs.

M. *Limousin*, après avoir examiné la plante présentée par M. *Gubler*, déclare qu'il reconnaît en effet la le produit qui, à une certaine époque, a évalué le marché de la droguerie sous le nom de *jaborandi*. En présence des différences remarquables qui existent entre ces feuilles et celles du *Pilocarpus pinnatus*, différences faciles à reconnaître, il engage les médecins à prescrire désormais du *jaborandi en feuilles*, et non en poudre.

M. *Limousin* entretient la Société d'une expérience assez curieuse faite récemment par M. *Duchon*, au sujet de l'emploi des aréomètres comme moyen d'appréciation du poids spécifique des urines.

Il résulte de cette expérience que lorsqu'on prend le poids spécifique d'une urine dans une éprouvette, on obtient des résultats différents, en d'autres termes, l'aréomètre s'arrête à un point différent de sa graduation, suivant que l'éprouvette n'est qu'à peu près pleine de liquide ou qu'on contraîne ce liquide arrive jusqu'au bord même du vase, de façon à former un ménisque à convexité supérieure. Cette différence peut être de 4 ou 5 degrés. Il y a plus : si dans une série de trois opérations, après avoir pris la densité de l'urine l'éprouvette non pleine, après l'avoir prise une seconde fois l'éprouvette remplie jusqu'à ses bords avec ménisque, on vient à la prendre une troisième fois en ayant soin d'enlever une partie de liquide

et de ramener ainsi la troisième expérience aux conditions de la première, on constate alors, non sans étonnement, que la densité exprimée par l'aréomètre dans cette troisième expérience ne correspond plus à la densité exprimée non-seulement dans la seconde, mais, ce qui est plus étonnant, dans la première expérience.

M. Limousin rend la Société témoin de ce curieux phénomène.

Quant à l'explication à en donner, M. Limousin mentionne l'opinion émise à cet égard par M. Pouillet, — ce savant explique la différence par un phénomène physique de *tension superficielle*. La cause de la variation serait dans les poussières qui adhèrent sur la surface du liquide; ces poussières ne seraient chassées que lorsque le liquide a débordé, et c'est alors seulement que l'aréomètre indiquerait le poids véritable du liquide.

Plusieurs membres, entre autres M. Gubler, seraient tentés de voir dans ce phénomène, peut-être complexe, l'influence du ménisque.

— M. Limousin montre à la Société divers échantillons de solutions pour usage hypodermique, préparées avec différentes substances, ayant pour but la conservation du liquide et l'absence de production des conferves.

Il a essayé la *glycérine*, le *chloral*, l'*eau distillée d'ulmaire*, conseillée par M. Patrouillard. Même dans cette dernière solution, M. Limousin, au bout d'un certain temps, a trouvé des conferves; néanmoins, comme cette solution, assez bonne, renferme une aldéhyde salicylique, M. Limousin s'est proposé de faire une solution avec l'eau distillée simple additionnée d'acide salicylique pur.

Il montre à la Société une bouteille contenant depuis trois semaines une solution de 0,20 de chlorhydrate de morphine dans de l'eau distillée additionnée au 2/1000^e d'acide salicylique. Cette bouteille ne contient pas de conferves, tandis qu'une solution semblable préparée au même moment sans acide salicylique en est remplie.

Introduite sous la peau, cette solution ne détermine aucune douleur. On a du reste fait déjà des injections d'acide salicylique. Entraîné dans cette voie, M. Limousin a essayé de préparer un *salicylate de morphine* soluble; mais il n'est pas arrivé à obtenir un produit suffisamment soluble. Le *salicylate de quinine*, qui a déjà été essayé, est du reste encore moins soluble. On sait d'ailleurs que les solutions de quinine se conservent toujours mieux que les solutions de morphine.

— M. Beaumetz se sert avec beaucoup de succès, au point de vue de la conservation de ses solutions pour usage hypodermique, de l'*eau distillée de laurier cerise*, qu'il emploie en guise d'eau ordinaire.

A. B

REVUE DES JOURNAUX

De l'utilité du bromhydrate de quinine dans le traitement de la fièvre palustre, par le docteur SOULEZ.

M. Gubler a déjà fait connaître les propriétés thérapeutiques de ce médicament (*Gazette hebdom.*, 17 septembre 1875). Le savant professeur a démontré que le bromhydrate de quinine a des propriétés spéciales, qui ne sont tout à fait ni celles du bromure ni celles de la quinine, mais qui paraissent résulter de la combinaison. Il possède les propriétés du sulfate de quinine, mais il agit moins sur l'appareil acoustique.

Dans un travail appuyé sur de nombreuses observations, M. Soulez confirme les conclusions de M. Gubler. Non-seulement le bromhydrate de quinine a réussi là où le sulfate avait échoué; mais le nouveau médicament, employé à des doses inférieures, n'a pas produit les vertiges et autres symptômes d'ivresse quinine.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur la durée de l'intervalle qui doit séparer l'administration du sel de quinine de l'apparition de l'accès; mais l'on admet cependant que l'intervalle est nécessaire et que la quinine, prise par exemple deux heures avant l'accès, n'a aucune action sur cet accès. Or, il résulte des observations de M. Soulez que le bromhydrate de quinine, pris à dose convenable une heure avant l'accès, supprime l'accès.

Les études sur le bromhydrate sont trop récentes pour qu'on ait pu appuyer cette proposition sur un nombre considérable d'observations. Mais l'avantage signalé par M. Soulez est assez important pour diriger l'attention sur ce nouveau médicament qui, grâce à sa grande solubilité, peut s'employer par la voie hypodermique plus facilement que les autres sels de quinine. (*Journal de thérapeutique*, 10 décembre 1875.)

De l'emploi du sulfate d'éserine dans la chorée, par le docteur CADET DE GASSICOURT.

M. Bouchut a publié, dans le BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE du 15 avril 1875 les résultats de ses recherches sur le sulfate d'éserine dans la chorée; ses conclusions peuvent se résumer ainsi : 1° les effets physiologiques du sulfate d'éserine sont différents chez l'homme et chez les animaux; 2° les effets thérapeutiques du sulfate d'éserine dans la chorée sont remarquables, puisque ce sel guérit cette maladie dans une moyenne de temps de dix jours.

M. Cadet de Gassicourt a repris les expériences de M. Bouchut et est arrivé à des résultats bien différents. Le sulfate d'éserine a été employé par la méthode hypodermique de deux façons : 1° à la dose de 3 milligrammes d'un seul coup; à la dose fractionnée de 1 milligramme toutes les heures et demie, la dose totale étant de 3 milligrammes.

Les effets physiologiques apparaissent de vingt à vingt-cinq minutes après l'injection de 3 milligrammes. Ils peuvent se résumer de la manière suivante : L'enfant se couche sur le côté, la tête fortement fléchie sur la poitrine, le tronc courbé en avant, les avant-bras fléchis sur les bras, les cuisses sur l'abdomen, les jambes sur les cuisses. La face et le tronc rougissent; il y a quelquefois une hyperesthésie de la surface cutanée. Les vomissements glaireux ou alimentaires sont constants et se produisent peu de temps après l'injection. En même temps le diaphragme se contracte violemment et les convulsions de ce muscle et des muscles abdominaux sont si intenses que le ventre se distend et se déprime avec une extrême rapidité. Ces phénomènes convulsifs sont très-douloureux et arrachent des cris à l'enfant; ils sont accompagnés de spasmes de la glotte avec dyspnée passagère. Il y a quelquefois une demi-érection de la verge, d'autres fois un tremblement fibrillaire de l'iris, jamais de resserrement de la pupille. Les battements du cœur et la respiration sont quelquefois ralentis; la température s'est abaissée une fois à 35°,8, une autre fois à 36°,6.

Les effets thérapeutiques du sulfate d'éserine ont été observés sur quatre malades. Chez trois malades la chorée était légère et datait déjà de plusieurs semaines; elle a commencé à décroître peu à peu, pour disparaître après deux mois de traitement par les injections. Mais il est difficile d'attribuer ce résultat à l'action de l'éserine, car il s'agissait d'une récidive; et la maladie a diminué lentement, sans que l'action du médicament eût pu l'influencer; rien ne prouve du reste que la guérison soit définitive. Chez le quatrième malade, il s'agissait d'une chorée intense. Les injections d'éserine ont été commencées à la dose de 3 milligrammes et continuées pendant douze jours. Pendant ce temps, l'incoordination des mouvements a été en croissant, les troubles intellectuels et affectifs se sont accrus de plus en plus, et il a fallu une certaine ténacité pour pousser l'expérience jusqu'au bout.

Tels sont les résultats physiologiques et thérapeutiques

obtenus par M. Cadet de Gassicourt avec le sulfate d'ésérine, et qui lui permettent de conclure que les effets physiologiques de cette substance ont été les mêmes que chez les animaux, et que, dans ces quatre cas de chorée, les résultats thérapeutiques ont été nuls. (*Gazette médico-chirurgicale de Toulouse*, 10 janvier 1876.)

BIBLIOGRAPHIE

La vérité sur les enfants trouvés, par le docteur BROCHARD. — In-12, 1876. E. Plon et C^o.

Tout le monde connaît les remarquables travaux de M. le docteur Brochard sur la mortalité des nourrissons, qui causèrent un si grand émoi dans le personnel administratif. « Lorsque l'administration est surprise par quelques révélations inattendues touchant l'un de ses services, elle a recours à deux procédés aussi peu scientifiques l'un que l'autre : elle adresse à l'auteur de ces révélations un communiqué auquel il ne peut rien répliquer ; elle l'accuse dans les régions, dans les journaux officiels, d'inexactitude et d'exagération. »

Tels sont les procédés qu'on a depuis dix ans employés à l'égard de notre sympathique confrère. Ce n'est point ici le lieu de rappeler les persécutions dont il a été l'objet : insulté publiquement, révoqué de ses fonctions d'inspecteur des crèches, menacé de la radiation des cadres de la Légion d'honneur, M. Brochard n'en continue pas moins son œuvre humanitaire, et ce qu'il a fait il y a dix ans pour les nourrissons il le fait aujourd'hui pour les enfants trouvés, qui, suivant son expression, *devraient s'appeler des enfants perdus*.

Dans un premier chapitre, M. Brochard montre combien il est difficile de connaître la vérité sur les enfants assistés. On sait que la direction de ce service a été récemment enlevée aux administrations hospitalières pour être confiée aux administrations départementales. Celles-ci sont souvent d'une ignorance déplorable en ce qui concerne les Enfants assistés, et lorsqu'elles connaissent la vérité, comme elle est toujours fort peu édifiante, elles refusent de la faire connaître en publiant des statistiques inexactes. Ce qui vient d'être dit ne s'applique évidemment pas aux Enfants assistés de la Seine, qui appartiennent à l'Assistance publique et forment un service à part, bien organisé, que quelques modifications de détails et une inspection médicale sévère suffiraient à rendre excellent.

La mortalité des Enfants assistés d'un jour à un an a été : pour la Loire-Inférieure, de 90 pour 100; pour la Seine-Inférieure, de 87 pour 100. Les autres départements fournissent des chiffres qui, quoique moins élevés, n'en sont pas moins effrayants, surtout si l'on considère qu'en Russie la mortalité des enfants trouvés n'est que de 18 pour 100. M. Husson disait à ce sujet : « En présence d'un mal si grand on est obsédé par la pensée de le voir durer et grandir encore... On n'a fait que lever un coin du voile qui cache le tableau ; le mal est seulement entrevu ; on n'en connaît ni l'étendue ni la profondeur. »

L'enquête de 1862 établit qu'il y a en France 148 499 enfants assistés, dont 76 520 d'un jour à un an confiés à des nourrices mercenaires et 14 614 laissés à leur mère, qui les allaitent ou qui sont *ensésés* les allaiter moyennant un secours mensuel. Tous ces enfants se trouvent sous la surveillance des inspecteurs départementaux, qui sont non-seulement étrangers à la médecine mais totalement ignorants de l'hygiène des nouveau-nés. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner si la moyenne des décès est chez ces enfants de 70 pour 100.

M. Brochard repousse la suppression des tours et leur remplacement par l'admission à bureau ouvert comme entraînant l'augmentation des avortements et des enfants mort-nés. Cette suppression a fait réaliser de grandes économies à l'adminis-

tration, mais elle laisse la société sans armes contre l'avortement et l'infanticide ; elle a créé ces nombreuses maisons privées d'accouchement qui sont trop souvent des repaires d'un odieux commerce de substitution et de disparition d'enfants. « L'administration, nous dit l'auteur, eût été plus prévoyante, plus humaine, si en fermant les tours elle eût fait griller les égouts, qui en sont devenus partout les tristes succursales. » Depuis la suppression du tour le nombre des mort-nés a quintuplé en France.

Le système des secours aux filles-mères tel qu'il est aujourd'hui pratiqué présente également les plus grands inconvénients. M. Brochard a toujours été un chaud défenseur de l'allaitement maternel, mais il pense que cet allaitement est impossible pour des filles vouées à l'inconduite et à l'immoralité ou qui sont obligées de travailler pour vivre. Le secours aux filles-mères présente encore un autre inconvénient. A côté de ces filles qui reçoivent de l'administration un secours mensuel de 12 à 15 francs, on voit d'honnêtes mères de famille qui reçoivent des sociétés de charité maternelle un secours mensuel qui ne dépasse jamais 5 francs. « En agissant ainsi, on ne réhabilite pas la fille-mère, on ne la moralise pas ; on décourage la mère de famille et l'on déshonore la charité ! » Le secours accordé à la fille-mère est cependant insuffisant ; on voit donc combien le système aujourd'hui pratiqué est défectueux.

Mais c'est dans le chapitre relatif à l'inspection des enfants trouvés que sont relatés les faits les plus déplorablement. Il est bien difficile de ne pas partager l'indignation du docteur Brochard lorsqu'on apprend que cette inspection est confiée à des personnes tout à fait incompetentes et que les médecins en sont systématiquement écartés. Le docteur X..., après avoir exercé pendant plusieurs années la médecine, a cependant pu entrer à l'administration comme sous-inspecteur, *mais à la condition qu'il n'exercerait pas la médecine, même auprès des enfants de l'administration*. L'inspection départementale du Rhône fait remarquer avec un certain orgueil qu'elle n'a pas nommé de médecins, *cela lui a paru inutile*. Il est presque incroyable que dans le service d'enfants trouvés le plus considérable de France, qui renferme trois ou quatre mille nouveau-nés, on n'ait pas voulu admettre un seul médecin. L'inspection, telle qu'elle est aujourd'hui pratiquée, est illusoire ; il est tout à fait impossible qu'un inspecteur étranger à la médecine puisse donner d'utiles renseignements sur la santé et les conditions hygiéniques des enfants qu'il est chargé de visiter.

La tutelle des enfants trouvés était autrefois confiée aux administrations hospitalières, qui s'acquittaient de ces fonctions avec une rare intelligence. Il n'en est plus ainsi aujourd'hui ; l'autorité administrative s'est arrogé l'exercice de la tutelle, et cet empiètement a produit les plus désastreuses conséquences. C'est ainsi qu'à Lyon, à Marseille et dans d'autres grandes villes, un seul homme, sans expérience du service, est chargé du sort de six à sept mille enfants trouvés et est substitué à la commission des hospices, qu'une longue expérience avait initiée à tous les besoins physiques et moraux de ces pauvres créatures.

Le docteur Brochard termine son livre par quelques considérations physiques, morales et sociales sur le régime et la mortalité des enfants trouvés. Nous ne les reproduisons pas, ayant déjà dépassé les limites assignées à une simple analyse. Citons seulement les conclusions. Pour diminuer ou atténuer la mortalité des enfants trouvés, il faut : 1^o rétablir le tour ou admettre la recherche de la paternité ; 2^o modifier le système actuel des secours aux filles-mères ; 3^o rendre le service des enfants trouvés aux administrations hospitalières ; 4^o remplacer dans ce service les inspections administratives par les inspections médicales.

De toutes les questions qui occupent en ce moment nos législateurs, il n'en est pas de plus importante que celle de l'éducation des nouveau-nés, qui doit primer toutes les

autres en raison de la dépopulation croissante de la France. Qu'il nous soit donc permis d'adresser nos félicitations à l'homme éminent qui a consacré toute sa vie à défendre l'enfance contre l'incurie administrative. Les travaux du docteur Brochard sont appréciés aujourd'hui à leur juste valeur et n'ont pas peu contribué à faire voter la loi récente sur les nourrissons. Espérons que ce nouveau livre attirera l'attention des hommes compétents et sera pour le gouvernement le signal d'une réforme indispensable.

D^r LUTAUD.

VARIÉTÉS

M. ANDRAL

Une des premières illustrations de notre époque vient de s'éteindre. M. le professeur Andral a succombé dimanche dernier à une courte maladie, aggravée par une ancienne affection du cœur. Ses obsèques ont eu lieu mardi dernier à l'église Saint-Pierre de Chaillot, fort étroite pour contenir la foule de ceux qui avaient voulu rendre les derniers devoirs à l'homme, à l'ami, au professeur, au savant. Le deuil était conduit par M. Paul Andral, vice-président du conseil d'État, et par M. le baron Dard, fils et neveu du défunt. Les cordons du poêle étaient tenus par M. Wallon, ministre de l'instruction publique, le professeur Bouillaud, Vulpian, doyen de la Faculté de médecine, et Chatin, président de l'Académie de médecine. On remarquait parmi les assistants : MM. Thiers, le duc de Broglie, Dufaure, Mignet, Cuvillier-Fleury, Dumas, Milne Edwards, Léon Say, le duc Decazes ; Félix Voisin, préfet de police ; les amiraux Pothouat et Fourichon, et une foule d'autres notabilités. Après la cérémonie funèbre, le corps a été transporté à Chateauxvieux, dans le département de Loir-et-Cher, pour y être déposé dans un tombeau de famille, où repose l'illustre Royer-Collard, ainsi que sa fille, madame Andral.

M. Gabriel Andral était né à Paris le 6 novembre 1797. Il était de famille médicale ; son père, membre de l'Académie de médecine, avait été médecin de Murat. Reçu docteur en 1821, il fut élu agrégé en 1823, à la suite de brillantes épreuves. Ses cours privés de pathologie lui avaient valu une très-grande notoriété quand il fut appelé en 1828 à la chaire d'hygiène de la Faculté de Paris. En 1830, il quitta cette chaire pour celle de pathologie interne et passa, en 1839, après la mort de Broussais, à celle de pathologie et de thérapeutique générales. Dans toutes, son enseignement jouit d'une popularité exceptionnelle, due à l'excellence de la méthode, à la clarté de l'exposition, à l'exactitude et à l'étendue du savoir, à la sûreté du jugement et à cet équilibre de l'esprit qui le retenait loin des théories hasardées en lui laissant une vive curiosité pour les choses nouvelles de la science médicale. Ces solides qualités lui avaient acquis la même autorité à l'Académie de médecine, dont il faisait partie depuis 1824, et à l'Académie des sciences, où il avait remplacé Doublet en 1843.

M. Andral était commandeur de l'ordre de la Légion d'honneur depuis 1858.

On sait que, pour mieux se consacrer aux soins nécessités par l'état de santé de madame Andral, notre vénéré confrère avait, depuis quelques années, donné sa démission de professeur et s'était retiré à Chateauxvieux. On ne sera pas étonné d'apprendre que, de là, il suivait avec autant d'attention que de perspicacité le progrès scientifique et la destinée des hommes qui s'y distinguaient. S'il n'était plus sur la brèche, il savait tout ce qui s'y passait. Mais ce qu'on ignore peut-être, c'est que, dans sa retraite, il était resté praticien ; praticien bénévole, auquel sa célébrité attirait parfois bien des sacrifices de temps et bien des fatigues. Une visite faite par une atmosphère froide, dans une voiture découverte, peu de temps

avant sa rentrée à Paris, n'a pas été étrangère à la maladie qui l'a emporté.

Faire à Andral sa part dans le mouvement de la pathologie médicale serait une œuvre sérieuse et délicate, que notre intention n'est pas d'entreprendre ici. Disons seulement qu'il sut, jeune encore, marquer sa place, sinon à côté, du moins après Laennec ; et il la marqua aux deux points de vue sous lesquels apparaît la gloire de l'illustre médecin breton. En faisant entrer dans sa doctrine anatomo-pathologique, non plus seulement la diminution ou l'augmentation des propriétés vitales, mais leur *perversion*, il portait, quoique avec un peu d'indécision, et sous une forme un peu trop théorique, un coup sensible au bruvnisme comme au broussaisisme, dont il s'est ensuite éloigné résolument. C'est lui, d'un autre côté, qui a suivi le plus près dans l'étude approfondie des signes stéthoscopiques l'illustre inventeur de l'auscultation, dont il a modifié à plusieurs égards les divisions et les interprétations séméiologiques. Toute son œuvre a concouru, avec celles de plusieurs médecins contemporains que tout le monde nomme, à restaurer l'anatomie pathologique endommagée par les systèmes et à confronter, au grand profit de la clinique, les symptômes avec les lésions. Il a fait pour les organes, pour les viscères, ce que les anatomo-pathologistes d'aujourd'hui essayent de faire pour les éléments.

Nous nous bornons à mentionner en terminant ses belles recherches sur l'hématologie qui lui sont communes avec M. le professeur Gavarret. C'était aussi l'anatomie pathologique du temps, la plus avancée qui fût. On recherchait alors la quantité de fibrine, ou d'albumine, ou de globules, ou de sels contenus dans le sang de tel ou tel malade ; maintenant on compte les hématies, on fixe le nombre relatif des globules blancs et l'on va à la recherche des bactéries et des bactéri-dies.

A. D.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort d'un confrère des plus estimés. M. le docteur Aug. Delaporte, chevalier de la Légion d'honneur. Il était âgé de soixante-six ans,

— On annonce encore la mort du docteur Mazade d'Anduze, dont la belle conduite pendant l'épidémie qui a sévi en 1851 dans le canton de Lésignan lui avait valu les sympathies de tous ses concitoyens.

— Sir David Dumbreck vient de mourir à Florence. Il occupait une des plus hautes positions dans le service de santé de l'armée anglaise et s'était distingué pendant la campagne de Crimée. Sa noble conduite lui avait valu le titre de commandeur de l'ordre du Bain.

— Nous avons encore à signaler la mort de Richard King, qui avait présidé pendant plusieurs années la Société des apothicaires de Londres. Il avait été attaché à l'expédition arctique envoyée en 1833 à la recherche de sir John Ross. Richard King a écrit sur beaucoup de sujets et était membre d'un grand nombre de Sociétés savantes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. NOMBRE RÉEL DES ÉTUDIANTS. — Il résulte d'un relevé authentique, que le chiffre des étudiants au 10 février 1876 était de 8421, dont 6112 étudiants civils et 309 étudiants militaires. Le nombre des officiers de santé (examens de réception) est de 23. Nous pouvons garantir l'exactitude de ces chiffres.

M. Axenfeld, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1875-1876, par M. Duguet, agrégé.

— Un congé de quatre mois, à dater du 1^{er} janvier 1876, est accordé à M. Danlos, préparateur au laboratoire de chimie biologique à la Faculté de médecine de Paris. M. Danlos sera suppléé, pendant son congé, par M. Magnier de la Source, docteur en médecine.

PROGRAMME DES QUESTIONS MISES AU CONCOURS PAR L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — 1875-1877. — « Quels sont les rapports entre l'émigration des globules du sang et l'inflammation ? La réponse doit être basée sur de nouvelles expériences et, au besoin, sur de nouvelles démonstrations. (Prix : Une médaille de 1000 francs. Clôture du concours : 1^{er} mars 1877.)

« Indiquer la valeur relative des amputations et des résections dans les tumeurs blanches ; exposer les indications et les contre-indications. » (Prix : Une médaille de 1000 francs. Clôture du concours : 4^{er} juillet 1877.)

1875-1878. — « De la détermination des principales maladies endémiques qui régnent en Belgique, mises en rapport avec la constitution géologique des lieux où elles sévissent. » (Prix : Une médaille de 1500 francs. Clôture du concours : 1^{er} juillet 1878.)

L'Académie se réserve, en outre, de décerner, chaque année, deux médailles de 300 francs chacune aux auteurs des deux mémoires manuscrits relatifs aux sciences médicales qu'elle jugea dignes de ces récompenses. Les médecins belges de naissance ou par naturalisation sont seuls admis à participer à cette faveur.

La formule usitée pour le concours n'est point requise dans la présentation de ces mémoires.

CONGRÈS D'ANTHROPOLOGIE EN 1876. — Le Congrès international bisannuel d'anthropologie préhistorique, fondé sur la proposition de M. Gabriel de Mortillet, se tiendra cette année du 4 au 11 septembre, à Bude-Pesth (Hongrie), sous la présidence de M. Florjan-Romer.

DROIT DE RÉQUISITION DE MÉDECIN. — M. le docteur Gindre avait été requis, le 9 octobre 1875, par le juge d'instruction de Pontarlier, « d'avoir à se rendre sans délai à l'hôpital de Pontarlier, de visiter un cadavre qui venait d'être retiré de la rivière de la Doubs ; de constater s'il existait des traces de violence ; de procéder à l'autopsie et de faire toutes constatations utiles à la découverte de la mort ». M. Gindre, ayant refusé d'obtempérer à la réquisition, fut poursuivi devant le tribunal de simple police, qui l'acquitta par ce motif que l'article 475, n° 12 du Code pénal n'est pas applicable au cas où un homme de l'art est requis pour apprécier la nature et les circonstances d'un crime et d'un délit, et que d'ailleurs il n'appartiendrait qu'à lui seul d'apprécier la possibilité ou l'impossibilité d'obéir à la réquisition. Mais la Cour de cassation, « attendu que la réquisition était faite dans un cas de flagrant délit par le juge d'instruction chargé, d'après la réquisition du ministère public, de rechercher si la mort de l'individu dont on venait de découvrir le cadavre était le résultat d'un crime et qu'elle était conforme aux dispositions combinées des articles 32, 43, 44 et 59 du Code d'instruction criminelle ; que le refus du docteur Gindre d'obtempérer à cette réquisition alors qu'il ne justifiait pas de l'impossibilité d'y obéir, constituait la contravention prévue par l'article 475, n° 12 du Code pénal ; que le jugement du tribunal a ainsi fausement interprété et appliqué, et par suite a violé l'article 415 n° 12 du Code pénal », vient de casser ce jugement.

SOCIÉTÉ PROTRECTRICE DE L'ENFANCE. — A la séance annuelle de la Société, le premier prix sur la question misc au concours, le *Sevrage*, a été remporté par M. le docteur Brochard, rédacteur en chef de la *Jeune Mère*, déjà lauréat de cette Société.

— Le Congrès des Sociétés protectrices de l'Enfance aura lieu à Paris dans les premiers jours d'avril, à l'époque de la réunion annuelle des Sociétés savantes. La Société protectrice de l'Enfance de Paris se propose de mettre au concours les questions suivantes : 1^o Quelle influence la prime offerte par les bureaux de nourrices aux accoucheuses et aux sages-femmes peut-elle exercer sur l'allaitement maternel ? Ces établissements doivent-ils rester libres ou dépendre de l'administration de l'assistance publique ? 2^o Quelles sont les maladies aiguës et chroniques qui nécessitent l'interdiction ou la suspension de l'allaitement ? 3^o De la syphilis infantile et de ses rapports avec l'allaitement.

EXPOSITION INTERNATIONALE D'APPAREILS SCIENTIFIQUES. — Cette exposition doit avoir lieu au mois d'avril, dans le palais de South-Kensington, à Londres. L'Académie des sciences vient de nommer la commission française qui sera chargée d'indiquer les objets pouvant figurer à l'Exposition. Cette commission, de laquelle font partie MM. Le Verrier, Dumas, Fremy, le général Morin, Peligot, de Quatrefages et Tresca, a choisi pour président M. Owen, directeur du musée de South-Kensington.

LES MORT-NÉS DANS LES DIVERS PAYS DE L'EUROPE. — Nous extrayons les résultats suivants d'un mémoire lu à l'Académie des

sciences morales et politiques par M. Antoney Roulliet. Ces résultats sont classés suivant un ordre décroissant.

Naissance pour un mort-né — Espagne, 73 ; Russie, 35 ; Bade, 32 ; Bavière, 39 ; Wurtemberg, 26 ; Danemark, 25 ; Norvège, 24 ; Suède, 24 ; Allemagne (empire d'), 24 ; Autriche, 24 ; Saxe, 23 ; Suisse, 23 ; France, 22 ; Belgique, 22 ; Italie, 21 ; Prusse 19 ; Pays-Bas, 19.

Décès pour un mort-né. — Russie, 289 ; Norvège, 7, 3, Pays-Bas, 7, 1 ; Belgique, 6, 4 ; Saxe, 60 ; Danemark, 5, 4 ; Prusse, 5, 2 ; Wurtemberg, 5, 2 ; Allemagne (empire d'), 5, 2 ; Suède, 4, 8 ; Bade, 4, 5 ; Suisse, 40 ; Italie, 3, 5 ; Bavière, 3, 5 ; France, 3, 4 ; Autriche-Hongrie, 3, 1 ; Espagne, 1.

Habitants pour un mort-né. — Grèce, 17,998 ; Russie, 8,217 ; Espagne, 2,496 ; Autriche, 1,085 ; Suède, 1,040 ; Italie, 1,010 ; Norvège, 0,935 ; Danemark, 0,916 ; France, 0,881 ; Bade, 0,774 ; Bavière, 0,728 ; Allemagne (empire d'), 0,623 ; Suisse, 0,613 ; Prusse, 0,608 ; Saxe, 0,582 ; Wurtemberg, 0,570 ; Pays-Bas, 0,502 ; Belgique, 0,341.

TYPHUS. — Une grave épidémie de typhus sévit en ce moment dans la population pauvre de Londres. 35 malades sont en ce moment en traitement dans le *Homerton fever Hospital*, et le nombre des admissions augmente de jour en jour. Le typhus, qui est à peu près inconnu à Paris, est presque endémique à Londres. 128 décès ont été causés par cette affection pendant l'année 1875, 284 en 1874 et 312 en 1873. Ce chiffre avait atteint 724 en 1869. La maladie a donc été en décroissant pendant ces six dernières années.

SCORBUS. — Les cas observés dans la marine anglaise deviennent de plus en plus fréquents. Le *Royal Sovereign* vient d'arriver à Falmouth avec 18 hommes atteints de cette affection. L'équipage se composant de 22 matelots, 4 seulement se trouvaient valides au moment de l'arrivée. On accuse les armateurs de n'avoir pas pourvu le navire des vivres nécessaires. Le gouvernement a ordonné une enquête. On se souvient que plusieurs capitaines ont été récemment condamnés pour avoir négligé de se pourvoir de *lime-juice*, selon les règlements de l'amirauté.

LE MÉDECIN DU SULTAN. — On écrit de Constantinople que le Sultan, en reconnaissance de sa guérison, a nommé son médecin général de division et lui a fait présent de 1000 livres turques.

ERRATUM. — Dans l'article *Sclérose hypertrophique du foie* du dernier numéro de la GAZETTE (11 février 1876, page 85, première colonne), lire partout *urines* au lieu de *veines*.

Etat sanitaire de Paris :

Du 4 au 10 février 1876, on a constaté 1008 décès, savoir :

Variole, 12. — Rougeole, 4. — Scarlatine, 2. — Fièvre typhoïde, 8. — Erysipèle, 8. — Bronchite aiguë, 58. — Pneumonie, 96. — Dysentérie, 0. — Diarrhée cholériforme des enfants, 3. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 14. — Croup, 16. — Affections puerpérales, 7. — Autres affections aiguës, 297. — Affections chroniques, 443, dont 167 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 24. — Causes accidentelles, 46.

SOMMAIRE. — PARIS. Société des sciences médicales de Lyon : Sur une modification au procédé de dosage de la glycose dans l'urine par les liqueurs cupro-potassiques ou sulfurés : M. Redon. — De la nature de la coénose des liquides d'épanchement : M. Brel. — Cours PUBLICS. Syphiligraphie : Leçons sur l'aphasie et l'aphérogénie droite syphilitiques à forme intermittente. — CORRESPONDANCE. De la leucocytose dans les affections fébriles ou paralytiques. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des Sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de biologie. — Société de thérapeutique. — REVUE DES JOURNAUX. De l'influenza du bronchite de quinine dans le traitement de la fièvre palustre. — De l'emploi du sulfate d'étherine dans la chorée. — BIBLIOGRAPHIE. La vérité sur les enfants trouvés. — VARIÉTÉS. M. Andral.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président, BLACHEZ, A. HÉNOQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 24 février 1876.

ÉLOGE D'ANDRAL. — PROCÉDÉ POUR DÉGAGER DE L'OZONE
COMME DÉSINFECTANT.

Sur l'invitation du Président de l'Académie de médecine, M. Bouillaud a donné lecture du discours qu'il avait écrit pour les obsèques de M. Andral et qui n'a pu être prononcé, le corps du défunt ayant été emmené à Châteauneuf. Ce discours, lu avec l'émotion qui l'avait dicté, a été fort applaudi, mais sans doute avec cette restriction qui était dans l'esprit de chacun : que si M. Andral a été, comme l'a dit M. Bouillaud, le premier médecin de son temps, il l'a été *inter pares*, ce que son panégyriste avait seul le droit d'oublier.

— Nous ne dirons rien du regrettable incident provoqué par une argumentation de M. Colin. M. Chauveau, pris à parti, comme on s'en souvient, dans une des dernières séances, par le professeur d'Alfort, avait envoyé de Lyon, en sa qualité de membre correspondant, une réponse dont M. le Secrétaire perpétuel a donné lecture. La réplique de M. Colin ayant paru au bureau et, sans doute, à l'Académie entière, aussi peu mesurée que son premier discours, a appelé l'intervention du président, et surtout du vice-président, M. Bouley. Au reste, comme la question discutée en cette occurrence n'avait pas trait à la leucocytose, mais bien aux agents de la virulence, nous remettrons au prochain numéro la suite de notre appréciation sur l'existence et la signification d'une proportion exagérée des globules blancs dans le sang.

— La séance a été terminée par une communication fort écoutée de M. Panas, candidat à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale, sur l'étude des troubles circulatoires visibles à l'ophtalmoscope dans les lésions traumatiques du cerveau.

Procédé pour dégager de l'ozone comme désinfectant.

L'un des derniers numéros de LYON MÉDICAL contient la description d'un procédé qu'on présente comme propre à fournir de l'ozone en quantité telle qu'il est recommandé pour désinfecter, purifier l'atmosphère des salles d'hôpitaux. Extrait des ANNALES DE POLLI par M. le docteur Darvieux, le voici textuellement : « Ce moyen, proposé par M. Leuder, consiste en un mélange de bioxyde de manganèse, de permanganate de potasse et d'oxyde oxalique. Mis au contact de l'eau, ce mélange produit, d'après l'auteur, instantanément de l'ozone. »

Se basant sur cette prétendue propriété d'émettre de l'ozone
2^e SÉRIE, T. XIII.

au contact de l'eau, on recommande, pour désinfecter un appartement, une salle d'hôpital, de placer dans le local à désinfecter des assiettes sur lesquelles on répand deux ou trois cuillerées du mélange, qu'on arrose de temps en temps avec un peu d'eau. On doit, toujours d'après l'auteur, avoir soin d'éloigner toutes les matières métalliques, qui seraient attaquées par l'ozone, excepté l'or et l'argent. On sait cependant que l'ozone a la propriété de noircir l'argent.

Nous ne savons s'il faut que les trois produits chimiques spécifiés plus haut soient mélangés dans des proportions spéciales (ce que ne dit pas la traduction) pour pouvoir fournir de l'ozone par l'addition de l'eau; mais ce que nous savons à coup sûr, c'est que, quand on ajoute de l'eau à un mélange de bioxyde de manganèse et d'acide oxalique, il ne se produit qu'un vif dégagement d'acide carbonique et uniquement de l'acide carbonique, selon l'égalité suivante : $2MnO^2 + 2(C^2H^2O^2) = 4CO^2 + 4H^2O + 2MnO$; c'est-à-dire qu'avec deux équivalents de bioxyde de manganèse et deux équivalents d'acide oxalique, il se produit quatre équivalents d'acide carbonique, quatre équivalents d'eau et deux équivalents d'oxalate de protoxyde de manganèse, tout l'excès d'oxygène du bioxyde ayant servi à oxyder l'acide oxalique. Remplace-t-on le bioxyde de manganèse par du permanganate de potasse? l'action devient bien plus énergique, ce composé reufermant une plus grande quantité d'oxygène que le bioxyde et le cédant bien plus facilement que ce dernier; mais il y a toujours production d'acide carbonique uniquement. Il est évident, d'après ces faits, que le mélange de bioxyde de manganèse et de permanganate de potasse agira sur l'acide oxalique, au contact de l'eau, de la même manière que chacun de ces corps pris séparément, toujours avec production d'acide carbonique.

Mais nous avons voulu faire le mélange proposé; nous l'avons fait dans des proportions diverses, et toujours le résultat a été le même : production uniquement d'acide carbonique sans trace d'ozone. Et il ne peut véritablement se produire autre chose; car en admettant, ce qui n'est pas, qu'il y eût production d'ozone, la réaction est des plus vives et la température s'élève tellement qu'il serait impossible à cet ozone de ne pas se détruire dans cette circonstance.

Ajoutons, pour terminer, que la préparation de ce mélange peut occasionner de véritables accidents aux personnes qui seraient tentées d'employer ce prétendu moyen de désinfection par l'ozone. Il nous est arrivé plusieurs fois que, prenant ces trois substances pulvérisées séparément, et en opérant le mélange à l'aide d'une spatule et même d'une carte, la réaction s'est établie brusquement (favorisée par l'eau de cristallisation de l'acide oxalique) avec une forte expansion de gaz et de vapeur d'eau; si bien que si cette réaction s'était opérée dans un flacon, elle aurait certainement donné lieu à une véritable explosion, avec projection des débris du flacon, au grand détriment de l'opérateur.

Nous devons donc considérer le moyen proposé pour pré-

parer l'ozone comme ne pouvant remplir son but, et par conséquent inutile, et même comme dangereux dans certaines conditions.

J. P.

HISTOIRE ET CRITIQUE

DE QUELQUES ACCIDENTS QUI PEUVENT SURVENIR APRÈS LA THORACOCENTÈSE.

(Suite. — Voyez le numéro 6).

Nous avons vu dans un précédent article (*Gaz. hebdom.*, p. 81) que la mort subite ou rapide observée après la thoracocentèse ne pouvait être attribuée à l'opération que dans un nombre de cas relativement assez restreint. Sans doute, lorsqu'il existe une péricardite, ou une péritonite on peut voir la mort survenir presque immédiatement après l'opération (1), mais plus fréquemment encore celle-ci permet de diagnostiquer, et par conséquent de traiter la complication; sans doute aussi il est des observations qui montrent que l'évacuation rapide d'un épanchement abondant peut favoriser le déplacement des concrétions sanguines intercardiaques ou pulmonaires, et par conséquent hâter la mort; mais il en est d'autres, et plus nombreuses, qui démontrent que ces coagulations sont presque toujours le résultat d'une compression longtemps prolongée du poumon. La thoracocentèse hâtive aura donc encore dans ce dernier cas plus d'avantages que d'inconvénients. Reste un petit nombre de faits à propos desquels on peut accuser la thoracocentèse et rechercher par quel mécanisme la ponction du thorax a été presque immédiatement suivie de phénomènes asphyxiques ou encore d'une syncope. Nous avons vu dans quelles circonstances la thoracocentèse peut donner naissance à une congestion pulmonaire grave et déterminer la mort par asphyxie. Nous avons aussi indiqué quelles nous paraissent être les précautions à prendre pour éviter la distension trop rapide du parenchyme pulmonaire après la ponction et les congestions avec œdème pulmonaire qui en sont la conséquence. Enfin, nous avons fait remarquer que la théorie de la congestion œdémateuse aiguë du poumon (Béhier) ne saurait être appliquée à tous les cas, puisque l'on pouvait observer la mort par asphyxie après l'évacuation d'une assez faible quantité de liquide. En rappelant l'observation citée par M. Teunisson, nous avons pensé devoir attribuer une certaine influence à la distension trop rapide du poumon et à la déchirure des fausses membranes et du parenchyme pulmonaire. L'irritation réflexe à laquelle une semblable lésion peut donner naissance nous paraît pouvoir expliquer, par un mécanisme analogue à celui que provoquent certaines vivisections, d'une part la congestion active du poumon et l'asphyxie qui en est la conséquence, d'autre part la syncope, qui, comme il nous reste à le faire voir, vient le plus souvent encore déterminer la mort.

Il nous semble, en effet, que dans un certain nombre d'observations la congestion pulmonaire, alors même qu'elle a pu être constatée à l'autopsie, n'aurait pas suffi à tuer le malade.

(1) M. le docteur Vergely (de Bordeaux) nous adresse à ce sujet une observation des plus intéressantes. Il s'agit d'un malade chez lequel, à la suite d'une pleurésie chronique, le péricarde avait contracté des adhérences avec la paroi thoracique. Une sonde de gomme élastique introduite pour permettre le lavage de la plèvre pénétra dans le sac péricardique et une péricardite mortelle en fut la conséquence. Cette observation ne prouve pas que la thoracocentèse ait été contre-indiquée, elle montre seulement combien il faut agir avec ménagement dans les pleurésies chroniques du côté gauche.

Ce qui le prouve, c'est que, dans les cas auxquels nous faisons allusion, la mort est survenue brusquement, sans agonie, sans les symptômes d'asphyxie qui s'observent après une congestion pulmonaire un peu intense. Nous n'hésitons point, en conséquence, à nous rallier à l'opinion émise par M. M. Raynaud dans la discussion soulevée à la Société médicale des hôpitaux après la communication de M. Legroux et le rapport de M. Desnos. Nous pensons même que le malade dont à ce propos M. Desnos a cité l'observation dans son remarquable rapport (*Un. méd.*, 1875, p. 557), a succombé plutôt encore à une syncope qu'à une congestion pulmonaire. Il en est de même du malade observé par M. Legroux, malade dont l'histoire a été rapportée dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE (1875, p. 573). Mais tout en admettant que la mort après la thoracocentèse peut être le résultat d'une syncope, il nous faudrait encore expliquer comment l'arrêt du cœur peut dépendre de l'opération. Or, il est excessivement difficile de trouver une interprétation plausible pour tous les faits de ce genre. Il en est même un certain nombre qui resteront longtemps encore inexplicables. Ainsi M. Raynaud rappelle l'histoire d'un malade qui succomba avant la thoracocentèse, au moment de l'incision de la peau du thorax. C'est là un cas de mort subite après une opération bien minime et qui pourrait figurer à côté de ceux que M. Verneuil a signalés à l'attention des chirurgiens (*Gaz. hebdom.*, 1870). Faut-il admettre que l'impression morale ou la crainte suffisent pour donner naissance à de semblables accidents? Y a-t-il dans ces cas arrêt du cœur provoqué par la lésion traumatique, quelque faible qu'elle puisse être, et la mort est-elle le résultat de ce que les chirurgiens désignent sous le nom de *shock*? Dans les faits de ce genre (A. Blum, *Arch. gén. de méd.*, 1876), on observe, en effet, tous les symptômes qui caractérisent l'arrêt du cœur provoqué par la galvanisation des pneumogastriques : pâleur, perte de connaissance, troubles de la circulation et de la respiration. Mais pourquoi l'excitation des nerfs de la vie organique détermine-t-elle parfois ces phénomènes d'arrêt; pourquoi la même excitation reste-t-elle si souvent inoffensive même chez les enfants les plus craintifs et après plusieurs ponctions (Bouchut)? Il nous semble impossible de répondre à cette question en ne tenant compte que des faits observés jusqu'à ce jour.

Sans doute, les expériences de M. Cl. Bernard et celles de Chossat prouvent que dans certaines conditions de dépression l'arrêt du cœur peut être déterminé par l'excitation la plus légère d'un nerf périphérique et surtout d'un organe enflammé. Il est non moins bien prouvé par les expériences de Mantegazza que l'influence de la douleur sur les mouvements du cœur est très-variable, suivant les individus. Enfin, on ne saurait nier l'intérêt des expériences et des observations de Goltz sur les phénomènes d'arrêt consécutifs à diverses excitations périphériques. Mais nous sommes encore loin du moment où l'on pourra interpréter toutes ces expériences et les appliquer aux faits cliniques. Nous avons vu autrefois (*Gaz. hebdom.*, 1874, p. 442) que les expériences instituées pour juger quel pouvait être le degré de sensibilité de la plèvre, et comment elle réagissait par la toux aux excitations périphériques, n'avaient conduit qu'à des résultats bien peu précis. Alors que l'observation clinique nous montrait l'influence irritante déterminée par l'introduction de l'air dans la cavité pleurale (pneumothorax), l'expérimentation physiologique démontrait que l'injection de liquides irritants était parfois dans certaines conditions très-difficiles à déterminer, presque inoffensive. Il nous semble donc aussi difficile

d'expliquer, en invoquant le shock traumatique, les cas de mort survenus après la ponction que de faire comprendre comment on a pu provoquer des phénomènes épileptiformes à la suite d'un lavage de la plèvre, et alors que pendant plusieurs semaines cette opération pratiquée de la même manière n'avait été la cause ou l'occasion d'aucun accident. Les différences de pression que peut supporter le diaphragme ou les conditions nouvelles dans lesquelles se trouve la plèvre après l'évacuation d'une certaine quantité de liquide ne suffisent point à rendre compte d'un ensemble de symptômes aussi rares que singuliers.

Le plus souvent, d'ailleurs, ce n'est pas immédiatement après le traumatisme que nécessite la thoracocentèse, c'est après quelques minutes ou même plusieurs heures que survient la syncope. L'observation citée par M. E. Besnier (*Soc. méd. des hôpitaux*, 25 juin 1875) est, à cet égard, des plus instructives. La malade a certainement succombé à une syncope, et celle-ci n'est survenue qu'après l'évacuation de 300 à 400 grammes de liquide, c'est-à-dire plusieurs minutes après la ponction. Mais il y avait une lésion grave du poulmon; la malade était très-affaiblie; la sensibilité du thorax était des plus vives. On peut donc, comme l'ont fait MM. E. Besnier et Bucquoy, chercher dans la nature de la maladie les conditions spéciales et exceptionnelles qui ont pu déterminer la mort. Mais il n'en est plus de même dans l'observation que M. Vallin a communiquée à M. Foucart (thèse citée, p. 49). Dans ce cas, l'épanchement était très-ancien; la ponction avait évacué 3 litres de pus; elle n'avait été suivie d'aucun accident immédiat; la mort était survenue subitement le lendemain de l'opération, alors que le malade se félicitait déjà du résultat qu'elle avait amené, alors qu'aucun symptôme ne pouvait révéler une complication quelconque. Enfin, dans ce cas, l'autopsie n'avait pu expliquer la mort. Nous n'insisterons pas plus longtemps sur ces faits, que nous considérons comme inexplicables. Dire, en effet, avec M. Raynaud, que pendant un temps difficile à prévoir le malade traverse une période de transition entre les conditions auxquelles l'organisme s'était tant bien que mal accommodé et les conditions nouvelles où l'a placée l'évacuation du liquide, c'est constater un fait, ce n'est point résoudre toutes les difficultés théoriques que soulève son interprétation. Mais il nous faut cependant retenir de l'étude de tous ces faits cette conclusion que presque toujours la mort a été due à l'anémie des centres nerveux. A ce point de vue, les observations de MM. M. Raynaud, Brouardel et Vallin, se rapprochent de celle de MM. E. Besnier et Légroux. Or, de ce fait que dans tous ces cas la syncope ou les accidents épileptiformes observés à sa suite sont liés à une anémie des centres nerveux, on peut tirer cette conclusion pratique qu'il importe de ne jamais pratiquer la thoracocentèse que sur un malade couché dans le décubitus dorsal.

Il nous resterait à parler des cas dans lesquels la ponction a déterminé la mort en provoquant la reproduction très-rapide et très-abondante du liquide. Mais cette pluie « séreuse » ne s'observe que très-rarement après la ponction. Nous n'en connaissons même qu'une seule observation authentique, celle de Malle, citée par Sédillot, par Goupil et par Chassagnac. M. Désnos a fait remarquer avec beaucoup de raison que, dans les cas où la plèvre est enflammée depuis quelque temps, alors que ses vaisseaux sont obturés par des globules blancs et rouges, cette pluie séreuse ne peut se produire. Ne sait-on point d'ailleurs que certaines pleurésies, classées à tort dans la classe des pleurésies latentes, procèdent aussi par poussées successives, et que la thoracocentèse, loin de

provoquer un processus nouveau, arrête au contraire assez fréquemment les accidents de suffocation que ces poussées nouvelles tendent à produire? Nous n'avons pas à discuter non plus les observations dans lesquelles on a noté la transformation purulente de l'épanchement après plusieurs ponctions. Cette question, très-complexe et très-difficile à bien élucider, mérite d'être traitée à part.

Mais après avoir rappelé presque tous les faits connus de mort subite ou rapide observée après la thoracocentèse, nous pouvons encore conclure, comme nous l'avions fait jadis, à l'innocuité très-fréquente de la paracentèse thoracique. Ses contre-indications ne sont pas, en effet, mieux déterminées parce que l'on a pu voir des malades succomber plus ou moins vite après l'évacuation du liquide. Tout au plus devons-nous recommander de toujours bien examiner l'état du cœur et des gros vaisseaux, afin de prévoir la possibilité d'une syncope et de préparer tout ce qu'il faut pour en conjurer les résultats. Une péricardite ou une lésion grave du cœur ne nous empêchera jamais de faire la thoracocentèse si cette opération est bien indiquée par l'abondance et la nature de l'épanchement pleurétique. Quant aux syncopes qui peuvent être le résultat de la douleur provoquée par la ponction, de l'émotion causée par les apprêts de l'opération ou de toute cause imprévue, rien ne permet d'affirmer que leur imminence doive arrêter le médecin au moment de pratiquer une thoracocentèse. Il lui faudra seulement ne jamais ponctionner un pleurétique sans lui avoir imposé la position horizontale et toujours veiller à pouvoir arrêter l'écoulement du liquide et combattre les accidents que détermine l'arrêt du cœur si la syncope vient à se produire.

Les accidents graves que peut provoquer la ponction dans les cas de pleurésie gangréneuse ne sont point assez bien connus; le diagnostic de ces formes de pleurésie est d'ailleurs trop difficile pour que la nature de la pleurésie puisse être une contre-indication à la thoracocentèse.

Quant aux congestions pulmonaires et aux symptômes asphyxiques qu'elles provoquent, on les évitera le plus souvent en opérant de bonne heure, en modérant l'écoulement du liquide, enfin en l'arrêtant dès que le malade manifestera cette sensation d'angoisse qui précède les accidents d'asphyxie ou lorsque s'observeront soit des quintes de toux, soit le passage du sang ou de bulles d'air dans le récipient de l'appareil.

Les instruments à aspiration continue doivent toujours être surveillés avec soin; toutes les fois que l'on pourra, soit en modérant ou en arrêtant l'écoulement du liquide, soit en faisant un vide moins complet à l'intérieur de l'appareil, éviter une distension trop rapide du poulmon, on se servira avec avantage des appareils de Potain ou de Casliaux, mais si l'on n'a point un de ces appareils à sa disposition, on pourra sans aucun dommage et sans avoir à redouter de plus graves accidents, se servir du trocart de Reybard. La ponction, pratiquée à l'aide de cet instrument, est peut-être un peu plus douloureuse; elle est presque toujours aussi inoffensive.

L. LERABOULLET.

COURS PUBLICS

Syphillographie.

LEÇONS SUR L'APHASIE ET L'HÉMIPLÉGIE DROITE SYPHILITIQUE A FORME INTERMITTENTE, par le docteur Charles MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi.

(Fin. — Voyez les numéros 4, 6 et 7.)

XII

Avec les faits que je viens de résumer, vous pourriez vous faire une idée très-suffisante des lésions cérébrales qu'on trouve habituellement dans l'aphasie syphilitique.

Quant à son processus, il est extrêmement variable. Je vous ai dit que les cas d'aphasie intermittente étaient très-rare dans la syphilis. M. Tarnowski avoue qu'il n'a pas eu l'occasion d'en observer un seul cas. Mais dans une de ses catégories d'observations il comprend les exemples où la perte totale de la parole ainsi qu'une grande difficulté dans la prononciation des sons articulés se manifestaient sous forme d'accès qui se dissipaient rapidement. Cette catégorie ne comprend que quatre faits. L'un d'eux est celui de M. Worms, dont je viens de vous parler; je n'ai pas à y revenir. L'intermittence des accès ne me semble pas en être le caractère le plus saillant.

Les cas de John Isbell se rapprocheraient plus du mien; mais l'origine syphilitique de l'affection me semble contestable. Le malade avait des douleurs dans les membres qui étaient portées au plus haut point d'intensité pendant la nuit. *Perte par intervalles du mouvement volontaire et de la sensibilité dans la jambe et le bras droits.* Chaque jour, entre onze heures du matin et deux heures de l'après-midi, il survenait une perte totale de la vue précédée d'une vive douleur au front, douleur qui occupait principalement le dessus des orbites. L'attaque durait ordinairement une demi-heure ou un quart d'heure et se renouvelait souvent trois ou quatre fois pendant les susdites heures.

Le malade était en outre *privé de temps en temps de la faculté de parler*, mais cette privation durait rarement plus d'une à deux minutes.

Il avait eu des chancres deux ans auparavant, sans accidents consécutifs. A la partie inférieure du radius gauche, il existait une augmentation de volume ressemblant à un nœud vénérien et très-douloureux pendant la nuit. Il fut guéri par des frictions mercurielles.

Dans l'observation de Tungal, l'encéphalopathie était surtout épileptiforme. La malade, âgée de quarante ans, eut de nombreux accès de convulsions qui finirent par l'emporter. Dans l'une d'elles, est-il dit, *la parole se perdit*, quoique la connaissance fut restée intacte. Une couche exsudative ferme et d'une coloration d'un blanc jaunâtre était située entre la boîte crânienne et la dure-mère, à laquelle elle était adhérente. Les os étaient altérés. Sur la face externe du *pariétal droit*, il y avait une dépression de la largeur d'une pièce de 5 francs, mal limitée sur ses bords par des ostéophytes. A ce niveau, la dure-mère adhérait à la pie-mère par du tissu cellulaire ou des masses solides, élastiques, sèches et jaunes. La substance médullaire correspondant à ces masses était ramollie. Pas d'autre altération du reste au sein de la substance nerveuse.

Fischer rapporte une observation empruntée à la clinique de Traube sur un *embarras périodique de la parole* chez un malade affecté de syphilis, avec hémiplegie gauche de la face et de l'extrémité supérieure du même côté.

Vous voyez que ces faits ne sont pas aussi catégoriques que le mien, et ils diffèrent à beaucoup d'égards. Du reste, ils sont trop peu détaillés pour qu'on puisse se rendre un compte rigoureux de leur mode symptomatique.

XIII

Pour terminer ce que j'ai à vous dire des processus, je vais vous donner un extrait très-sommaire des trois autres cas d'aphasie syphilitique avec hémiplegie droite que j'ai observés.

Premier cas. — Chez un syphilitique âgé de trente-six ans, qui avait eu quatre mois auparavant un chancre infectant suivi au bout de sept à huit semaines d'une syphilide papuleuse, il survint, après quelques jours de prodromes significatifs (céphalée nocturne, engourdissements dans la jambe et le bras droits), une attaque d'*aphasie complète et d'hémiplegie droite incomplète localisée dans les muscles de la face et dans ceux de l'avant-bras*. Le malade avait été traité auparavant par le mercure et l'iodure de potassium; il le fut après l'attaque. Les accidents diminuèrent peu à peu. Néanmoins, au bout de huit mois, presque tous ces phénomènes morbides persistaient encore. Il était évident que l'affection serait incurable. Quatre ans après le début de la syphilis, l'aphasie et la paralysie n'avaient pas disparu. Elles étaient très-atténuées et subissaient de légères alternatives de mieux et de plus mal.

Remarquez la précocité de cette encéphalopathie: elle survient au quatrième mois de la syphilis, ce qui ne l'empêche pas de désorganiser le cerveau tout aussi bien que si la maladie constitutionnelle avait été à sa dixième ou quinzième année.

Deuxième cas. — Le malade avait trente-cinq ans. Le chancre infectant avait été contracté dix mois auparavant et suivi d'accidents cutanés et muqueux de moyenne intensité. Pendant six mois, traitement mercuriel, etc.

C'est au dixième mois de la syphilis que l'encéphalopathie éclata sous forme d'une attaque brusque d'*aphasie et d'hémiplegie droite*. Du premier côté l'aphasie fut complète. L'hémiplegie, au contraire, fut graduelle et n'augmenta que peu à peu. Les facultés intellectuelles furent peu troublées.

Vers le neuvième jour de l'encéphalopathie, les accidents paralytiques diminuèrent, mais ils ne disparurent pas, et le malade resta infirme.

Quant à l'aphasie, elle ne subit qu'une amélioration insignifiante.

Au neuvième mois de l'encéphalopathie, sans avoir essayé de nouvelles attaques, le malade était encore complètement aphasique et à moitié paralytique du côté droit.

Troisième cas. — Jusqu'ici le processus a été simple. Dans le fait suivant, il est plus compliqué. Le malade, âgé de trente-huit ans, avait eu un chancre infectant d'apparence très-bénigne et des accidents consécutifs légers et superficiels. Dès le début de l'accident primitif, on avait institué un traitement mercuriel.

Néanmoins, la santé générale s'altéra, et le malade fut affecté des pressentiments les plus sinistres, qui prenaient même un caractère morbide.

Au cinquième mois de la contamination, il survint une *névralgie faciale* violente du côté droit qui fut guérie au bout de dix jours. Un mois après (cinquième de la contamination), deuxième attaque de *céphalée névralgiforme* siégeant à gauche. Insonnie. *Symptômes d'un ramollissement cérébral*: embarras de la parole, affaiblissement de la mémoire, troubles intellectuels et affectifs.

Au septième mois de la contamination, *attaque brusque d'aphasie et d'hémiplegie droite* incomplète. Dès le sixième jour de l'attaque, amélioration. Elle continue en présentant des alternatives fréquentes, mais elle est lente, et au cinquième mois de l'aphasie la guérison n'est pas complète.

Quatorze mois après le début du chancre, *deuxième attaque d'encéphalopathie* précédée pendant huit ou dix jours de douleurs crâniennes occipito-pariétales gauches. Elle est constituée par des phénomènes de *congestion encéphalique* qui se produisent plusieurs fois et donnent à l'affection la physionomie du *ramollissement cérébral*.

Au dix-huitième mois du chancre, *troisième attaque d'encéphalopathie*, troubles de la vue, diplopie tenant à un défaut d'accommodation de l'œil gauche. Phénomènes de collapsus et d'excitation dans les fonctions cérébrales.

Aphasie et hémiplegie droite de plus en plus prononcées. Cette troisième attaque fut constituée par une série de crises entrecoupées d'intermittences ou mieux de rémittences plus ou

moins longs, car les accidents ne cessèrent jamais complètement. Troubles psychiques plus accusés que dans les crises antérieures : perte de la mémoire, insomnie, idées délirantes alternant avec des phénomènes de ramollement.

Pus tard, diminution progressive des accidents cérébraux. J'ai revu ce malade plusieurs fois depuis : il va, il vient, mais la guérison de l'aphasie et de l'hémiplégie droite est incomplète et toutes les fonctions cérébrales sont frappées d'une décadence irrémédiable.

Pourtant les soins ne lui ont pas manqué, et il était placé dans les conditions hygiéniques les plus favorables ; il a pris sous toutes les formes le mercure et l'iode de potassium. Tous nos efforts ont été couronnés.

Il en a été de même dans les deux premiers cas.

XIV

Je pense, messieurs, que vous voilà édifiés sur le pronostic général de l'aphasie syphilitique. Après ce que je vous en ai dit, il faudrait être singulièrement optimiste pour s'illusionner sur sa gravité.

Ce n'est pas ici le lieu de passer en revue toutes les circonstances pathologiques qui se rattachent aux encéphalopathies avec aphasie, et de juger chacune d'elles au point de vue de sa prognose spéciale. Je ne sais pas du reste si je trouverais dans les observations connues les éléments nécessaires pour résoudre cette question.

Ce qu'on peut dire d'une manière générale, c'est que la multiplicité des troubles nerveux, l'intensité et la durée de chacun d'eux, la déchéance continue et progressive des facultés psychiques et des pouvoirs sensitivo-moteurs, doivent être comptés au nombre des événements les plus fâcheux actuellement et les plus à craindre pour l'avenir.

Lorsque l'aphasie existe seule, sans aucune paralysie partielle, sans hémiplégie droite ou gauche, elle est incontestablement moins sérieuse que lorsqu'elle est associée à ces variétés de parésie.

Mais ces parésies elles-mêmes, surtout celles qui ne sont pas irrégulièrement disséminées, mais qui forment un groupe comme les hémiplégies, nous paraissent moins redoutables que les phénomènes d'excitation musculaire et psychique tel que les contractures, les convulsions, les attaques épileptiformes, le délire, etc., etc.

Bornons-nous au pronostic de l'encéphalopathie, qui a fait l'objet de cette leçon.

Aujourd'hui, le temps s'est chargé de dissiper les doutes qu'une pareille affection cérébrale aurait pu faire naître au début. On doit la considérer comme presque arrivée à son terme, et vous voyez que la plupart des phénomènes ont tellement diminué qu'il est possible d'espérer leur disparition prochaine.

Il a existé, pendant tout le décours de cette encéphalopathie, une harmonie qui ne s'est pas démentie un seul instant. C'est toujours une circonstance favorable. Remarquez comme les symptômes, après être nés le même jour, ont suivi constamment les mêmes phases, cessant, revenant, grandissant ensemble, etc., etc. Dans leur période régressive, aucun d'eux ne reste en arrière ; ils s'atténuent chacun dans la même période respective de temps et de décroissance.

XV

Mais l'harmonie symptomatique que je vous signale n'est peut-être pas, selon moi, le signe pronostique le plus favorable. Il en est un autre important sur lequel je désire appeler toute votre attention. Je veux parler de l'intermittence de cette encéphalopathie.

Vous vous rappelez qu'elle a persisté à peu près avec les mêmes caractères pendant un mois. Plus des crises plus violentes se sont déclarées, et les fonctions qui n'étaient que momentanément lésées chaque fois ont fini par être abolies, lors de la dernière attaque, pour un temps considérable.

Evidemment, messieurs, pendant la phase de l'intermittence la pulpe cérébrale n'était pas encore désorganisée. Elle était seulement comprimée ou hyperémée durant le temps très-court que durait chaque crise. L'intermittence, comme je vous l'exposais tout à l'heure, dépendait sans doute des variations de volume que subissait la lésion syphilitique méningo-cérébrale. Plus tard, la pulpe cérébrale n'a plus été simplement comprimée, elle a participé, elle aussi, au travail morbide. Des mouvements d'hyperémie congestive l'ont envahie, comme cela s'observe fréquemment dans la sphère des organes qui sont comprimés ou envahis par une production pathologique quelconque, et qui subissent tous les caprices d'une irrigation sanguine désordonnée.

Done, messieurs, pendant un mois, avant la première grande attaque, tout au plus existait-il dans le cerveau des phénomènes fugaces de compression et d'hyperémie. N'est-ce pas là, autant qu'on peut être affirmatif en pareil cas, une circonstance extrêmement favorable ?

Vous comprendrez aisément qu'elle l'est pour deux raisons principales : la première, parce qu'elle indique un processus lent qui laisse aux organes et aux fonctions le temps de revenir à leur état d'équilibre normal ; la seconde parce que, dans une maladie comme la syphilis, où les lésions et la diathèse ont leurs spécificités, il est toujours utile de les pouvoir administrer avec opportunité, c'est-à-dire à l'époque où l'intégrité des organes n'est pas irrémédiablement détruite.

Eh bien, chez notre malade, pendant la longue durée de l'intermittence, les conditions organo-pathologiques et diathésiques étaient aussi propices qu'on le peut souhaiter. En agissant énergiquement avec de fortes doses d'iode de potassium, on aurait pu arrêter l'envahissement de la production gommeuse intra-crânienne, régulariser sa circulation, hâter sa régression et préserver le district du cerveau menacé et déjà touché par elle. L'organisme n'était point saturé des médicaments ; il n'était pas épuisé par aucune de ces causes morbides qui s'attaquent aux forces radicales et conduisent à la cachexie ; il était apte, en un mot, à développer l'action curative de l'iode et à en bénéficier. N'est-ce pas ce qui a eu lieu plus tard ? Mais alors la pulpe cérébrale était bien autrement compromise qu'au début, et peut-être la guérison ou sera-t-elle jamais complète.

C'est qu'un médicament si actif, si spécifique, si merveilleux qu'il soit dans son action, ne peut pas accomplir l'impossible. Vous porteriez ses propriétés à la centième, à la millième puissance, que vous ne lui feriez pas refaire ce qui a été détruit. Il n'est pas doué du don créateur. Il importe donc, si l'on veut être juste, de ne pas lui demander plus qu'il ne peut donner.

XVI

On peut cependant demander beaucoup à l'iode. Mais gardez-vous bien, messieurs, de croire qu'il répandra toujours à votre attente. Vous vous exposeriez à de nombreux mécomptes. Je puis vous en parler sciemment, puisque je les ai éprouvés. Dans les encéphalopathies en particulier, je n'ai pas eu la satisfaction d'obtenir le résultat complet que j'étais en droit d'espérer.

Ainsi en a-t-il été, par exemple, pour le dernier cas dont je vous ai parlé.

J'avais prévu son affection cérébrale longtemps avant qu'elle éclatât ; elle se laissait deviner par certains phénomènes ayant-coureurs qui ont presque la même valeur diagnostique que les symptômes précis et positifs de maladie confirmée.

Eh bien, je fis tout au monde pour conjurer le danger, et j'eus le regret de n'y pouvoir parvenir. L'iode resta impuissant ; le mercure aussi. Certes, si un malade a été traité, c'est celui-là ; il l'a été par moi dès le premier jour de son chancre ; il l'a été plus tard conjointement avec moi par d'autres médecins de mes collègues qui ont bien voulu me

prêter leur appui et l'autorité de leur science et de leur expérience. Tous nos efforts et tous nos remèdes n'ont pas empêché l'encéphalopathie d'aboutir à un état d'infirmité incurable.

Est-ce à dire que vous ne devez administrer l'iode qu'avec défiance, timidité ou même avec certaines restrictions dans les cérébrophathies de nature syphilitique? Non, messieurs, vous le donnerez à fortes doses et avec persévérance; vous le donnerez avec la certitude que s'il ne peut pas absolument guérir tous les désordres, du moins il les peut atténuer et limiter dans une mesure que vous n'atteindriez jamais avec les autres médicaments.

Quant à son action préventive générale, j'ai laissé entendre que je n'y comptais pas. S'il suffisait de prendre de l'iode de potassium dans le cours d'une syphilis, dans ses premières phases, par exemple, pour être préservé des accidents redoutables de la période tertiaire, on n'aurait que bien rarement l'occasion d'en voir et d'en soigner. L'usage de l'iode de potassium s'est tellement généralisé qu'il y a bien peu de syphilitiques qui n'en prennent plus ou moins à un moment ou à un autre, soit parce que leur médecin le leur a conseillé, soit parce qu'ils jugent d'eux-mêmes qu'il est opportun de le faire. Eh bien, tous sont-ils préservés? Non, évidemment. Bien plus! à qui n'est-il pas arrivé de voir survenir des affections syphilitiques des centres nerveux en plein traitement ioduré?

XVII

Quant au mercure, loin de prévenir les syphilis nerveuses, il y prédisposerait s'il fallait s'en tenir aux résultats que donnent les statistiques de M. le docteur Jullien. Il y prédisposerait même dans des proportions vraiment effrayantes. Vous allez en juger.

M. Jullien, faisant des recherches sur l'étiologie de la syphilis tertiaire, en a réuni 237 cas qu'il a divisés en quatre classes.

La première comprend les *véroles non traitées*, abandonnées à leur marche naturelle; elles renferment 59 cas. Sur ces 59 cas, il n'y a eu qu'un seul cas d'encéphalopathie.

La deuxième comprend les *véroles mercurialisées dès le début, ab initio*. Il y en a 47 cas. Or, savez-vous le nombre des encéphalopathies qu'ont donné ces véroles mercurialisées ab initio? Sept.

La troisième comprend les *véroles hydrargyrisées après le début de la période secondaire, à secundariis*: soit 111 cas. Cas 111 cas ont fourni onze encéphalopathies.

Quant à la quatrième catégorie, elle ne comprend que 7 malades uniquement traités par l'iode de potassium; aucun d'eux n'a eu d'encéphalopathie.

Faut-il affirmer, d'après le résultat si extraordinaire et si inattendu de ces statistiques, que le mercure exerce une influence nocive sur les centres nerveux et que les syphilitiques restés vierges de mercure ne sont que très-rarement, pour ne pas dire jamais, atteints par des lésions tertiaires de l'encéphale?

Non, messieurs, ce sont là des conclusions extrêmes. Elles reposent peut-être sur des circonstances fortuites, sur le hasard des chiffres. Et puis le nombre de cas n'est pas assez important pour couper court à toute objection. M. le docteur Jullien a très-sagement et très-judicieusement pesé le pour et le contre dans cette grave question. Il reste dans le doute, mais un doute méthodique qui ne méconnaît pas l'importance d'une pareille révélation, ni la portée qu'elle pourrait avoir dans la pratique si de nouvelles recherches concordait avec les siennes. Je me tiendrai, moi aussi, dans une semblable réserve.

Ce que je puis vous dire, c'est que mes malades avaient tous pris du mercure pendant les premières phases de la syphilis. Ce traitement ne les a pas tous préservés de l'encéphalopathie;

mais je ne vois dans leurs lésions aucune circonstance qui me permette de croire qu'il ait été pour quoi que ce soit dans la détermination de la syphilis sur l'encéphale.

XVIII

Messieurs, le temps me presse et je ne puis pas m'étendre plus longuement aujourd'hui sur le traitement des encéphalopathies syphilitiques. Nous aurons sans doute l'occasion d'y revenir. Il est cependant un point sur lequel je veux appeler votre attention.

Quand on traite une affection qui a la chance de pouvoir être combattue par des spécifiques, on croit trop aisément que toute l'indication thérapeutique doit se borner à les prescrire.

Ce procédé est commode et sommaire. Il évite la peine d'analyser un à un les symptômes et de rechercher en eux l'élément morbide particulier et l'élément morbide commun ou général, celui qu'on retrouve dans toutes les affections d'un même organe, quelle qu'en soit leur cause locale ou constitutionnelle.

C'est pourtant là une opération qu'il ne faut pas négliger. Elle est même indispensable, car sans elle on se laisse aveuglément conduire par l'empirisme spécifique, et souvent on ne voit pas ou on omet des indications secondaires, auxquelles il serait urgent de déferer pour deux raisons: la première, c'est qu'en s'attaquant au symptôme dans ce qu'il a de commun, de général, on pare souvent à un danger plus ou moins urgent, etc.; la seconde, c'est qu'en débarrassant l'affection de ce qu'elle a d'excessif dans ses manifestations phénoménales, on favorise l'action des spécifiques et l'on n'en prépare et assure que mieux leur succès.

En d'autres termes, messieurs, parce que vous avez deux spécifiques à votre disposition pour combattre les encéphalopathies syphilitiques, ne vous privez pas des précieux secours de la médication rationnelle qui s'adresse aux affections cérébrales de toute forme et de toute provenance.

Cette médication rationnelle implique, outre une hygiène appropriée, l'usage des déplétions sanguines générales ou locales, des révulsifs temporaires ou permanents, des évacuants, des antispasmodiques, des excitants, etc., etc.; enfin, de tous les modes d'action que la pratique basée sur nos connaissances physiologiques peut nous suggérer en pareil cas.

Ayez-y recours si l'indication s'en présente. Donnez les spécifiques; mais traitez en outre les encéphalopathies syphilitiques comme vous traiteriez les encéphalopathies ordinaires.

CORRESPONDANCE

Traumatisme et saturnisme.

A M. LE DOCTEUR BLACHEZ, RÉDACTEUR DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Mon cher collègue,

L'accueil bienveillant que vous avez fait à mon travail sur les rapports de l'arthritisme et du traumatisme, m'encourage à continuer à marcher dans une voie où notre chirurgie trouvera, je l'espère, d'utiles enseignements, et m'enhardit même jusqu'à vous présenter aujourd'hui non point un mémoire en règle, mais une simple note à consulter sur un sujet analogue mais beaucoup moins connu.

Si, en effet, sur quelques points du cadre que je m'efforce de remplir avec le concours dévoué de mes élèves, nous avons presque la richesse, lorsqu'il s'agit par exemple d'alcoolisme, de scrofule, de paludisme, de syphilis, de rhumatisme même, d'autres cases sont vides ou à peu près, et il nous faudra longtemps peut-être attendre encore des matériaux.

Il en est certainement ainsi pour certains empoisonnements à marche lente, le plus souvent professionnels, que l'hygiène moderne combat il est vrai avec un zèle louable et cherche au moins à prévenir, mais dont l'iaxocorable industrie nous fournit pour longtemps encore des spécimens. Je citerai entre autres le *saturnisme*, le *phosphorisme*, le *mercure*.

Le jour même où j'ai tracé in *petto* mon programme, j'ai sans hésiter assigné une place à ces états constitutionnels indéniabls quoique accidentels, et en vérité je ne m'en dédis point.

Quoique d'origine minérale, les poisons susdits en effet, tout comme l'alcool, le miasme tatarique, le virus syphilitique, imprègnent nos éléments anatomiques, nos tissus, nos organes, et sont capables par conséquent d'en altérer les propriétés, usages et fonctions. *A priori* donc rien ne défend d'admettre qu'ils modifient la marche du processus traumatique, et tout nous porte à rechercher *a posteriori* ce qui pourrait bien consister ces modifications.

Reste à recueillir des faits. Je n'en avais vu jusqu'ici qu'un bien petit nombre en ce qui concerne le saturnisme.

Obs. I. — En 1866, à l'hôpital Lariboisière, j'opérai d'un lipome situé sur le moignon de l'épaule droite et du volume d'une moitié d'orange un peintre en bâtiments, âgé de cinquante ans, de forte stature, mais très-sujet aux coliques de plomb. Deux mois avant son entrée dans mon service, il avait encore séjourné dans une salle de médecine, et se trouvait pour ainsi dire en convalescence. Comme il ne voulait pas reprendre tout de suite ses travaux accoutumés et que son lipome le gênait notablement, il avait songé à employer son temps à s'en faire débarrasser. J'hésitai d'abord un peu, mais ne voyant en somme aucune contre-indication bien formelle, je fis l'extirpation à l'ordinaire et pensai à plat.

La guérison s'effectua dans les conditions les plus normales sans le moindre accident particulier ni du côté de la plaie ni du côté de l'abdomen.

Je m'entretiens souvent avec mes élèves de ces questions médico-chirurgicales, et, à ce propos, j'appris d'un de mes meilleurs et plus brillants disciples, M. le docteur Pozzi, qu'il avait observé un cas où les choses s'étaient passées différemment. Il n'avait malheureusement conservé sur ce point que des notes très-sommaires, que voici :

« Obs. II. *Coliques saturnines rappelées par une contusion violente*. — Au commencement de l'année 1873 on apporta, dans le service du professeur Gosselin, où j'étais interne, un peintre qui venait de tomber du troisième étage et présentait tous les signes d'une commotion cérébrale. Point d'autre lésion apparente qu'une bosse sanguine à la tête; pas de fractures, pas d'échymoses.

» Peu de temps après son entrée, le blessé reprit connaissance : il se plaignait d'une grande faiblesse, de courbature, et présentait un certain degré d'hébétéude, reste de la commotion de l'encéphale.

» Le lendemain, à la visite du soir, le blessé accusa de vives douleurs abdominales. Il eut des nausées et n'a pas pu uriner; je pratiquai le cathétérisme : urine normale, point teintée de sang.

» Pendant deux jours l'état resta le même : il survint même des vomissements bilieux; la face était grippée, les coliques très-vives. On fut sur le point de prendre la change et de croire à une *péritonite traumatique*. Mais l'aplatissement du ventre, la rétraction des testicules, l'hyperesthésie très-nette des muscles droits de l'abdomen fortement contractés, la constipation opiniâtre, enfin l'apyrexie complète, firent bientôt reconnaître une colique saturnine bien caractérisée.

» Quelques purgatifs en eurent promptement raison, et le blessé partit pour Vincennes complètement guéri. Il avait été atteint, trois ans auparavant, de paralysie saturnine des extenseurs des doigts et de coliques. Mais, depuis cette époque, il n'avait pas présenté de nouveaux accidents. »

La courte note suivante, que j'extrai d'un mémoire inédit de M. Raymond, interne lauréat des hôpitaux, tendrait à faire croire qu'une blessure chez un saturnin peut facilement présenter une complication traumatique.

Obs. III. — Il s'agit d'un homme de quarante-sept ans travaillant au plomb depuis deux ans et qui présentait des symptômes multiples et prononcés d'intoxication, entre autres des attaques intenses

d'épilepsie et une incontinence d'urine. Dans une chute, il se fit des blessures multiples : échymoses palpébrales, fracture des os du nez et une petite plaie au gros orteil, laquelle devint deux jours après le point de départ d'une *lymphangite* qui grandit assez rapidement.

Ce fait, j'en conviens, n'a pas grande valeur; je le rapporte uniquement pour appeler l'attention.

Je n'aurais certainement pas avec un si maigre butin pris la plume sur ce sujet si je n'avais observé tout récemment à la Pitié un cas remarquable à plus d'un égard et que je me serais fait scrupule de laisser perdre. Les notes qui m'ont servi à le rédiger m'ont été fournies par M. Coustou, interne provisoire de mon service.

Obs. IV. — Ed. Philbert, quarante et un ans, tisseur, entre à la Pitié le 19 octobre 1875, salle Saint-Louis, n° 48, pour un phlegmon du pied droit datant de quelques jours. Il est de petite taille, grêle, chéfit, au teint jaune, aux chairs flasques, à l'aspect souffreteux. Il est un peu faible d'esprit, mais s'exprime avec assez de facilité et nous raconte ainsi ses antécédents morbides :

Dans la première enfance, en nourrice, maux d'yeux et d'oreilles, engorgements ganglionnaires cervicaux qui ne suppurent pas.

Un peu plus tard, gonflement du pied droit; premier abcès suivi de plusieurs autres qu'on ouvrit successivement à la face dorsale. Cela dura plusieurs années pendant lesquelles l'enfant, ne pouvant se servir du membre inférieur droit, marcha continuellement avec des béquilles.

A douze ans eut lieu une nouvelle poussée inflammatoire; un gros abcès se forma à la suite duquel le deuxième métatarsien en entier fut éliminé.

Cette crise passée, E. Philbert reprit son métier, car bien que son état général fût toujours médiocre, il ne gardait jamais le lit. Peu à peu les abcès du pied se fermèrent, le gonflement et la douleur cessèrent; de sorte que vers quinze ou seize ans la marche sans béquilles devint possible; toutefois, quand elle était un peu prolongée, la tuméfaction, l'endolorissement du pied, revenaient et exigeaient quelques jours de repos.

A la longue cette susceptibilité locale disparut, et à trente ans la guérison pouvait être réputée complète; à ce point que, manquant d'ouvrage dans sa profession, E. Philbert vint à Paris et se fit pendant un an garçon de café.

Il y a deux ans encore, il revint chercher de l'ouvrage dans la capitale et y exerça plusieurs métiers fatigants sans se plaindre de son pied.

Au commencement d'août 1875, se trouvant sans ressources, il entra dans une usine où il fut employé à battre des lames de plomb. Après vingt-deux jours, il fut pris soudainement de coliques saturnines et entra dans le service du professeur Lasgüe. Il y fut soigné pendant vingt-cinq jours et de là dirigé sur la maison de convalescence de Vincennes dans un état relativement satisfaisant.

Le séjour à la campagne ayant ramené les forces, Ph... en abusant un beau jour se tint longtemps debout et marcha trop sans doute; toujours est-il qu'il ressentit dans le pied des douleurs vives, revint à la Pitié dans une salle de médecine d'où il fut transféré dans la mienne.

Etat actuel. — Le pied droit est considérablement tuméfié, très-sensible au toucher et dans les mouvements communiqués. La peau de la face dorsale est distendue, rouge et luisante; elle présente quatre perforations, à savoir : deux au niveau d'une cicatrice occupant la place du deuxième métatarsien disparu, et deux autres situées à quelques centimètres l'une de l'autre, vers le bord externe du pied et répondant également à deux anciennes cicatrices très-reconnaissables. Toutes ces cicatrices, fermées depuis vingt-cinq ans, s'étaient rouvertes les jours précédents et donnaient issue à un pus mal lié et de mauvaise odeur.

Le stylet ne rencontrait point d'os à nu sur la ligne médiane, mais seulement au niveau des extrémités postérieures des quatrième et cinquième métatarsiens. L'articulation de ces derniers avec le cuboïde était ouverte et détruite, car le moindre mouvement y déterminait une grosse crépitation annonçant la disparition de l'enduict cartilagineux.

Le gonflement atteignait le tiers postérieur de la jambe, mais la jointure tibio-tarsienne paraissait saine.

Cette phlegmasie retentissait sur la santé générale. La peau était chaude, le pouls fréquent, la température à 39°,2, soif, anorexie, mauvais sommeil, etc.

L'auscultation, pratiquée avec un soin minutieux, ne révéla au-

cune lésion pulmonaire; les urines étaient claires, sans albumine ni trouble sérieux dans les grandes fonctions; point de coliques ni de sensibilité du ventre; le liséré saturnin est bien marqué.

Je prescrivis le repos, les cataplasmes, la position élevée du membre, un purgatif; mais le mal empirait plutôt. Je résolus de faire une tentative chirurgicale consistant à drainer les trajets et à extraire les parties ossueuses que je supposais nécrosées.

Le 28 octobre, le malade étant endormi, j'agrandis avec mes doigts et des instruments mousses les trajets fistuleux pour arriver jusqu'au fond des foyers purulents. Je ne trouvai point de dénudation du premier et du troisième métatarsiens; en revanche, le tiers postérieur environ des quatrième et cinquième métatarsiens, ainsi que la moitié antérieure du cuboïde, étaient privés de périoste. Je fis avec une forte pince de Liston la résection des trois os malades; puis je passai en divers sens des drains faisant largement communiquer les cavités purulentes (l'un d'eux même traversait le pied de part en part), et, assurant à la fois et l'écoulement du pus et la pénétration dans leur intérieur d'injections désinfectantes; j'eus d'ailleurs la précaution de toucher autant que possible et libéralement toutes les anfractuosités de la plaie avec un pinceau imbibé de teinture d'iode pur.

Des pulvérisations pléniques fréquentes et des injections par les tubes furent prescrites.

Le soir, la température monta au-dessus de 40 degrés, et nous constatâmes le lendemain une de ces lymphangites soudaines si communes quand on opère sur les foyers malades. Les ganglions inguinaux devinrent gonflés et douloureux.

Cet accident n'eut pas de suite. Deux jours après tout avait cessé; le température redescendit à 37°,5 et le malade se disait très-soulagé.

Dans les jours suivants, je me félicitais de mon intervention, car l'amélioration se dessinait de plus en plus; la fièvre était tombée, l'appétit et le sommeil revenus; les plaies, bien détergées, se recouvraient d'une riche granulation enduite de pus érémeux, sans odeur; les souffrances avaient complètement disparu.

Tout alla à souhait jusqu'au 20 novembre. Ce jour-là, je thermométrai monta et la fièvre se ralluma. La jambe était tuméfiée et douloureuse, et nous reconnûmes une inflammation sans doute née dans la gaine des muscles tibial postérieur et fléchisseurs des orteils, mais qui, dans tous les cas, remontait jusqu'au niveau du mollet.

J'attendis deux jours que la fluctuation devint manifeste, et le 22, je fis, à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen, une large incision qui donna issue à une grande quantité de pus phlegmoneux qui sentait assez mauvais.

Lesoulagement fut instantané et deux jours après l'état général était redevenu très-passable. Les plaies du pied, toutefois, avaient pris une apparence mauvaise qui ne redevenit bonne qu'au bout de huit jours.

Dans le commencement de décembre, nous constatâmes avec plaisir une tendance prononcée vers la cicatrisation, et nous eûmes l'espoir de la guérison.

Nous n'avions d'ailleurs rien négligé pour restaurer les forces. Les toniques avaient été prescrits ainsi qu'un régime très-convenablement choisi pour combattre l'intoxication saturnine; l'iode de potassium avait été administré à petites doses et bien toléré; le visage était bien, le malade était de bonne humeur et se sentait tout à fait bien.

Tout cela allait bientôt se démentir. Le 20 décembre au soir, frisson intense; 40°,2 de température, le lendemain matin, constatation d'une nouvelle poussée de lymphangite et d'adénite inguinale; suppuration de mauvaise nature; malaise général; traits du visage altérés. La complication disparut au bout de deux jours, mais laissa notre patient très-affaibli et très-déprimé moralement.

L'expérience démontre, surtout chez l'adulte, la gravité extrême de ces ostéites suppurrées qui s'accompagnent de poussées inflammatoires aiguës et successives. Non-seulement chaque accès aggrave l'état local et augmente la désorganisation des parties molles ambiantes, mais encore altère de plus en plus les viscères, de sorte qu'un beau jour survient une dernière attaque d'érysipèle ou de lymphangite qui enlève le patient. J'ai vu succomber ainsi bien des sujets chez lesquels on avait trop compté sur la guérison spontanée et trop longtemps continué la chirurgie conservatrice.

Je résolus donc d'arrêter cette marche funeste à peu près inévitable en pratiquant l'amputation, sans me dissimuler d'ailleurs la gravité de cette dernière, car il fallait, à cause de la fusée purulente remontant dans l'épaisseur du mollet, sectionner le membre au lieu d'élection supérieur.

L'opération proposée fut acceptée, non sans de vifs regrets, par

le pauvre homme. J'attendis quelques jours, jusqu'à disparition complète de la lymphangite et de la fièvre qui l'avait accompagnée. Enfin, je la pratiquai le 31 décembre, avec le concours obligé de mon jeune et distingué collègue dans les hôpitaux, M. Lucas Champagnière. Nous mimes en pratique, avec le plus rigoureuse exactitude, les règles posées par M. Lister. Je ne décrirai pas jour par jour la marche ultérieure de la cure et me contenterai de dire que tout se comporta exactement comme l'annonce le célèbre chirurgien d'Édimbourg. La fièvre traumatique fut absolument nulle; jamais le thermomètre ne dépassa, même le soir, 37°,5, le plus souvent il restait au-dessous. Le malade n'euec pas la moindre souffrance et jouissait ainsi de tout le bonheur d'être délivré de son mal. Le sommeil, l'appétit, la gaieté, tout revint à la fois, et au bout de huit jours le visage avait perdu cette expression de douleur et cette teinte blafarde des jours antérieurs. La réunion s'effectuait partout où elle avait été cherchée; les fils furent enlevés le quatrième jour. Jamais il ne m'avait été donné jusqu'ici de voir un moignon pareil, aussi exempt d'inflammation et aussi régulier.

Je ne retirai les derniers bouts de drain que le seizième jour, mais je crois que j'aurais pu les supprimer dès le dixième et que la guérison, qui d'ailleurs était tout à fait complète le vingtième jour, en eût été notablement avancée.

Ce fait soulève plusieurs questions intéressantes.

A. Je donnerai d'abord quelques détails sur l'anatomie pathologique du membre amputé.

La note suivante, qui m'a été remise par M. le Dr Nepveu, chef de laboratoire de clinique à la Pitié, indique assez la persistance de l'ancienne lésion osseuse et prouve bien ce fait, déjà connu du reste, qu'après une ostéite prolongée les os ne reviennent presque jamais à leur état anatomique normal.

« Les lésions sont exclusivement limitées aux os du pied; le tibia et le péroné sont sains. Ces lésions sont d'autant plus marquées qu'on s'approche davantage du métatarse; ainsi les cubéiformes, le cuboïde, les métatarsiens restants sont ramollis, friables, atteints d'ostéite aiguë entée sur une ostéite raréfiante ancienne des plus évidentes. Le périoste a disparu en plusieurs points, et le tissu spongieux est infiltré de pus; les articulations correspondantes sont en suppuration, les ligaments ramollis, les cartilages disparus. Dans les autres os du tarse, scaphoïde, astragale, calcaneum, on ne retrouve que les lésions de l'ostéite raréfiante ancienne. Amincissement extrême de la couche compacte corticale, atrophie non moins grande des trabécules du tissu spongieux, d'où la possibilité d'écraser sans peine ces os entre les doigts et de les traverser de part en part avec le histouri ou la sonde cannelée; moelle complètement grasseuse; cartilages diarthroïdaux amincis; dégénérescence grasseuse de leurs cellules; périoste atrophie, etc.; tissu cellulaire sous-cutané de la face dorsale, infiltré de pus dans une large étendue; foyers purulents circonscrits autour des malloles et dans l'épaisseur de la plante du pied, etc. La fusée purulente avait suivi l'espace compris entre les muscles profonds et les muscles superficiels de la région postérieure de la jambe; la ligne d'amputation avait passé à quelques centimètres seulement au dessus de la terminaison supérieure du foyer. »

J'eus la curiosité de savoir si l'on retrouverait dans les os des traces de l'empoisonnement saturnin. Je priai donc M. Demelle, mon interne en pharmacie, dont je connaissais toute l'habileté, de me faire une analyse.

Voici les résultats fort curieux qu'il m'a transmis :

« J'ai soumis à l'analyse les os de l'amputé de la salle Louis, n° 48, saturnin aigu. J'ai opéré sur 100 grammes d'os calcinés, soit environ 150 grammes d'os à l'état normal.

» Après une laborieuse analyse, je n'ai pu constater que des traces de plomb. J'ai fait du sulfate de plomb noir, je l'ai transformé en sulfate de plomb blanc, insoluble dans les acides, soluble dans le tartrate d'ammoniaque. Cette dernière réaction est indistincte.

» J'ai de plus été fort surpris de trouver du cuivre, également en proportion trop faible pour être facilement dosé. Sa présence m'a donné le bleu céleste (sel de cuivre avec un excès d'ammoniaque).

» Depuis les recherches de MM. Galippe, Durcq, Duconi, la présence dans l'économie du cuivre normal est un fait acquis à la science; mais on n'a pas, que je sache, cherché le cuivre dans les

os; aussi je me propose, par de nouvelles analyses, de m'assurer si le résultat auquel je suis arrivé est un fait accidentel ou constant. »

B. Le sujet, à n'en pas douter, a été atteint de scrofule dans son enfance, et pendant de longues années il a porté une de ces ostéites interminables qui caractérisent si bien la strume juvénile. Cependant, vers l'époque de la puberté, comme cela s'observe de temps en temps, la lésion locale guérit, au sens grossier du mot, c'est-à-dire que les fistules se ferment. Il est néanmoins évident que les parties ne sont pas revenues à l'état normal, car à l'occasion d'une marche un peu prolongée, la région lésée redevient facilement gonflée et douloureuse.

Avec le temps toutefois, les choses s'amendent à ce point que le patient peut, depuis deux ans, remplir la profession très-fatigante de garçon de café.

Aux approches de la quarantaine, on le sait, la scrofule ne se montre plus guère quand les grands viscères, et en particulier les poumons, ne sont point atteints; les ostéites de l'adolescence surtout ne font plus parler d'elles; mais c'est à la condition toutefois que la santé générale ne subisse pas de perturbations trop profondes et qu'aucune maladie constitutionnelle n'intervienne. Dans le cas contraire, comme l'ont établi M. le docteur Nony dans sa thèse inaugurale (*Retour de l'inflammation dans les lésions osseuses anciennes à la suite d'un état général grave*, thèse de doctorat, 1874), et M. le docteur H. Petit dans son intéressant mémoire sur les *locis minoris resistentiæ* (*Gaz. heb.*, novembre 1875), les foyers d'ostéite se rallument avec une singulière facilité et peuvent reprendre leur ancienne chronicité.

J'ai vu ces récurrences survenir par le fait de l'état puerpéral, de la tuberculisation pulmonaire, de l'empoisonnement septicémique. Dans le cas présent, l'intoxication saturnine a agi de la même manière et rendu même à l'ostéo-arthrite une intensité qu'elle n'avait jamais eue jusqu'alors.

Notez bien que je ne songe point à introduire dans le cadre nosologique une nouvelle variété que j'appellerais l'ostéite saturnine. Tout autre empoisonnement aigu ou chronique aurait pu produire les mêmes effets. C'est donc l'état général mauvais subitement intervenu, l'espèce de cachexie rapidement développée qu'il faut rendre responsable.

Et la chose est si évidente que la plaie opératoire première donne lieu d'abord à une lymphangite soudaine, puis à un vaste phlegmon profond un mois après, puis, après un autre mois, à une sorte d'érysipèle bâtarde, le tout attestant le mauvais état de la constitution et l'impuissance absolue de la nature à circonscire et à isoler convenablement le foyer traumatique.

C. En présence d'un tel état de choses, c'est-à-dire d'un organisme profondément altéré, on comprend combien j'étais peu rassuré sur les suites d'une mutilation telle que l'amputation au tiers supérieur de la jambe, l'une sans contredit des plus sérieuses de la chirurgie; j'avais en perspective le phlegmon du moignon, les fûsées purulentes, les lymphangites, l'érysipèle, l'ostéomyélite et jusqu'à la pyohémie inclusivement. Aussi, grande fut ma surprise en constatant dans les suites une bénignité si grande qu'il ne m'avait pas encore été donné d'en observer une pareille depuis que je fais de la chirurgie.

J'ai vu comme tout le monde, très-rarement à la vérité, surtout dans nos grands hôpitaux, l'amputation d'un membre ressusiter en quelque sorte des sujets épuisés par de longues souffrances, par la suppuration, par la fièvre hectique; mais jamais je n'ai observé à la fois l'absence totale de la fièvre traumatique et le succès complet de la réunion immédiate. Je ne puis donc m'empêcher d'attribuer la plus grande part dans le succès au mode de pansement mis en usage.

Il y a quelques mois à peine (6 octobre 1875) parlant à la Société de chirurgie, je disais : « Il nous faut d'autant plus étudier et perfectionner la thérapeutique des plaies que, dans nos grands centres du moins, nous ne pouvons pas compter de longtemps sur des milieux favorables à nos blessés...; de

plus, nous aurons toujours à soigner, en cas de blessures, ou à opérer des sujets diathésiques, c'est-à-dire des blessés déjà mélangés en malades. Or, l'expérience démontre dès à présent que tel ou tel mode de pansement qui favorise particulièrement le travail réparateur local ou écarte de lui les causes perturbatrices, parvient dans une certaine mesure à conjurer les dangers provenant d'un état constitutionnel mauvais ou d'un milieu notablement impur. »

Ces paroles, je puis les répéter avec plus d'assurance que jamais, car l'expérience semble de jour en jour leur donner plus de poids.

Il ne faut pas oublier, en effet, qu'au moment où M. Alphonse Guérin inaugura ses belles recherches, il avait à combattre à la fois les influences mésologiques les plus détestables qu'on ait vu depuis bien longtemps dans nos hôpitaux et les états constitutionnels les plus lamentables, puisque tous les blessés étaient intoxiqués par l'alcool, et que cependant sous le pansement ouaté guérissaient une proportion imposante de malheureux qu'on aurait pu croire voués à une mort certaine.

M. Lister, de son côté, dans une note due à Edimbourg devant une réunion de médecins distingués, avançait audacieusement qu'à ses yeux il n'existait plus d'hôpitaux insalubres et montrait à l'appui de son paradoxe ses propres salles, où il créait l'encombrement comme à plaisir et comme par une sorte de défi aux doctrines régnantes.

Tout concourt donc à prouver que, plus heureux que nos devanciers, nous sommes en mesure de lutter aujourd'hui contre les principales causes de nos succès opératoires, et que si le pronostic des lésions traumatiques dépend de la blessure, du blessé et du milieu, nous avons prise sur les deux derniers termes en agissant d'une certaine façon sur le premier.

AR. VERNEUL.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

ANDRAL. — M. le Secrétaire perpétuel annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. G. Andral, membre de la section de médecine et de chirurgie.

MOUVEMENTS QUE PRODUIT LE CŒUR LORSQU'IL EST SOUMIS A DES EXCITATIONS ARTIFICIELLES. Note de M. Marey. — Si on lance à travers le cœur d'une grenouille vivante des courants d'induction, et si l'on inscrit les mouvements qui se produisent alors, on observe que, pour les excitations toujours de même nature, il se produit des effets presque toujours différents. Tantôt le cœur ne semble pas avoir reçu l'excitation, tantôt il réagit; mais dans ces cas le mouvement apparaît tantôt avec une grande rapidité (temps perdu très-court, 1/10^e de seconde), tantôt après un retard qui peut atteindre une demi-seconde et plus. Enfin la systole provoquée peut être, en certains cas, aussi forte que celles qui se produisent spontanément, tandis que d'autres fois elle est pour ainsi dire avortée.

En faisant un grand nombre d'expériences, l'auteur a pu s'assurer que, si la réaction du cœur n'est pas toujours la même, cela tient à ce que l'excitation lui arrive à différents instants de sa révolution, et que si on l'excite toujours au même instant de sa systole et de sa diastole, il donne toujours des tracés identiques.

Pour rendre facilement saisissable la manière dont les choses se passent, l'auteur a disposé les uns au-dessus des autres des tracés pour lesquels le cœur a été excité à des instants de plus en plus avancés de sa révolution.

On voit, sur ces tracés, que le retard de la systole est donc

d'autant moindre que l'excitation du cœur arrive à une période plus avancée de la révolution de cet organe. En comparant entre elles les systoles provoquées à différents instants, on constate que la systole provoquée est d'autant plus forte qu'elle arrive plus longtemps après la systole spontanée qui la précède. Il semble que le repos soit nécessaire pour que le cœur qui vient d'agir soit capable d'un acte nouveau. Enfin, après chaque systole provoquée, on observe un repos compensateur qui rétablit le rythme du cœur un instant altéré. L'existence de ce repos compensateur est très-importante : elle vient confirmer une loi que l'auteur croit avoir établie, à savoir que le travail du cœur tend à rester constant.

SUR UN ACIDE NOUVEAU PRÉEXISTANT DANS LE LAIT FRAIS DE JUMENT. Note de M. J. Duval. — « L'auteur démontre, par une analyse du lait de jument, que ce liquide, faiblement alcalin ou neutre, contient un principe immédiat que ne renferment pas les laits de ruminants, en quantité appréciable du moins. C'est un sel dont l'acide est cristallisable en groupes de petites aiguilles, non volatils sans décomposition, d'une odeur fragrante et d'une saveur particulière.

APTITUDE QU'ONT LES HUITRES À SE REPRODRE DÈS LA PREMIÈRE ANNÉE. Note de M. Z. Gerbe. — Cette question est très-importante au point de vue de l'exploitation des bancs naturels et artificiels. On savait que de très-petites huitres sont parfois gorgées de *naissain*, c'est-à-dire d'embryons ; mais ce fait pouvait être exceptionnel. Or, de nombreux faits observés par lui, l'auteur tire cette conclusion que la plupart des huitres, pour ne pas dire toutes, se propagent dès la première année, bien avant, par conséquent, qu'elles aient atteint la taille qui les rend marchandes. Parmi ces nées précoces, il en est dont la coquille, dans son diamètre transversal, mesure à peine 25 millimètres ; j'en conserve plusieurs de ce module. Il en résulte aussi que la conservation, la prospérité d'un parc reproducteur d'une huîtrière naturelle, ne dépendent pas absolument de la présence de grosses huitres, puisque les jeunes d'un an, se reproduisant comme elles, pourraient au besoin suffire à leur remplacement.

RÔLE DE L'ACIDE CARBONIQUE DANS LA COAGULATION DU SANG. par MM. E. Mathieu et V. Urbain. — Les auteurs répondent à une note de M. Arm. Gauthier (séance du 15 novembre).

M. Gauthier admet comme évident qu'en desséchant du plasma dans le vide on le prive de tout son acide carbonique. C'est là le point faible de son argumentation, qu'il s'agisse d'une liqueur plasmatique ou albumineuse, car la dessiccation dans le vide de l'une ou l'autre liqueur, *non diluée*, est incapable de lui enlever l'acide carbonique qu'elle renferme.

M. Gauthier ajoute : « Ce plasma sec peut être chauffé à 100 degrés, température qui décompose jusqu'aux bicarbonates, sans perdre la propriété de donner des flocons de fibrine lorsqu'on le reprend par l'eau. » Mais cette affirmation nous paraît également contestable ; nous avons toujours constaté que les bicarbonates secs résistaient parfaitement à une température de 100 degrés.

La seconde objection de M. Gauthier est celle-ci : « En faisant passer un courant d'acide carbonique dans du plasma sanguin, salé à 5 pour 100 et maintenu à 8 degrés, il n'y a pas coagulation ; cependant la quantité de gaz acide susceptible de se dissoudre dans de telles conditions est supérieure à celle qui est nécessaire pour coaguler un poids de fibrine en rapport avec la proportion de plasma employé.

» On observe d'abord que l'expérience est faite à 8 degrés, c'est-à-dire à une température qui s'oppose à la coagulation du sang, ou du moins la retarde considérablement, sans addition d'aucun sel. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner de l'absence de coagulum, du moment qu'une basse température à elle seule est capable d'amener ce résultat. Enfin nous rappellerons les expériences citées dans une note précédente (*Comptes rendus*, t. LXXXI, p. 372), qui montrent qu'une

solution de globuline ou même de l'eau de chaux ne sont plus précipitées par l'acide carbonique lorsqu'on les a additionnées d'une proportion convenable de chlorure de sodium. Or, de la non-précipitation de ces liqueurs dans ces conditions, M. Gautier conclurait-il que l'acide carbonique ne joue aucun rôle dans la formation des précipités que détermine ce gaz au sein des mêmes solutions privées de sel marin ? »

MORSURES DES CROTALES ET IRRITABILITÉ MUSCULAIRE DE LA TORTUE DE MER. — M. Sacc transmet à l'Académie quelques documents recueillis par lui, au Texas, sur le traitement employé contre la morsure des crotales, et sur la conservation de l'irritabilité musculaire chez la tortue de mer après la mort.

Le traitement des morsures de crotales consiste à appliquer sur la plaie un onguent formé avec des oignons broyés et du sel en poudre fine. En ce qui concerne l'irritabilité des masses musculaires de la tortue de mer, l'auteur dit que, l'animal ayant été dépêché, le contact d'une masse musculaire avec un plateau de cuivre détermine des contractions qui l'ont fait sortir. Une heure après, le contact de l'acétate de soude en poudre produit encore des soubresauts capables de projeter le sel à distance.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. le ministre de la guerre transmet à l'Académie un exemplaire du tome II (2^e série) du *REGUEIL DES MÉMOIRES ET D'OBSERVATIONS SUR L'HYGIÈNE ET LA MÉDECINE VÉTÉRINAIRES MILITAIRES*.

M. le ministre de l'Agriculture et du commerce transmet à l'Académie : a. Des *rapports relatifs à des demandes d'analyses d'eaux minérales*. (Commission des eaux minérales.) — b. Le *compte rendu négatif des épidémies pour le département de la Haute-Savoie pendant l'année 1875*. (Commission des épidémies.) — c. Les *comptes rendus des épidémies qui ont régné dans les départements des Basses-Pyrénées pendant l'année 1874 et dans le département de la Vendée pendant l'année 1875*. (Commission.) — d. Des pièces relatives à une demande faite par les Petits frères de Marie d'exploiter pour le service médical les eaux d'une source dite Saint-Joseph qui émerge dans leur propriété située à Begude (Arche). (Commission des eaux minérales.)

L'Académie reçoit : a. De M. le docteur Marcuard, la relation d'une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi sur la garnison de Mascara (Algérie) pendant l'année 1875. (Commission des épidémies.) — b. Une brochure et une note de M. le docteur Manontroux sur l'intoxicacion saturnine locale et directe par absorption cutanée. — c. Un mémoire pour le prix Falret de 1876. Ce mémoire porte pour devise : *Vita brevis et longa, judicium difficile*. (Inscrit sous le n° 1.)

M. Bédard dépose sur le bureau un volume intitulé : *OBSERVATIONS SUR LE SYSTÈME VENTRISTOMIAL*, par M. Alphonse.

M. Broyer présente, au nom de MM. les docteurs Henri Roulet et Poincaré, un ouvrage ayant pour titre : *RECHERCHES SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET LA NATURE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE*.

M. Chauvart offre à l'Académie, de la part de M. le docteur Albert Pouché, une brochure sur les maladies et leurs anomalies, étudiées au point de vue de l'anatomie de la physiologie et de l'embryologie.

M. Barth dépose sur le bureau l'article HERNIE (extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*), par M. le docteur Lancerneau.

M. Bonillaud présente une brochure de M. le docteur Ferdinando Gotelli sur l'hygiène en Italie.

ÉLOGE DE M. ANDRAL. — M. Bouillaud donne lecture du discours qu'il se proposait de prononcer au nom de l'Académie sur la tombe de M. Andral.

ÉTAT PHYSIQUE DES MATIÈRES VIRULENTES. — M. Bédard lit une note de M. Chauveau sur la détermination de l'état physique des matières douées de virulence. C'est une réponse à la critique de ses expériences faite par M. Colin dans la séance du 25 janvier.

M. Chauveau, après avoir remercié M. Colin d'avoir rappelé les récompenses dont à trois reprises différentes l'avait honoré l'Académie des sciences, fait remarquer que ses critiques actuelles ne sont qu'une réédition de celles qu'il lui adressait en 1868 ; M. Colin lui avait même promis à cette époque une réponse qu'il attend encore aujourd'hui.

Il se propose actuellement de compléter sa réputation.

Trois ordres de faits lui ont permis d'établir que l'activité spécifique appartient aux substances en suspension dans les

humeurs virulentes, et que les substances *en solution* dans la sérosité ne participent en rien à cette activité : 1° en essayant des humeurs graduellement et progressivement diluées dans un véhicule inerte, l'activité de ces humeurs se manifeste non pas comme si elle était uniformément répandue dans le sein de la masse et attachée à toutes les molécules, mais comme si cette activité était l'attribut exclusif de quelques-unes de ces molécules dispersées çà et là et d'autant plus éloignées les unes des autres que la dilution est plus étendue. 2° Des substances dissoutes dans le sérum retirées isolément des humeurs se montrent complètement dénuées de toute activité virulente. 3° Le même isolément étant pratiqué sur les particules solides suspendues dans le sérum, l'inoculation de ces particules isolées d'une manière absolue, produit les mêmes effets que celles de l'humour complète.

Ces trois ordres de faits se complètent l'un par l'autre et ne peuvent être disjointes, et pourtant M. Colin, dans sa critique, a passé le premier sous silence aussi bien aujourd'hui qu'il y a sept ans.

L'honorable membre répond ensuite à l'accusation de M. Colin, disant que ses expériences à lui, M. Chauveau, sont rigoureuses, attachées d'erreurs, à signification équivoque et indignes d'être répétées par un observateur judicieux. » M. Colin doit être de ces derniers, puisqu'il n'a pas jugé à propos de répéter les expériences qu'il se permet de critiquer. Il prétend que le vaccin à titre de liquide albumineux ne diffuse pas dans l'eau ; il a raison quand on opère à travers la membrane d'un osmomètre ; mais lorsqu'il n'y a pas diaphragme entre la substance diffusible et le liquide diffusant, les choses se passent autrement et la diffusion se produit. C'est un fait d'une démonstration facile.

Quant à la persistance de la virulence des substances en suspension dans une humeur virulente, même après des lavages répétitifs, M. Colin ne la conteste pas, seulement il ne partage pas sa manière de voir sur l'interprétation du fait et donne à ce sujet des explications embrouillées et montrant qu'il n'a pas compris ses expériences.

En résumé, conclut M. Chauveau : 1° le fluide vaccinal soumis à des dilutions graduelles se comporte comme le sperme au point de vue de l'action spécifique de l'humour. L'aptitude virulente de l'une aussi bien que l'aptitude fécondante de l'autre n'est pas éteinte ou atténuée par la dilution, mais simplement dispersée çà et là au sein de la masse liquide. 2° Les substances dissoutes de l'humour vaccinale peuvent être retirées isolément par la diffusion et se montrent, ainsi isolées, dépourvues de toute activité virulente. 3° Les éléments corpusculaires du pus morveux lavés à grande eau pendant quarante heures et débarrassés ainsi de toute la sérosité qui leur sert de véhicule sont tout aussi virulents que le pus complet. Ces éléments corpusculaires ainsi lavés ne peuvent communiquer leur activité à l'eau dans laquelle on les laisse plonger.

Il résulte de ces faits que, dans les humeurs virulentes, l'activité appartient exclusivement aux matières en suspension dans la sérosité et non à la sérosité elle-même.

Quant à la nature essentielle des virus, les expériences en question n'ont jamais eu la prétention de rien démontrer à ce sujet. La question est et restera probablement longtemps obscure ; M. Chauveau serait assez porté à admettre que la cause de l'aptitude infectieuse est un *protoorganique*, un ferment animé, c'est-à-dire un ferment *vrai*. Quant aux humeurs virulentes proprement dites comme celles de la vaccine, de la variole, de la morve, etc., il refuse cette qualité de ferment animé ou de ferment *vrai* à leurs éléments actifs.

En terminant, M. Chauveau revendique pour MM. les docteurs Christot et Kiener (de Lyon) la priorité de la découverte de la leucocytose morveuse.

fois non par MM. Christot et Kiener, mais par M. Delafond il y a plus de vingt ans.

Quant aux expériences de M. Chauveau, il maintient son dire : ses méthodes de dilution et de lavage sont absolument défectueuses, vicieuses et bonnes à tromper des gens qui ne s'y connaissent pas, comme à l'Académie des sciences. Il les a répétées et est arrivé à des résultats contraires à ceux de M. Chauveau.

La virulence des liquides ne tient nullement à la présence des corpuscules ainsi que le démontrent les expériences faites avec la sérosité de la morve, du farcin et du charbon. On trouve du reste dans l'économie un grand nombre de liquides qui agissent à la manière des ferments, comme la diastase salivaire, le suc pancréatique, le suc gastrique, sans contenir d'éléments figurés.

M. Colin se laisse ici entraîner à quelques paroles peu convenables qui lui attirent des observations de M. le président et une vive apostrophe de M. H. Bouley.

M. Colin montre ensuite des échantillons de chyle et de lymphes obtenus à l'aide de fistules faites au canal thoracique ; ce lympho contient beaucoup de leucocytes.

TRoubles CIRCULATOIRES DU FOND DE L'ŒIL DANS LES TRAUMATISMES DU CERVEAU. — M. Panas donne lecture d'un travail intitulé : CONTRIBUTION À L'ÉTUDE DES TROUBLES CIRCULATOIRES VISIBLES À L'OPHTHALMOSCOPE DANS LES LÉSIONS TRAUMATIQUES DU CERVEAU.

M. Panas fait remarquer que cette question a été peu étudiée par les chirurgiens. M. Bouclet est le seul qui ait attiré l'attention des praticiens sur ce point, dans son travail sur les signes ophthalmoscopiques différentiels de la commotion et de la contusion du cerveau. Malheureusement, il s'appuyait sur un trop petit nombre de faits cliniques et les autopsies lui ont manqué. M. Panas a eu l'occasion de recueillir 7 observations, dont 5 avec autopsies, qui lui ont permis d'étudier plus à fond le mécanisme des troubles circulatoires du fond de l'œil, et de vérifier les deux théories qui partagent aujourd'hui les ophthalmologistes concernant ce mode de production de la stase papillaire. Ces observations démontrent que la théorie de Schwabe, attribuant cette stase à un épanchement de liquide dans la gaine du nerf optique, est préférable à celle de Von Graefe qui la rapporte à un gêne de la circulation veineuse intra-crânienne.

M. Panas entre ensuite dans le détail de ses observations et arrive aux conclusions suivantes :

1° La stase de la papille se montre souvent à la suite de diverses lésions traumatiques de l'encéphale (commotion, contusions, blessures, fractures du crâne, etc.).

2° La stase en question ne s'accompagne pas toujours de troubles visuels. Aussi on doit examiner le fond de l'œil de tous les individus blessés à la tête, qu'ils accusent ou non une diminution de leur acuité visuelle.

3° D'après l'autopsie, cette stase semble dépendre, comme le veut Schwabe, de l'infiltration de sang ou de sérosité dans la gaine du nerf optique, et non de la lésion cérébrale elle-même.

4° Cette stase ne peut être considérée comme se rattachant à telle variété de traumatisme du cerveau plutôt qu'à telle autre, pas plus qu'il n'est permis de juger d'après elle la gravité de la lésion.

5° Tout ce qu'on peut affirmer, dans l'état actuel de nos connaissances, c'est que la stase papillaire indique la présence d'un liquide épanché dans les méninges.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Dolbeau, Marrotte et Giraud-Teulon.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1876. — PRÉSIDENCE DE M. HOUVEL.

PARALYSIE DU NERF CIRCONFLEXE DANS LES LUXATIONS DE L'ÉPAULE. — OPPORTUNITÉ DE LA RÉSECTION DE LA HANCHE DANS LA COXALGIE. — FISTULE VÉSICO-VAGINALE AVEC OBLÉRATION DU VAGIN À SA PARTIE MOYENNE. CALCUL CHLORURÉ VAGINAL. EXPLORATION FACILE DE LA LÉSION PAR L'CHIÉTHRE DILATÉ. OPÉRATION PAR L'URÉTHRE.

M. Nicaise lit un rapport sur une communication de M. Th. Anger.

Dans une première communication faite il y a deux ans, M. Th. Anger a signalé le fait clinique; dans celle qu'il vient de faire il apporte la preuve anatomique. Dans une antéopsie faite sur un vieillard de soixante-quinze ans qui s'était luxé l'épaule sept jours auparavant, M. Th. Anger a trouvé une contusion du rameau cutané avec infiltration sanguine, lésion qui expliquait la paralysie observée aussi chez ce malade.

M. Nicaise rappelle qu'en 1874 il a présenté à la Société un fait de *névrite du nerf circonflexe* constatée à l'antéopsie d'un homme mort douze jours après une luxation de l'épaule. Il fait en outre remarquer que la *paralysie du muscle petit rond* peut s'observer aussi après les luxations de l'épaule.

— M. Baudon, médecin de la garde républicaine, lit un travail sur l'opportunité de la résection de la hanche dans la coxalgie. L'auteur est de l'avis de M. Le Fort : selon ces chirurgiens, il faut opérer chaque fois qu'il y a une fistule et que les os sont dénudés; on tiendra compte cependant de l'état général du sujet. (Renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Guérin, Tillaux et Lucas Championnière.)

— M. Nicaise lit une observation de fistule vésico-vaginale avec oblitération du vagin à sa partie moyenne.

Obs. — Une femme de trente-quatre ans entre, le 24 septembre 1874, à l'hôpital de la Pitié. Elle est accouchée en mars 1870, et cinq jours après les urines coulent par le vulve. Au bout de trois mois elle entre à l'hôpital de Reims. Le vagin était considérablement rétréci et il y avait une tendance manifeste à l'occlusion spontanée. M. Gallieci fait une cautérisation au fer rouge. Il reste encore un petit orifice au fond du vagin; ce n'est que deux ans après que les urines cessèrent complètement de couler par le vagin.

Les règles se sont montrées un an après l'accouchement; depuis elles reviennent régulièrement et coulent par l'urètre.

A l'examen de la malade, on constate que le vagin est oblitéré à sa partie moyenne. L'index pénètre jusqu'à la première phalange; on sent un corps dur à l'extrémité du doigt; par le toucher rectal on reconnaît que ce corps dur n'est séparé du doigt que par une seule membrane. Une sonde métallique, introduite dans la vessie, confirme l'existence d'un calcul paraissant adhérent et situé dans la partie supérieure du vagin.

Je me propose de dilater l'urètre pour explorer la vessie et enlever la concrétion calculeuse. Les liges préparés de laminaire sont essayées d'abord, mais je suis obligé d'y renoncer à cause de la douleur qu'elles déterminent.

Le 26 octobre, la malade est chloroformisée et l'urètre dilaté en dix ou douze minutes avec le dilateur de M. Dolbeau. J'introduis alors facilement le petit doigt, puis l'index dans la vessie. Je circonscris le calcul, qui est adhérent et assez friable; avec le doigt je détache le calcul en agissant successivement sur toute sa circonférence; il se brise en petits fragments. L'opération est longue, très-laborieuse; les adhérences sont considérables. Je m'aide aussi d'une pince à anneaux conduite sur le petit doigt pour aller écraser le calcul. Enfin, il ne reste plus qu'un petit fragment adhérent. On sent de petites rugosités sur la paroi du vagin qui fait partie du réservoir urinaire; il y en a également à la surface du col de l'utérus. Ce dernier est dirigé vers la cavité vésicale, la paroi supérieure du vagin a été détruite; il n'y a plus de cul-de-sac antérieur.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Il sortit plusieurs fragments avec les injections faites au moment de l'opération; il en sortit aussi les jours suivants. Aucun trouble du côté de la miction, pas d'incontinence d'urine.

Je me disposais à faire une nouvelle exploration pour enlever

les fragments qui devaient rester dans la vessie, quand la malade sortit de l'hôpital.

Je la revis en avril 1875, il y avait un petit calcul libre dans la vessie, c'était sans doute un des fragments de la première opération entouré de dépôts phosphatiques nouveaux. Sur la paroi vaginale, on ne rencontrait que quelques concrétions qui se détachèrent facilement.

La malade est prise de varioloïde et sort de l'hôpital. Elle s'est de nouveau adressée à M. Nicaise dans ces derniers temps, qui lui a alors conseillé d'entrer à l'hôpital Cochin, où M. Després a broyé son calcul par l'urètre. La malade va très-bien et est rentrée chez elle.

Dans ce cas, la malade a éprouvé un grand bénéfice de l'oblitération du vagin; les urines ont repris leur cours normal; les règles se sont écoulées sans inconvénient par l'urètre; les rapports sexuels ont été possibles.

La formation de concrétions calcaires n'a rien qui doive étonner, car là se trouvent réunies plusieurs conditions favorables à leur formation. Enfin la dilatation de l'urètre et l'opération faite par cette voie n'ont donné lieu à aucun accident.

M. Després. La malade entra au commencement de cette année dans le service de M. Després. Le calcul s'engageait dans l'urètre et rentrait ensuite dans la vessie. La malade souffrait beaucoup. Le 13 janvier, M. Després tenta la dilatation du canal avec l'éponge préparée; les douleurs furent telles qu'on dut retirer l'éponge. Le doigt permit cependant de constater la présence d'un calcul du volume d'une noix. Le 14 janvier, intro luection d'un cône d'éponge du volume d'un petit doigt; après la dilatation, M. Després introduisit l'index dans la vessie et put saisir le calcul avec une tenette, mais la pierre se brisa pendant les tentatives d'extraction; les fragments furent enlevés, sauf un petit fragment qui fut extrait le lendemain. La malade quitta l'hôpital le 23 janvier.

Selon M. Després, le calcul enlevé est ramifié; il s'est développé dans le rein.

M. Labbé se demande quelle conduite doit tenir le chirurgien lorsqu'il s'agit d'extraire une pierre de la vessie chez la femme. Il rapporte quatre observations qui peuvent aider à résoudre cette question. Une femme très-âgée perdait ses urines involontairement; un petit calcul se trouvait dans la vessie; guérison après une seule séance de lithotritie. Une autre vieille femme entre à la Pitié avec une incontinence d'urine; calcul dans la vessie; une séance de lithotritie; guérison.

Malgré ces deux succès, M. Labbé pense que dans les cas de calculs vœuximeux et anciens il ne faut pas faire la lithotritie, surtout s'il y a cystite. Une malade entre à la Clinique avec un calcul mesurant 6 centimètres de longueur et 3 centimètres de largeur; cystite; lithotritie; accidents formidables quoique le calcul eût été saisi facilement; la malade mourut.

Il y a dix-huit mois entra à la Pitié une femme qui s'était introduit un étui à aiguilles dans le canal de l'urètre; dilatation du canal après chloroformisation; extraction de l'étui, qui a 8 centimètres de longueur et est inersté de calcaires; accidents de résorption purulente; mort.

En pareil cas, M. Labbé ferait maintenant la taille vaginale. Cette opération n'a rien qui doive effrayer le chirurgien. La dilatation de l'urètre n'est pas une opération innocente. Une femme avait un petit polype de l'urètre; M. Labbé l'enleva avec des ciseaux; la malade mourut d'infection purulente; le canal avait été dilaté avec le doigt.

M. Nicaise. En pratiquant la dilatation lentement on évite les accidents. Sur dix à douze dilatations M. Nicaise n'a eu aucun accident.

M. Duplay. Il est évident que MM. Nicaise et Després ont eu affaire à deux concrétions différentes; ce sont des concrétions et non des calculs. Les calculs qui se brisent sous le doigt ne viennent pas du rein, comme le pense M. Després.

C'est autour d'un fragment laissé par M. Nicaise que s'est formé le calcul enlevé par M. Després. On peut dilater l'urètre de la femme de manière à extraire de la vessie de gros calculs; M. Voillemier a ainsi enlevé une pierre du volume d'une petite noix.

M. Verneuil demande l'analyse chimique des concrétions; il serait utile de savoir si ce sont des incrustations comme on en observe dans les fistules vésico-vaginales, ou de vrais calculs. La dilatation de l'urètre chez la femme n'est pas aussi hénigme qu'on veut bien le dire; M. Verneuil a observé des accidents à la suite de cette manœuvre.

Société de biologie.

SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. PARROT.

BROMURE D'ÉTHYLE: M. RABUTEAU. — ÉTAT DES FIBRES MUSCULAIRES DANS L'ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE ET DANS L'ATROPHIE SATURNINE: M. DEBÔVE ET J. RENAULT. — LÉSIONS SUPERFICIELLES DE L'ENCÉPHALE: M. PITRES. — LÉSIONS TRAUMATIQUES DU CRÂNE ET DU CERVEAU: M. BURET. — RECHERCHES SUR LA DIGESTION DES INSECTES. — PRINCIPE ACTIF DU PYRÈTHRE: M. JOUSSET.

M. Rabuteau présente à la Société du bromure d'éthyle qu'il a obtenu en faisant réagir le brome sur l'alcool. C'est un corps liquide, incolore, bouillant vers 40 degrés. Le point sur lequel M. Rabuteau insiste surtout aujourd'hui, c'est que ce corps jouit de propriétés absolument identiques avec celles de l'éther; il a, de plus, l'avantage de ne pas produire d'irritation locale, d'avoir un goût beaucoup moins désagréable que celui de l'éther et d'agir plus vite et plus énergiquement.

— M. J. Renault communique les résultats de recherches histologiques qu'il a faites avec M. Debôve sur les muscles d'atrophie musculaire progressive simple et sur ceux d'atrophie musculaire saturnine. Dans le premier cas, les fibres musculaires ont conservé leurs striations longitudinale et transversale, le myoème est intact; les noyaux sont multipliés, placés deux par deux, trois par trois, mais ne compriment pas notablement la fibre musculaire qui reste cylindrique, il y a myosite, mais c'est le processus ordinaire. Dans le second, beaucoup de fibres musculaires ont l'aspect moniliforme; cet aspect est dû à ce que, de place en place, les noyaux considérablement multipliés forment un renflement qui comprime fortement la fibre musculaire et même en beaucoup de points l'interrompt complètement, de sorte que cette fibre musculaire se trouve divisée en segments sans rapports les uns avec les autres et avec le tendon d'insertion. Le myoème est encore intact. Il semble donc que le processus myositique à ici quelque chose de spécial. Cette différence dans les lésions serait en rapport avec ce fait clinique que: les fibres musculaires conservent jusqu'à la fin dans l'atrophie musculaire progressive leur contractilité électrique et volontaire, tandis que dans l'atrophie saturnine elles perdent très-vite leur contractilité électrique d'abord et leur contractilité volontaire bientôt après.

— M. Pitres fait une communication ayant trait à l'étude des localisations cérébrales: il s'agit d'une lésion occupant toute la partie inférieure des circonvolutions frontales; le lobe de l'insula, une grande partie du lobe sphénoïdal et même du lobe occipital, au même temps que le tiers inférieur des deux circonvolutions médianes. Or, les seuls symptômes observés furent: 1° une contracture extrêmement passagère et très-légère des membres du côté opposé sans paralysie ultérieure; 2° une paralysie faciale persistante et présentant les caractères des paralysies faciales d'origine cérébrale. Il en tire cette conclusion que les centres moteurs des membres doivent être compris dans la partie qui n'est pas lésée (voy. la séance du 5 février, *Gaz. hebdom.*, n° 6, p. 92) et qu'au contraire le centre moteur de la face doit être compris dans les

parties atteintes, dans ce cas, probablement à leur partie antérieure. Les masses centrales étaient absolument saines.

— M. Buret communique un autre fait tendant aux mêmes conclusions. Un homme reçut un coup violent sur la tête, il y eut enfoncement d'une partie du frontal avec hémorragie et issue de matière cérébrale; cependant, pendant les trois jours qu'il vécut ou ne constata aucun trouble cérébral, ni paralysie, ni contracture, ni troubles de la sensibilité, ni céphalalgie, si ce n'est pendant les dernières heures. A l'autopsie, on trouva une esquille engagée dans le cerveau et ayant détruit une grande partie de la première circonvolution frontale droite; c'est donc encore là un fait qui permet d'éliminer ce point des centres moteurs de l'écorce.

— M. Jousset fait une communication sur la digestion des insectes.

— M. Jousset communique le résultat de ses recherches sur le pyrèthre qui, d'après lui, n'agit pas comme une poudre inerte sur les insectes, mais par une substance cristallisable, probablement un alcooléide, et produit des accidents convulsifs.

H. CHOUFFÉ.

REVUE DES JOURNAUX

Des effets du chlorhydrate d'apomorphine, par le docteur JURASZ.

Nous avons toujours jusqu'ici tenu nos lecteurs au courant des divers travaux parus sur l'apomorphine. Voulu continuer cette intéressante revue, surtout à propos d'un médicament nouveau et appelé, croyons-nous, à rendre de grands services, nous rendons compte aujourd'hui d'un nouveau travail du docteur Jurasz.

Cet auteur étudie l'apomorphine à deux points de vue: comme vomitif et comme expectorant.

Un des principaux inconvénients de l'apomorphine est que ce médicament, quand il est dissous, s'altère très-vite, et qu'en changeant de couleur la solution perd, dit-on, une grande partie de ses propriétés; or, Jurasz a constaté qu'il n'en est rien, et qu'une solution datant de deux mois, de six mois et même d'un an, agit comme une solution fraîche. Il confirme de nouveau que la dose vomitive chez l'homme est de 1 centigramme, que chez l'enfant cette dose doit varier avec l'âge et qu'une dose trop forte ou bien ne produit pas de vomissements ou bien en produit de si violents qu'elle peut amener un collapsus qui n'est pas sans dangers.

Des expériences nombreuses lui ont permis de dresser le tableau suivant, qui indique les doses à employer chez l'enfant aux divers âges:

Au-dessus de trois mois....	0 ^{er} ,0005 à 0 ^{er} ,0008
De trois mois à un an.....	0 ^{er} ,0008 à 0 ^{er} ,0015
D'un à cinq ans.....	0 ^{er} ,0015 à 0 ^{er} ,003
De cinq à dix ans.....	0 ^{er} ,003 à 0 ^{er} ,005
Au-dessus de dix ans.....	0 ^{er} ,008 et au-dessus.

Chez les jeunes enfants, ceux qui ne sont pas encore sortis de la période de la première dentition, on observe certains phénomènes particuliers: d'abord la période prodromique est très-courte, les vomissements presque immédiats; cette période est caractérisée par un calme très-grand, une sorte de narcose des plus prononcées. Dans les cas d'asphyxie imminente, dans les affections de l'appareil respiratoire, il peut arriver que l'apomorphine ne produise pas d'effet, — c'est alors un symptôme d'une grande gravité.

Comme expectorant, l'apomorphine doit surtout être employée en potion et à faible dose, car à haute dose et en injection sous-cutanée elle peut amener le collapsus. L'apomorphine paraît rendre alors les mucosités plus fluides. (*Deutsch. Arch. f. klinische Medicin*, 1875, t. XVI, p. 41.)

Le haschich dans les hémorrhagies qui suivent l'accouchement, par le docteur W. DONOVAN.

L'auteur dit avoir retiré de grands avantages de l'emploi du haschich dans le traitement des hémorrhagies qui se produisent après le travail. La dose est de 1^{re}, 20 de teinture de chanvre indien. Ce médicament agit très-vite et d'une manière sûre, même dans les cas où le seigle ergoté n'a pas réussi.

Son emploi est encore utile dans les métorrhagies en général, et notamment dans les règles profuses.

Les recherches du docteur Duncan confirment celles de Donovan; mais cet auteur prétend que cette application du haschich est déjà connue depuis longtemps. Quoi qu'il en soit, il nous paraît utile de le signaler. (*The Obstetrical Journ.*, t. XXI, p. 353, et *Rev. des sc. méd.*, 1876, t. VII, p. 200.)

De l'emploi de la grande ciguë contre les contractions morbides des muscles, par le docteur J. HARLEY.

L'auteur a obtenu de bons effets de l'emploi du suc frais de grande ciguë pour combattre deux cas de contracture chez l'adulte et un troisième chez un jeune épileptique. Les doses variaient de 8 à 120 grammes. Peu de temps après l'administration de cette substance, on observait les symptômes suivants : relâchement des muscles striés, surtout ceux de la tête et du cou; inertie de l'orbiculaire des paupières. Globes oculaires peu mobiles; mastication et déglutition presque impossibles; raucité de la voix; respiration et circulation normales; sensibilité et intelligence intactes; pas d'agitation.

Ces phénomènes sont sans danger; ils durent environ une heure après l'administration d'une dose modérée. L'absence d'effets narcotiques en fait un auxiliaire très-utile dans les opérations où l'on veut obtenir la résolution musculaire. Il ne faut pas prendre le suc de plantes trop jeunes. Peut-être pourrait-on le remplacer par la concine. (*Medic.-chirurg. Transac. of the Roy. Society*, t. LVII.)

I. L'acide salicylique employé contre la blennorrhagie, par le docteur ANTONINO FIENGA.

II. L'acide salicylique dans la thérapeutique des maladies de l'oreille, par le docteur FREDERICH BEZOLD.

I. M. Fienga, après s'être assuré que l'acide salicylique possède véritablement toutes les propriétés qu'on lui prête, a eu l'idée de l'employer pour combattre la blennorrhagie et l'a prescrit dans 5 cas ayant résisté à tous les traitements usités en pareille circonstance. La solution était employée deux fois par jour en injection urétrale (il n'indique pas le titre de sa solution). Dans tous les cas, il a obtenu un succès complet, rapide et définitif. L'auteur a également retiré de grands avantages du pansement des plaies avec l'acide salicylique.

II. M. Bezold a mis en usage l'acide salicylique dans plusieurs affections de l'oreille. Cette substance réussit très-bien comme parasiticide et détruit très-rapidement l'oto-mycosis.

Les perforations de la membrane du tympan se cicatrisent très-rapidement quand on les traite par les injections d'acide salicylique.

Cet acide empêche le développement des germes de gonidies; mais il importe d'en continuer l'usage aussi longtemps que tous les germes du parasite n'ont pas été extraits de l'oreille à l'aide des injections.

Dans les inflammations suppuratives, soit aiguës, soit chroniques, on obtient de bons résultats de l'emploi de la solution alcoolique d'acide salicylique administrée en injections. On voit la sécrétion purulente diminuer notablement et la cicatrisation marcher rapidement. (1^{re} lecture faite à l'Association des naturalistes et médecins italiens, 18 mars 1875; 2^e *Monatschr. f. Ohrenheilk.*, 1875, n° 3, 8 et 9.)

BIBLIOGRAPHIE

Symptomatologie ou Traité des accidents morbides, par A. SPRING. Tome II, par G. VANLAIR et V. MASUIS. — In-8. Bruxelles, Henri Mancaux.

Spring n'avait pas encore terminé son livre lorsque la mort vint le surprendre au milieu de ses travaux. Deux élèves dévoués, MM. Vanlair et Masuis, professeurs à la Faculté de médecine de Liège, ont réuni les matériaux laissés par le maître et viennent de publier le dernier fascicule qui complète le TRAITÉ DES ACCIDENTS MORBIDES.

La première partie de cet ouvrage avait été l'objet d'une analyse sommaire dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE (1871, n° 4), mais il n'est peut-être pas inutile de parcourir rapidement l'œuvre tout entière, qui ne se prête du reste que très-difficilement à une analyse ordinaire.

Le livre de Spring est conçu sur un plan défini et la méthode qui a présidé à son exécution est irréprochable. Un grand nombre de faits et d'interprétations y sont entassés avec ordre et viennent appuyer les idées originales et pratiques du savant professeur. « Toute la science médicale se réduit, nous dit M. Vanlair (*Spring, sa vie et ses travaux*, Liège, 1872), à la détermination des causes, à la connaissance et à l'interprétation des symptômes et à la découverte du remède. De ces branches connexes de l'art de guérir, la *symptomatologie* de Spring en embrasse une tout entière. Qu'on se représente la multiplicité des organes qui entrent dans la composition du corps humain, qu'on s'imagine ensuite les mille manières dont chacun de ces organes peut manifester un trouble survenu dans sa structure ou dans sa fonction et l'on se formera une idée approximative de la multitude des faits que Spring avait à énumérer, à examiner et à classer. Dans les maladies, telles qu'elles se présentent à l'observation, on ne rencontre que des *combinaisons* plus ou moins définies de ces manifestations qui forment ce qu'on peut appeler des *phases symptomatiques*. La maladie représente donc le premier terme d'une équation nosologique dont le second est composé d'une *série* plus ou moins déterminée et prévue de désordres particuliers. Comment, dès lors, résoudre cette équation si l'on ne connaît pas au préalable la valeur exacte et individuelle de chacun des éléments qui entrent dans la composition du second membre? En d'autres termes, comment sera-t-il possible d'acquiescer une notion précise de la maladie si l'on n'apprend pas d'abord à connaître la signification de chaque symptôme envisagé isolément? C'est à cette nécessité que Spring s'est efforcé de répondre; il y est parvenu en décomposant, par l'abstraction, les formes morbides, en prenant à part chaque symptôme et en le définissant avec la dernière précision dans ses *modalités* et dans ses *causes*. »

Habitué à former son esprit d'après les méthodes usitées en botanique et en zoologie, Spring s'est attaché à en appliquer les principes à l'étude des accidents morbides. Mais c'était là une tâche difficile, aussi a-t-il eu soin d'annoncer lui-même que ses *espèces symptomatiques* ne représentent que des entités relatives et n'ont qu'un caractère provisoire. La même méthode a été évidemment suivie par MM. Vanlair et Masuis. Ainsi le livre V, qui traite des troubles cérébraux et psychiques, comprend les symptômes de la sensibilité céphalique, du sensorium, de l'imagination, du motorium, etc. Chaque symptôme, considéré comme représentatif du genre, comprend une série d'*espèces* qui se rattachent plus particulièrement à chaque état morbide.

Spring avait consacré un soin tout particulier à la *terminologie*. Versé dans la langue grecque, il put rectifier un grand nombre de dénominations et créer d'utiles néologismes. Nous pensons cependant qu'il a trop largement usé de son talent exécutif, ce qui donne à son livre un grand cachet d'érudition, mais en rend peut-être la lecture difficile pour

les vieux praticiens non encore familiarisés avec la terminologie nouvelle.

MM. Vanlair et Masius se sont attachés à suivre exactement le plan tracé par leur prédécesseur, et l'on peut dire qu'ils ont parfaitement réussi. Le TRAITÉ DES ACCIDENTS MORBIDES constitue donc un ouvrage complet, conçu sur un plan bien défini, exécuté avec méthode et empreint d'un esprit scientifique rigoureux; c'est un livre qui nous semble appelé à occuper une place considérable dans la littérature médicale contemporaine.

D^r LUTAUD.

VARIÉTÉS

Chronique de l'étranger.

LES FEMMES MÉDECINES EN ANGLETERRE. — LOIS SUR LES VIVISECTIONS. — LES SOCIÉTÉS SAVANTES.

Les lecteurs de la GAZETTE HEBDOMADAIRE ont eu connaissance des différentes discussions qui ont eu lieu récemment en Angleterre à propos de l'éducation médicale des femmes. On sait que l'année dernière le gouvernement anglais, fatigué des réclamations qui lui arrivaient de toutes parts, somma le Conseil médical de donner son avis sur cet important sujet. La question était posée de la manière suivante : Convient-il de fournir aux femmes qui en font la demande des moyens d'instruction dans l'art médical et d'instituer des jurys chargés de leur délivrer des diplômes, ou doit-on leur interdire cette carrière ?

Le Conseil fut très-embarrassé, car la plupart de ses membres étaient opposés en principe à l'enseignement de la médecine chez les femmes. Mais il était néanmoins impossible de répondre par la négative sans porter atteinte à la liberté individuelle si chère à nos voisins d'outre-mer. Les écoles et les hôpitaux qui sont absolument libres et n'ont aucune attache gouvernementale ont certainement le droit de fermer leurs portes aux étudiants; mais le Conseil médical, chargé par le gouvernement d'élucider les questions relatives à l'enseignement, n'avait, lui, aucun motif plausible pour interdire aux femmes le droit de fonder des écoles et de s'instruire dans l'art de guérir. Il a donc fait parvenir une note au gouvernement, par laquelle il se prononce contre l'exclusion des femmes. Il a fourni en même temps quelques indications sommaires sur la manière dont l'enseignement doit être pratiqué. C'est ainsi qu'il dit qu'il est contraire à la morale et aux mœurs d'instruire les femmes dans les écoles actuellement en usage pour les étudiants, et qu'il est nécessaire de créer des écoles spéciales. Le Conseil était d'avis que l'instruction devrait porter sur les mêmes sujets pour les deux sexes.

Les femmes avaient déjà fondé de leur propre initiative une école de médecine et s'étaient assurés le concours de plusieurs professeurs distingués de la métropole. Cet établissement fonctionne avec assez de régularité, mais il se présente aujourd'hui une difficulté capitale qui arrête le projet. Les étudiants en médecine doivent, d'après le *Medical Act* de 1858, faire leur stage dans un hôpital qui ait au moins 100 lits; or, tous les établissements hospitaliers étant systématiquement fermés aux femmes, comment pourront-elles satisfaire à la loi? Comme on le voit, la difficulté est grande et suffit presque pour tout crayer. Il y a cependant lieu de croire que les dames anglaises, dont la générosité et l'enthousiasme sont si connus, souscriront les sommes nécessaires à la fondation d'un hôpital spécial; mais il faudra nécessairement un temps très-long pour arriver à ce but.

Le nombre des femmes qui étudient en ce moment à la petite école de médecine de *Brunswick square* s'élève à 30 environ, et beaucoup de jeunes filles anglaises sont venues chez nous pour jouir des avantages qu'on leur refusait dans leur pays. Plusieurs doctresses, entre autres M^{lles} Garrett Anderson et Iloegan, exercent à Londres avec succès et sont arrivées à conquérir une place honorable dans le monde médical en publiant des travaux scientifiques d'une certaine valeur. Le public anglais (les médecins exceptés), les accueille du reste avec faveur.

On a beaucoup écrit ces derniers temps pour ou contre les femmes médecins, et nous ne jugeons pas nécessaire de discuter une question que nous considérons comme épuisée. Nous ferons seulement une simple remarque à ce sujet. En France, on exige des

candidats au doctorat des études préliminaires sérieuses avant de leur délivrer leurs premières inscriptions, mais il n'en est point ainsi en Angleterre, où les examens préliminaires sont d'un niveau très-inférieur. Les femmes surtout, dont l'instruction est en général très-négligée, se trouvent donc dans de très-mauvaises conditions pour faire de bonnes études médicales. Nous déplorons du reste la grande facilité avec laquelle le gouvernement accorde l'équivalence des baccalauréats aux étrangers de toute nation qui ne justifient que très-imparfaitement des connaissances acquises dans des facultés souvent peu connues et sur lesquelles on n'a aucun contrôle.

— On se rappelle l'excitement produit en Angleterre en 1874 par M. Magnan lorsqu'il fit publiquement sur un chien anglais (*english dog*) quelques expériences sur l'injection de l'alcool dans les veines. Ce fut presque une révolution, et notre honoré confrère fut traduit devant les tribunaux et heureusement acquitté. Mais la Société protectrice des animaux qui avait causé cet émoi ne s'en tint pas là. Elle entreprit l'agitation et finit par obtenir l'intervention du gouvernement qui nomma une commission composée de lord Cardwell, lord Wimmarley, sir John Karslake, MM. Huxley, Erichsen et Hutton.

Cette commission, qui a étudié la question des vivisections pendant une année, et après l'avis des principaux physiologistes et chirurgiens anglais, vient enfin de publier son rapport. Ce document, qui est empreint d'une grande modération, est loin de satisfaire les ardeurs exigeantes des antivivisectionnistes qui avaient tout simplement rêvé la fermeture de tous les laboratoires de physiologie. Le rapporteur fait d'abord l'histoire de la physiologie expérimentale en Angleterre et montre que les plus grandes découvertes modernes sont dues aux vivisections. Harvey lui-même a répété en présence du roi Charles I^{er} les belles expériences qui l'ont amené à découvrir la circulation. Il pense donc qu'on ne saurait interdire l'usage des vivisections dans les écoles et les laboratoires, mais il propose de les réglementer afin de satisfaire l'opinion publique. Ces règlements, qui reposent sur les principes suivants, auront force de loi :

1^o Lorsque les expériences peuvent être faites pendant le sommeil, il est défendu de les pratiquer sans avoir recours aux anesthésiques.

2^o Aucune expérience douloureuse n'est justifiée si elle a pour but la démonstration d'un fait déjà connu; en d'autres termes, les expériences sans anesthésiques ne doivent pas être employées dans l'enseignement.

3^o Lorsque les expériences douloureuses sont indispensables pour des recherches nouvelles, on devra prendre des précautions nécessaires pour ne pas prolonger inutilement la douleur. C'est pour cette raison qu'aucune expérience douloureuse ne devra être faite par une personne inexpérimentée sans les aides nécessaires et dans des lieux non appropriés; en un mot, ces expériences ne seront permises que dans les laboratoires spéciaux et sous la surveillance du gouvernement.

4^o Dans les écoles vétérinaires, les préparations et opérations ne devront pas être pratiquées sur des animaux vivants comme cela a lieu aujourd'hui dans le but d'obtenir une plus grande dextérité opératoire.

Comme on le voit, ces principes sont parfaitement acceptables par les physiologistes; et seront-ils pour les antivivisectionnistes? Cela est douteux, mais il y a toutefois lieu d'espérer que le parlement sera assez sensé pour ne pas s'opposer par des mesures trop restrictives à l'enseignement de la physiologie en Angleterre.

— Les Sociétés savantes ont présenté pendant cette dernière quinzaine un intérêt inaccoutumé. La Société pathologique a commencé une intéressante discussion sur la syphilis à laquelle sir James Paget, M^{lles} Hutchinson, Berkeley Hill, de Meric, ont pris part. La Société obstétricale vient d'être saisie d'un important sujet qu'elle doit discuter prochainement; à savoir : l'utérus examiné *post mortem* peut-il révéler l'existence de grossesses antérieures? La question posée aux experts à propos du crime de White Chapel n'avait pas été résolue. Nous tiendrons les lecteurs de la GAZETTE au courant de cette discussion qui porte sur un point de médecine légale qui n'avait pas encore été étudié jusqu'à ce jour.

TRAITEMENT DE L'ALIÉNATION PAR LA LUMIÈRE SOLAIRE.

Un article inséré dans la GAZETTE DES HÔPITAUX et recueilli par une partie de la presse extra-scientifique est devenu un

objet de conversation dans les salons, plus (jusqu'à présent du moins) que dans les académies. Le docteur Ponza, directeur de l'asile des aliénés d'Alexandria (Italie), a eu l'idée de soumettre ses malades à l'influence exclusive de certaines couleurs spectrales, variées suivant le caractère de la vésanie. D'après les conseils du R. P. Secchi, directeur de l'observatoire romain, on disposa des chambres dont les parois étaient peintes de la même couleur, ou les vitres : *violettes, bleu et rouge*. Le violet ayant, au dire du Révérend Père, « le je sais quoi de mélancolique, de dépressif qui abat l'âme », on plaça dans les chambres violettes les malades agités, les maniaques. On leur réserva également les chambres bleues, par la raison que la lumière bleue est « tout à fait dépourvue de rayons calorifiques, chimiques et électriques ». Les chambres rouges furent réservées pour les mélancoliques, pour ceux qui sont sous le coup d'une dépression intellectuelle et morale.

Au dire de M. Ponza, l'épreuve aurait été concluante. Très-rapidement, quelquefois en moins d'une heure, les mélancoliques passeraient de la stupeur à la gaieté, et les maniaques de la fureur au calme le plus parfait. Il n'est pas inutile d'ajouter que cette heureuse influence ne saurait être attribuée uniquement à l'impression de la lumière sur la rétine et que la théorie de Young et d'Helmholtz n'a rien à voir ici, puisque certains malades n'ont fait que passer la nuit dans la chambre colorée, et que, suivant le récit de M. Ponza, le docteur Manfredi, conduisit les yeux bandés et après de nombreux détours dans la chambre bleue, put indiquer la couleur de la chambre d'après « la sensation d'oppression étrange » qu'il ressentit en y entrant. En tout cas, nous ne pouvons nous abstenir de faire deux remarques : la première, qui ne peut affecter en rien, il est vrai, le résultat des expériences, est que, en attribuant aux diverses radiations du spectre des qualités chimiques ou calorifiques propres, on affirme ce qui est fort en question aujourd'hui parmi les physiiciens, qui tendent à ramener la différence des effets chimiques ou calorifiques à une simple différence dans la longueur d'onde. Comme seconde remarque, nous rappellerons que, les rayons violets étant ceux qui ont l'action chimique la plus énergique et les rayons rouges, l'action chimique la plus faible, on ne s'explique pas bien l'action sédatrice des premiers et l'action excitante des seconds sur le système nerveux.

A. D.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. CHAIRE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE. — Hier au soir, jeudi, l'assemblée des professeurs a procédé en vertu pour la présentation des candidats à la chaire d'histoire de la médecine. La présentation est faite dans l'ordre suivant : *En première ligne*, M. Parrot (par 21 voix contre 7 données à M. Maurice Raynaud, en seconde ligne, M. Ollivier (par 15 voix contre 7 données à M. Raynaud et à M. Ball); *en troisième ligne*, M. Ball (à l'unanimité des suffrages).

Le conseil municipal vient de voter l'acquisition de la totalité des terrains compris dans l'ilot formé, par les rues de l'École-de-Médecine, Hautefeuille, Larrey et le boulevard Saint-Germain, pour la reconstruction de l'École de médecine. Les ministres de l'Instruction publique et des Finances et le préfet de la Seine ont signé la convention à intervenir à cet effet entre l'Etat et la ville de Paris.

Le concours pour l'agrégation a été terminé mercredi soir par les nominations suivantes : *Anatomie* : MM. Farabœuf et Cadat, pour Paris. — M. Chrétien, pour Nancy. *Histoire naturelle* : M. de Lançassin, pour Paris. *Chimie* : M. Bourgois, pour Paris. — M. Engel, pour Nancy. *Physique* : M. Gay, pour Paris.

EXAMENS DE FIN DE TROISIÈME ANNÉE. (Session extraordinaire d'avril 1876). — La session extraordinaire d'avril pour les examens de fin de troisième année s'ouvrira le 3 avril prochain. Les condi-

tions pour ces examens seront reçues au secrétariat de la Faculté, tous les jours de neuf heures à onze heures, du lundi 20 mars au samedi 25 mars.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — Par arrêté en date du 19 février 1876, des concours seront ouverts à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, savoir : Le 10 août 1876, pour deux emplois de suppléants des chaires de chirurgie. — Le 13 novembre 1876, pour un emploi de suppléant des chaires de médecine. — Le 20 novembre 1876, pour deux emplois de suppléants des chaires de sciences naturelles (botanique et zoologie élémentaire; chimie et pharmacie).

CONCOURS ANNUEL ET PERMANENT POUR LES INSTRUMENTS DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE NOUVEAUX, OU AYANT SUBI UN PERFECTIONNEMENT. — Ce concours, fondé par le Comité médical des Bouches-du-Rhône, et dont le siège est à Marseille, commencera toutes les années le 1^{er} janvier et sera clos le 31 décembre. Les instruments envoyés au concours pendant l'année resteront la propriété du comité. Les inventeurs dont les instruments seront couronnés recevront en récompense une médaille d'or, d'argent, de bronze, ou une mention honorable qui leur sera délivrée dans l'assemblée générale du comité, qui a lieu annuellement dans le courant d'avril de chaque année.

Les instruments devront être envoyés au siège du comité à Marseille, rue de l'Arbre, n° 25.

NÉCROLOGIE. — M. Ad. Brongniart, professeur au Muséum, membre de l'Institut, inspecteur général de l'Université, qui vient d'être élevé à la science, était docteur en médecine. Il avait été reçu en 1826. Notre distingué confrère, M. Jules Brongniart, est un de ses deux fils. Les obsèques de l'illustre botaniste ont eu lieu, le 21 février. Des discours ont été prononcés par MM. Duchartre, Becasie, Chatin, Dureau, Barval, Lardy et Jourdain.

— Nous apprenons également la mort de M. le docteur Letenneur, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Nantes, décédé en cette ville après une longue maladie.

BANQUET DE L'INTERNE. — Le banquet annuel des internes et médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 4 mars dans les salons de Douis (café France, Palais-Royal). Le prix de la souscription, fixé à quinze francs, pourra être remis à MM. les docteurs Pigeot et Emile Tillot, membres de la commission permanente, ou bien dans chaque hôpital à l'interne en médecine, économiste de la salle de garde.

Etat sanitaire de Paris.

Du 11 au 17 février 1876, on a constaté 1139 décès, savoir :

Variole, 8. — Rougeole, 12. — Scarlatine, 8. — Fièvre typhoïde, 15. — Erysipèle, 8. — Bronchite aiguë, 61. — Pneumonie, 114. — Dysentérie, 4. — Diarrhée cholériforme des enfants, 3. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 15. — Group, 18. — Affections puerpérales, 7. — Autres affections aiguës, 244. — Affections chroniques, 568, dont 200 dans la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 44. — Causes accidentelles, 13.

POTELIER

SOMMAIRE. — Paris. Éloge d'Andral. — Possibilité pour d'égoûter de l'oxoûe comme désinfectant. — Histoires et critiques. De quelques accidents qui peuvent survenir après la thrombo-occlusion. — Cours publics. Syphiligraphie : Leçons sur l'aphasie et l'hémiplegie droite syphilitiques forme intermédiaire. — CONGRÈS D'ORANGE, Trinité et sursitaires. SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — Revue des JOURNAUX. Des effets du chlorhydrate d'apomorphine. — Le hémochol dans les hémorragies qui suivent l'accouchement. — De l'emploi de la grande ciguë contre les contractures morbides des muscles. — L'acide salicylique. — Bibliographie. Symptomatology on Traité des accidents morbides. — VARIÉTÉS. Chronique du étranger. — Traitement de l'amblyopie par la lumière solaire.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président, BLACHEZ, A. HÉNOQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 2 mars 1876.

Académie de médecine : LA LEUCOCYTOSE MORVEUSE. — CAS PRÉSENTÉ DE LUPUS. — MYOTOMIE OCULAIRE.

La discussion sur la leucocytose morveuse que paraissait devoir provoquer la communication de M. Colin n'a point encore été sérieusement engagée à l'Académie, et nous ne saurions nous en étonner. M. Colin, en effet, avait promis d'apporter à la tribune toute une série de documents nouveaux « permettant de faire une leucémie plus claire, plus savante que la leucémie donnée par les travaux étrangers ». Or ces documents, dont nul ne songera à contester l'intérêt, M. Colin ne s'était pas borné à les produire ; il les avait interprétés en affirmant comme vérité incontestable, et sans tenir aucun compte des données cliniques ou anatomo-pathologiques qu'enseigne la médecine humaine, toute une série de considérations que la clinique, à son tour, ne pouvait admettre sans contrôle. Répondant à une observation de M. Bouillaud, qui signalait à l'attention de ses collègues les questions doctrinales que soulève l'étude des maladies virulentes, M. Colin s'était laissé entraîner à critiquer avec une extrême vivacité les observations et les expériences du savant directeur de l'École vétérinaire de Lyon. Nous avons déjà dit que nous ne discuterions ni les assertions de M. Colin ni la réponse de M. Chauveau ; mais il nous faut, puisque le dernier discours de M. Colin est resté sans réponse, chercher à faire comprendre pourquoi il ne nous paraît point destiné à provoquer une de ces discussions brillantes que déterminent toujours à l'Académie les communications vraiment importantes. Nous nous bornerons d'ailleurs à quelques réflexions générales. Pour montrer ce qui nous interdit de comprendre, comme M. Colin, la pathogénie de la leucocythémie, il nous faudrait, en effet, non-seulement analyser les faits qu'il a signalés,

mais encore opposer à ses assertions tous les faits contraires que nous enseignent chaque jour les cliniciens les plus autorisés.

Personne ne contredira ce que nous a rappelé M. Colin quand il parle de l'extrême activité du système lymphatique et des expériences qui lui en ont donné la preuve. On admettra aussi facilement que les leucocytoses transitoires, provoquées tantôt par un purgatif, d'autres fois par les maladies les plus diverses, peuvent être expliquées en admettant l'irritation anormale des vaisseaux ou des ganglions lymphatiques. Ces données sont classiques, et nous ne croyons pas que Virchow lui-même, si malmené qu'il soit par M. Colin, les ait jamais niées. N'a-t-il pas cité un cas de leucémie où la rate était atrophique et affirmé dans ses dernières publications que les glandes lymphatiques, irritées mécaniquement ou physiologiquement, donnaient naissance à la leucocytose ? Mais Virchow, dans une série de travaux que tous les médecins connaissent, avait attribué aux éléments lymphoïdes de la rate une action prépondérante. Or, M. Colin nie l'existence de « ces organes à rôle éumatique qu'on a appelés lymphoïdes ou lymphogènes, organes, dit-il, qui n'ont pas leur raison d'être, leur but physiologique, en présence d'un système qui charrie en vingt-quatre heures deux ou trois fois l'équivalent de la masse du sang ». Nous aurions compris que M. Colin citât à ce propos les travaux de M. Ch. Robin pour nier l'identité de structure histologique entre ces organes ou tissus lymphoïdes et les ganglions lymphatiques. Nous ne lui aurions rien objecté s'il nous avait parlé d'observations personnelles ou d'expériences directes tendant à prouver que ces tissus ne jouent aucun rôle analogue au tissu lymphatique proprement dit. Mais devant une simple affirmation comme celle de l'honorable académicien, affirmation qui ne s'appuie que sur une idée préconçue, n'est-il pas permis de faire ses réserves ? Les travaux de His ont paru pouvoir être confirmés par la pathologie, « qui révélait dans les aptitudes morbides

FEUILLETON

La science arabe en Occident, ou autrement sa transmission par les traductions de l'arabe en latin (1).

COUP D'ŒIL SUR LES TRADUCTIONS EN GÉNÉRAL. — Tout comme la science grecque, dont elle était une émanation, la science arabe eut le rare privilège de traductions collectives

(1) L'histoire de la médecine va bientôt s'enrichir d'une œuvre des plus importantes. Notre savant confrère, M. Lucien Leclerc, depuis longtemps connu parmi les arabistes des plus distingués, va donner enfin au public le fruit de ses longs et patients travaux. C'est une HISTOIRE DE LA MÉDECINE ARABE en deux volumes grand in-8° de 800 pages. Le premier volume est même déjà en vente chez Ernest Leroux, éditeur, rue Bonaparte ; le second est sous presse.

Dès que l'ouvrage sera complet, la GAZETTE HEBDOMADAIRE se fera un devoir d'en faire goûter les richesses aux lecteurs ; en attendant, nous sommes heureux de mettre sous leurs yeux un fragment faisant partie du volume non encore paru.

LEFÈVRE. (La rédaction.)

destinées à remplir les vides d'une littérature étrangère.

Bien que sous des proportions plus restreintes que celle dont elle rappelle le souvenir, cette transmission, en raison des circonstances dans lesquelles elle se produisit, n'en offre pas moins un aussi grand intérêt.

Et d'abord, il ne s'agit pas d'une sorte de résurrection, comme il en avait été de la science grecque. La science arabe était toujours vivace ; elle n'avait pas encore laissé tomber sur le sol natal ses derniers fruits, alors que des étrangers se présentèrent pour en partager la récolte. Des orages cependant assaillaient cet arbre vigoureux, mais rien ne semblait encore annoncer les tempêtes futures qui devaient le renverser. Au XII^e siècle, les croisades apportèrent le trouble en Orient, et cependant la culture de la science, toujours soutenue, devait être au XIII^e siècle plus féconde encore que par le passé.

L'Europe s'agitait pour échapper à la barbarie. Deux esprits différents soufflaient sur elle : d'une part le fanatisme, de

des différents organes où le tissu lymphoïde se rencontre des analogies non moins remarquables que celle qui peut résulter de la communauté d'un élément anatomique » (Pottain, *Dict. encycl. des sc. méd.*, 2^e série, t. III, p. 475). On peut voir chaque jour la fièvre typhoïde, la scarlatine, la tuberculose agir sur plusieurs de ces organes à la fois et s'y manifester par des proliférations et des transformations cellulaires analogues. Et quelques réserves que puisse faire le pathologiste, en présence des obscurités d'une question encore bien peu connue, ne peut-on pas combattre la théorie de M. Colin à l'aide de faits qui montrent les ganglions des régions les plus diverses de l'économie, les follicules disséminés de l'intestin et les corpuscules de Malpighi dans la rate, atteints simultanément et sous une même influence? La pathologie d'ailleurs, qui doit n'avancer que lentement en s'appropriant les faits démontrés et non les hypothèses plus ou moins aventurées, hésite à assimiler dès à présent toutes les maladies du tissu lymphoïde à celles des réseaux ou des ganglions lymphatiques; mais les raisons qui lui font admettre que tout le système lymphoïde peut contribuer à provoquer l'abondance exagérée des leucocytes dans la leucocythémie sont trop nombreuses pour qu'elle puisse, sans une preuve anatomique, et une série d'expériences physiologiques tout à fait démonstratives, se résigner à croire le contraire.

M. Colin semble admettre d'autre part que les lésions viscérales sont très-probablement consécutives à l'encombrement des capillaires remplis de leucocytes. On connaît sur ce sujet les travaux de MM. Ollivier et Ranvier; mais ce qu'ils ont prouvé n'est pas ce qui semble séduire surtout M. Colin. Il se rattache à une théorie déjà ancienne de Griesinger lorsqu'il admet que la tuméfaction de la rate est due à la présence des leucocytes que le sang lui apporte en quantité trop considérable dans la leucocythémie. Comment, s'il en était toujours ainsi, expliquer ces faits si bien observés cependant, si incontestables, de leucocytoses développées assez longtemps après le début de la lésion viscérale? Bennett n'a-t-il pas pu constater le début et suivre les progrès d'une leucocythémie survenue plus de quatre ans après l'hypertrophie splénique à la suite de laquelle elle s'est développée; Virchow n'a-t-il pas observé durant de longues années un sujet atteint d'une adénie lente et progressive, suivie très-tardivement d'une leucocythémie dont on a pu montrer l'accroissement lent mais progressif? Ne faut-il pas en conclure que les lésions de la rate et des glandes lymphatiques peuvent exister des mois et des années avant que les altérations du sang viennent à se pro-

duire? Mais ces lésions, nous dit M. Colin, sont sans importance; elles se rattachent non pas à l'état leucocythémique mais à des troubles du nutrition déterminés par la cachexie qui l'accompagne. L'état du sang seul peut les produire dans un grand nombre de circonstances. Errore une assertion qui ne s'appuie pas sur des preuves vraiment scientifiques. Sans doute on observe des tumeurs spléniques sans leucocythémie; sans doute aussi l'on a observé des cas de leucocythémie sans lésions locales bien accentuées; enfin, les observations de splénotomie prouvent jusqu'à l'évidence que le rôle physiologique de la rate considérée comme organe glandulaire modificateur du sang est bien mal défini et certainement d'une importance secondaire; mais l'abolition de la fonction d'un organe ou d'un appareil ne saurait être identifiée à la perversion de cette fonction. Quand la rate est distendue par le sang; quand, sous l'influence d'une fièvre intermittente elle est hypertrophiée, peut-on affirmer que la lésion est identique à celle qui s'accompagne toujours d'une hypertrophie notable du tissu adénoïde des glomérules de Malpighi? Les effets de ces diverses lésions seront-ils les mêmes? Et peut-on soutenir, sans le démontrer clairement et alors que l'on connaît si peu l'anatomie pathologique de la rate, que son rôle est toujours et tout à fait accessoire?

M. Colin a rappelé, en parlant des lésions déterminées par l'accumulation des leucocytes dans les différents organes, les expériences fort intéressantes qu'il avait faites en 1866, alors qu'il s'efforça de combattre la doctrine de M. Villemin relative à la pathogénie de la tuberculisation pulmonaire. On n'a pas oublié qu'à cette époque M. Colin avait montré le processus morbide s'échapper du foyer d'inoculation, suivre la voie des lymphatiques, envahir progressivement et lentement les ganglions et n'infecter l'économie qu'après un temps suffisamment long pour que le canal thoracique ait pu recevoir les éléments contaminés. Mais on connaît aussi l'interprétation donnée par M. Colin de tous ces phénomènes. Voyait que dans certains cas la tuméfaction produite au lieu même de l'inoculation s'accroissait lentement au lieu de diminuer à mesure que les lymphatiques se prenaient. M. Colin n'a-t-il pas admis un accroissement par greffe des éléments autochtones par suite des connexions qui s'établissent entre les tissus de l'animal et les éléments anatomiques de la matière tuberculeuse? Admettre ces greffes anatomiques et les proliférations de la matière inoculée répultant dans tous les organes et donnant naissance à une auto-inoculation de l'économie, n'est-ce point soutenir une doctrine qui a été primitivement

l'autre le désir de savoir. Le premier se fit jour par les croisades. Le second manquait d'aliments, et il les demanda aux Arabes, à ces races précisément contre lesquelles, pendant deux siècles consécutifs, l'Occident arma plus d'un million de soldats. Ces deux grands faits marchaient parallèlement, aux deux extrémités du monde musulman.

Une croisade d'un genre tout particulier se dirigea vers l'Espagne.

Déjà, vers la fin du x^e siècle, la supériorité intellectuelle des Arabes-Andalous avait frappé Gerbert, et il avait recueilli quelques échantillons de leur science, qui suffirent à lui faire une merveilleuse renommée.

Au siècle suivant, un homme échappé de l'Orient, Constantin l'Africain, dota la chrétienté de quelques importants ouvrages de médecine émanés soit directement des Arabes, soit par leur intermédiaire des princes de la science grecque.

Au xii^e siècle, un homme que la France peut se glorifier d'avoir vu naître, Raymond, archevêque de Tolède, répondit

au besoin général en prenant une initiative qui devait être féconde.

Il fit traduire de l'arabe en latin le TRAITÉ DE L'ÂME d'Avicenne par le concours de deux hommes qui possédaient à eux deux l'un l'arabe et l'autre le latin, Jean de Séville et l'archidiacre Gondisalvi, la langue vulgaire leur servant de trait d'union. Ces deux hommes se complétaient par la suite et continuèrent à marcher, mais isolément, dans la voie des traductions.

Bien que les historiens ne l'aient pas noté, à notre connaissance du moins, il est probable que ces événements eurent un certain retentissement en Europe. C'est alors, en effet, que nous voyons accourir en Espagne, de tous les points de la chrétienté, des hommes qui venaient chercher la science qu'ils ne trouvaient pas dans leur pays. Nous trouvons bien une traduction de Platon de Tibur antérieure de quelques années à l'œuvre de Raymond, et qui répondait au besoin universel, mais cette traduction est faite d'après l'hébreu, et d'ailleurs elle s'occupait de géométrie.

admise et surtout défendue par l'école allemande, que M. Colin attaque avec tant d'aigreur, et n'est-il pas possible en conséquence de retrouver, même dans les travaux de M. Colin, des arguments qui montrent que la science n'est pas le patrimoine exclusif d'une nation ou d'une école?

La pathologie nous apprend que dans un très-grand nombre d'affections la leucocytose, c'est-à-dire l'augmentation dans le sang du nombre des globules blancs, peut survenir d'une manière transitoire et disparaître au bout de quelques jours; elle nous montre aussi qu'il existe une cachexie spéciale caractérisée par un ensemble de lésions viscérales constantes et un ensemble de symptômes dont le plus important est la leucocytose non plus transitoire mais permanente. Son évolution lentement progressive, ses lésions viscérales, ses symptômes paraissent autoriser à séparer cette leucocythémie progressive du groupe des leucocythémies passagères; mais nous ne pouvons affirmer que la lésion spéciale qui produit la leucocythémie ait été déterminée par Virchow. A ce point de vue donc, nous pensons, comme M. Colin, que dans quelques-unes de ses publications, Virchow a été trop affirmatif. Toutefois nous ne saurions, après avoir relu ses principaux mémoires, ne pas maintenir que les assertions contradictoires de M. Colin sont au moins aussi dénuées de preuves anatomiques ou physiologiques, et que, par conséquent, il appartient encore à la pathologie générale et à la clinique de résoudre une question que n'ont pu éclaircir ni l'histologie ni la physiologie expérimentale. On comprendra donc que la question soulevée, par les trois principales communications de M. Colin ne peut être l'objet d'une discussion bien profitable aux intérêts de la science. Il en eût été tout autrement si, au lieu de se borner à formuler une série de conclusions très-discutables, M. Colin avait résumé à la tribune académique des travaux de laboratoire déjà partiellement soumis au contrôle des histologistes et publiés dans les principaux recueils destinés à faire connaître ces recherches si délicates. Le jugement d'une Académie doit, en effet, porter sur des faits indiscutables, parce qu'ils ont été bien observés et soigneusement contrôlés, et non sur des assertions dénuées de preuves vraiment scientifiques.

A l'Académie de médecine, un substantiel et clair rapport de M. Hardy, relatif à une malade, présentée il y a quelques mois, comme scrofuleuse, par M. le docteur A. Després, ap-

pellera, paraît-il, mardi prochain à la tribune M. le docteur Devorgne.

M. J. Guérin a résumé dans un mémoire en règle sur la myotomie oculaire tous les arguments qu'il n'avait pu, a-t-il dit, présenter lors de la dernière discussion sur la myopie.

COURS PUBLICS

Clinique chirurgicale.

ADÉNO-LYMPHITE PÉRI-UTÉRINE, leçon professée à l'Hôtel-Dieu par le docteur Alph. GUÉRIN, leçon recueillie par M. Marsoille.

Je veux vous entretenir aujourd'hui d'une affection péri-utérine. J'emploie cette expression à dessein, parce qu'elle implique l'idée d'une maladie mal déterminée. Je ne veux pas vous dire en commençant quel est mon diagnostic, car j'aurai besoin de vous le prouver, et tout d'abord il vous semblerait étrange. Ceux d'entre vous qui suivent mon service depuis quelque temps déjà ont pu, par eux-mêmes, se rendre compte des difficultés qui entourent le diagnostic des inflammations péri-utérines et s'assurer que si leur étude paraît facile dans les traités spéciaux, il n'en est plus de même dans la pratique.

Il y a un an, quand je faisais devant vous l'histoire des phlegmons du ligament large, je croyais être parfaitement sûr des signes qui sont attribués à cette affection, et je n'hésitais pas, quand je trouvais un fait absolument conforme à la description que les auteurs en font, à conclure à l'existence d'un phlegmon. Cependant vous vous souvenez que dans une de mes dernières leçons, avec quel étonnement, après avoir diagnostiqué chez une femme un phlegmon du ligament large, je trouvais à l'autopsie ce ligament absolument indemne et simplement un ganglion enflammé situé sur les parties latérales du vagin, près du pubis.

Nous avons en ce moment dans la salle Saint-Maurice deux femmes qui vont me permettre de revenir sur ce sujet intéressant.

Au n° 34, vous avez pu remarquer une jeune fille de vingt-deux ans, pâle, amaigrie, portant en un mot l'empreinte de longues souffrances. Elle est entrée à l'hôpital le 19 novembre 1875. Cette femme, dont les règles s'étaient établies facilement, sans douleurs, fut parfaitement réglée pendant un an et demi, puis, au moment du siège, la menstruation cessa de se faire. Plus tard, lorsque les causes qui avaient fait naître la suppression des règles (les émotions, la mauvaise alimentation) eurent disparu, la menstruation se rétablit. Depuis, cette jeune fille n'avait cessé de jouir d'une bonne santé

Tolède fut, pour ces hommes, un rendez-vous commun et pour quelques-uns une résidence prolongée.

C'est à Tolède quod, vers le milieu du xii^e siècle, nous voyons arriver Adalard de Bath, Hermann le Dalmate, Robert de Rétine. C'est à Tolède aussi que Gérard de Grémois fit un séjour de près d'un demi-siècle et opéra plus de soixante-dix traductions. C'est encore à Tolède et à la même époque que Pierre le Vénéérable, animé d'un esprit tout à fait différent, vint faire la traduction du *Cônon*, afin de combattre par la plume ceux qu'il ne pouvait combattre par l'épée.

Au siècle suivant, nous trouvons à Tolède Hermann l'Allemand, Michel Scot, etc. Enfin c'est à Tolède qu'Alfonse de Castille, oubliant la couronne impériale, récrutait une légion de savants de toute communion dont les travaux aidèrent à rédiger les tables Alfonsines. Après Raymond, les savants dont nous avons parlé commencent par une étude préalable de la langue arabe. Au temps d'Alfonse, on en revint au procédé primitif de les

écrits arabes passaient par la langue castillane avant de se fixer définitivement en latin.

Sur un autre théâtre, des souverains avaient puissamment encouragé les mêmes études. Frédéric II, Mainfroy et son adversaire Charles d'Anjou.

Deux traducteurs s'étaient rencontrés en Orient : Étienne d'Antioche, qui traduisit le *MALIKY* d'Ali ben el Abbas, et Philippe de Tripoli, qui traduisit le *SEGNOR DES SEGNORS*, ouvrage attribué à Aristote. C'est là tout ce que le séjour des Latins en Orient a produit pour la science.

Nous ne saurions oublier ici, bien qu'on les ait parfois exagérés, les services rendus à la science par une race malheureuse dont le massicc signala le début des croisades. Chassés de l'Andalousie, les juifs se réfugièrent dans le Linguadoc, qu'ils peuplèrent de leurs studieuses colonies. Alfonso de Castille mit leur savoir à profit pour la confection de ses Tables. Quelques-uns intervinrent dans les traductions de l'arabe en latin, et c'est à Ferragutk que nous devons la tra-

quand, seize mois plus tard, elle eut un premier rapport sexuel. Au bout d'un mois il se fit dans les règles une suppression à laquelle elle n'attacha pas une grande importance, mais celle-ci persista et le quatrième mois cette jeune fille se reconnut enceinte. Sa grossesse fut heureuse; et deux vomissements, quelques nausées, furent les seuls accidents auxquels elle donna lieu.

Cinq jours, seulement ayant son accouchement, elle remarqua que ses mollets enflaient et présentaient un certain degré d'œdème. Elle ne parait pas avoir remarqué que les veines du membre inférieur fussent devenues variqueuses, mais elle affirme que le gonflement ne s'étendait ni aux cuisses ni aux chevilles.

Le 31 octobre 1876, elle accoucha à l'hôpital Lariboisière d'un enfant vivant, bien constitué. Cinq jours après sa délivrance on la força de se lever, une femme de service prétendant que c'était, le seul moyen de hâter le retour des forces, puis neuf jours plus tard elle reprenait son travail, qu'elle prolongeait de huit heures, du matin à neuf heures du soir.

Mais quatre jours après sa sortie de l'hôpital elle ressentit une douleur vague dans les reins, de la fatigue, de la courbature; Elle dut alors suspendre son travail, le reprenant de temps en temps dès que la douleur le permettait. Enfin, ne voyant aucune amélioration survenir dans son état, elle rentra à l'hôpital quinze jours après l'avoir quitté.

Lorsqu'elle se présenta dans mon service, je constatai que l'utérus était volumineux, qu'il était le siège de douleurs vives, et, de plus, une légère antéversion. Il existait en outre une leucorrhée assez abondante. Je ne constatai rien d'anormal dans les culs-de-sac.

Dès les premiers jours de son entrée, cette femme présenta encore un phénomène particulier: elle fut prise d'attaques d'hystérie très-prononcées. Dans ces cas, ayant l'habitude d'apporter une très-grande réserve dans le toucher vaginal et dans l'emploi du spéculum, je ne crus pas devoir répéter chez cette femme des investigations qui auraient pu surexciter le système nerveux, et je portai le diagnostic de métrite paréchymateuse. Comme médication, je prescrivis le repos au lit, les cataplasmes, des bains, et contre l'hystérie 4 grammes d'asa fœtida dans un lavement.

Au bout de quelque temps la douleur diminua; j'eus alors recours au ségle ergoté pour diminuer le volume de l'utérus en même temps que je faisais administrer des douches froides sur les reins.

Grâce à ce traitement, il se produisit une amélioration très-manifeste, et je pensais à envoyer cette femme à la maison de convalescence du Vésinet quand je crus devoir procéder à un nouvel examen.

En pratiquant le toucher vaginal je constatai que l'utérus était revenu à peu près à son volume normal. La douleur

avait disparu. Les culs-de-sac paraissaient parfaitement sains, bien que le gauche ne fût pas aussi nettement accusé que le droit. Je me décidai, en présence de ce petit symptôme, à pratiquer le toucher rectal. Comme je l'avais remarqué d'abord, l'utérus était presque entièrement revenu à son état normal, le cul-de-sac latéral droit était parfaitement sain; il n'y avait de même rien en arrière de l'utérus; mais au niveau du détroit supérieur du bassin, près de la symphyse sacro-iliaque gauche, il existait une tumeur du volume d'un gros marron, adhérent à la symphyse, de telle sorte qu'il était impossible de lui imprimer le moindre mouvement. Le doigt permettait de plus de constater que cette tumeur était parfaitement libre de toute adhérence intestinale. Elle n'était du reste le siège d'aucune douleur vive, même à la pression.

Après avoir reconnu l'existence de cette tumeur, je voulus explorer l'intérieur du cul-de-sac latéral correspondant. Je remarquai alors que les parties environnantes présentaient un peu d'empâtement, mais la palpation, jointe au toucher, furent impuissantes à me révéler si cet empâtement se prolongeait du côté de la tumeur. Si le prolongement existait, il était en tout cas extrêmement mince et ne s'étendait pas jusque dans la cavité péritonéale.

Cette tumeur n'était pas située dans la direction transversale du ligament large, elle avait son siège en arrière du bassin, immédiatement en dehors du sacrum, et elle présentait de plus ce caractère important qu'elle existait chez une femme ayant eu des accidents post-pueréraux.

De quelle nature était-elle? ce que je vous ai dit de sa situation indique suffisamment qu'il ne s'agissait pas ici d'une maladie de la trompe ni du ligament large. Ce n'était pas non plus une affection de l'ovaire; cet organe peut bien présenter des déplacements, mais jamais ceux-ci ne s'effectuèrent du côté de la symphyse sacro-iliaque, et si, par un mécanisme que l'on ne saurait prévoir, l'ovaire s'était porté de ce côté, il eût entraîné l'utérus dans cette direction par l'intermédiaire du ligament large. En outre, il eût contracté des adhérences avec une ou plusieurs anses intestinales.

Cette tumeur était-elle la conséquence d'une pelvi-péritonite? Je ne le crois pas non plus. La malade, en effet, n'a pas éprouvé de ces douleurs vives qui sont le propre d'une lésion de cette nature, et les souffrances qu'elle a ressenties n'ont pas été assez intenses pour l'obliger à suspendre absolument son travail ou du moins pour l'empêcher de vaquer à ses occupations. De plus, elle n'a pas eu de frisson. Enfin, nous aurions constaté dès son entrée à l'hôpital la tumeur qui est propre à la pelvi-péritonite. En admettant même que celle-ci se fût produite depuis son entrée dans notre service, les symptômes qui accompagnaient l'inflammation de cette nature ne nous eussent certainement pas échappé; dans ce cas d'ailleurs nous trouverions dans le voisinage de la tumeur des

duction latine du CONTINENT. D'autres juifs traduisaient de l'arabe en langue vulgaire ce que des chrétiens rendaient en latin.

Quelques traductions latines procédèrent indirectement de l'arabe, en passant à travers l'hébreu et l'espagnol.

Après le XII^e siècle, on ne trouve plus que de rares traducteurs. Nous rencontrons encore, espacés de siècle en siècle, Arnaud de Villeneuve, Alpagus et Plémpius, qui citent l'ère des traductions latines.

Il s'en faut que nous soyons renseignés sur toutes les traductions: un grand nombre nous sont parvenues anonymes.

Si l'on veut comparer les traductions de Tolède à celles de Bagdad, il suffit de se rappeler les conditions dans lesquelles les unes et les autres ont été faites, pour comprendre que les premières sont nécessairement inférieures aux secondes.

A Bagdad, on avait sous la main des hommes tout prêts pour leur rôle, encouragés, d'ailleurs moralement et matériellement tant par les souverains que par de riches particuliers.

A Tolède, ce sont de simples savants sans fortune, obligés d'apprendre préalablement et péniblement la langue arabe, dépourvus des documents scientifiques pouvant éclairer et féconder leurs travaux, ayant sans doute de la peine à se procurer de bons textes originaux.

On nous cite la traduction du CORAN, provoquée par Pierre le Vénéral, comme ayant nécessité de fortes dépenses. Quelle put en être la raison? Nous ne pensons pas que l'on fût obligé de séduire Hermann et Robert par l'appât du gain. N'est-il pas plus vraisemblable qu'il fallut dépenser beaucoup pour trouver des copies devenues sans doute rares à Tolède, occupée par les chrétiens, ou s'en procurer chez les musulmans de Cordoue; qu'il fallut beaucoup d'efforts pour établir un texte correct et aider dans leur opération les traducteurs inexpérimentés.

On a reproché aux traductions arabes-latines leur barbarie, leurs inexactitudes, l'altération des noms propres et des

adhérences avec les organes voisins que l'on ne rencontre pas chez cette femme.

Le siège de cette tumeur fait bien penser à une maladie de la symphyse sacro-iliaque, mais rien n'indique qu'il y ait eu disjonction des symphyses; les os du bassin sont solidement unis les uns aux autres et il est impossible de penser à une affection chronique de l'articulation près de laquelle la tumeur s'est développée.

Nous n'avons pas affaire non plus à un abcès de l'os iliaque; il est déterminé des douleurs très-vives qui n'auraient pas manqué d'appeler notre attention; en outre, en s'étendant sous le péritoine, la collection qu'il aurait produite nous aurait donné la sensation de fluctuation.

Par exclusion, j'arrive donc à croire que nous sommes en présence chez cette malade d'un bubon intra-pelvien terminé par induration. Je crois que les vaisseaux lymphatiques qui se rendent vers la colonne vertébrale ont subi un certain degré d'inflammation dont les symptômes ont été masqués par l'inflammation dont l'utérus était le siège de son côté, et aujourd'hui nous ne trouvons plus comme dernier vestige de cette affection qu'un ganglion dont l'inflammation s'est terminée par induration.

Je vous ai déjà dit, en effet, que les lymphatiques péri-utérins nous sont encore incomplètement connus, mais leur existence n'est pas douteuse; j'ai souvent, en effet, reconnu après une application de saignées sur le col, l'existence de ganglions enflammés au niveau du détroit supérieur du bassin.

D'un autre côté, dans ces dernières années, M. Lucas-Championnière a fait une étude fort intéressante des lymphatiques chez les femmes mortes en couches, et il a établi l'existence, derrière le ligament large, d'un véritable chapelet de ganglions qui se dirigent de l'utérus vers le détroit supérieur en montant vers l'aorte. Pour mon compte, je ne doute donc pas que ce ne soit un de ces ganglions qui soit resté volumineux et que nous n'ayons affaire en cette circonstance à un adéno-lymphite qui m'eût échappé si je n'eusse pratiqué le toucher rectal.

Bien que l'état de cette femme soit assez bon, je tiens à la garder quelques jours encore en observation. Peut-être se produira-t-il quelque indice nouveau de nature à nous éclairer complètement sur le diagnostic. En tout cas, je n'oserais pas la renvoyer encore dans une maison de convalescence, où sa maladie pourrait s'aggraver et être méconnue.

Je tiens, avant de terminer, à appeler votre attention sur l'étiologie de cette affection. Je ne doute pas que la maladie dont cette femme vient d'être atteinte ne soit due à ce qu'elle a été obligée de se lever trop tôt. Il ne faut pas vous étonner de cette doctrine que professent les sages-femmes, à savoir : que les accouchées recouvrent d'autant plus vite leurs forces qu'elles se lèvent plus tôt. Vous trouverez d'ailleurs fréquem-

ment, dans la pratique, des gens du monde qui vous accablent de ce dictum : le lit affaiblit. Il n'est pas difficile de réfuter un pareil principe.

On ne voit pas d'abord pourquoi et comment on s'affaiblirait en se reposant dans le décubitus horizontal. Dans cette situation, le cœur cesse d'avoir à lutter contre la loi de la pesanteur pour pousser le sang au cerveau, et le sang revient facilement de la périphérie du corps vers l'organe central de la circulation. Les animaux les plus vifs et les plus vigoureux passent la plus grande partie de leur existence couchés et non debout; est-ce que lorsqu'ils se lèvent ils sont affaiblis? Quand on reste au lit sans manger on s'affaiblit, sans doute; mais la faiblesse n'est pas, comme le vulgaire le croit, la conséquence du repos au lit. Je ne vous parlerais pas de cette croyance populaire si tout récemment un médecin de Philadelphie n'avait soutenu cette thèse que les femmes accouchées doivent se lever dès qu'elles s'y sentent disposées. D'après lui, ce serait là le meilleur moyen de rendre aux fibres musculaires leur tonicité; la preuve de cette théorie se trouverait dans l'absence d'affections utérines dans les pays où les femmes se lèvent très-peu de temps après la délivrance. Je ne discuterai pas devant vous ces allégations qui recevront bientôt un cruel démenti dans la clientèle de notre confrère d'Amérique, s'il ne renonce pas à son système.

La seconde malade sur laquelle je désire appeler votre attention est une femme couchée au n° 23 de la même salle. Elle présente les symptômes d'une affection que je suis bien aise de rapprocher de ce qui existe chez la malade dont je viens de vous parler. Il y a deux mois, j'aurais, je crois, admis l'existence d'un plegmon du ligament large, bien que les signes attribués à cette maladie soient bien moins prononcés que chez celle dont j'ai fait l'autopsie et qui avait une adéno-lymphite péri-utérine. Vous devinez, déjà, ce que c'est, vers ce dernier diagnostic que j'incline. Je vais tâcher de le justifier. Cette femme, âgée de vingt-cinq ans, est entrée le 15 janvier dans mon service. Elle sortait de l'hôpital Lariboisière, où elle était accouchée. Le lendemain de sa délivrance, elle eut une très-grand fièvre avec frissons et claquements de dents. Les autres stades durèrent jusqu'au lendemain. Six jours après, la fièvre se reproduisit. Pendant quelques jours, la malade se trouva assez bien pour qu'on lui donnât aussi le conseil de se lever pour reprendre des forces, mais à peine levée, elle eut une syncope et l'on fut obligée de la remettre au lit, qu'elle quitta de nouveau le lendemain pour rentrer chez elle, mais elle ne tarda pas à éprouver des douleurs assez vives pour qu'elle crût devoir entrer à l'hôpital.

Quatre jours avant de se présenter dans notre service, elle avait vu un médecin qui avait diagnostiqué chez elle un abcès, pour le traitement duquel il lui conseilla de venir nous trouver.

À son entrée, cette femme se plaignait de douleurs vives au

termes techniques, la multiplicité des termes transcrits plutôt que traduits. Ces défauts étaient inévitables.

On n'écrivait pas alors le latin comme au temps de la Renaissance, dont on n'avait pas les ressources.

On ne pouvait pas non plus épurer les textes comme nous le faisons aujourd'hui, et il était bien difficile aux traducteurs d'entrer en pleine et complète possession de la technologie arabe.

Beaucoup d'expressions techniques, répondant à des faits nouveaux, durent être conservées. On en conserva même que les Arabes avaient simplement transcrits du grec et que l'on ne sut pas rétablir dans leur état primitif. Il en fut encore ainsi de beaucoup de noms propres qui apparaissent, dans ces traductions, étrangement défigurés. Dans la traduction du LIVRE DES PLANTES par Alfred, le nom d'Empédocle se reproduit maintes fois sous la forme *Abrucalis*, qui s'explique très-bien par le mécanisme de l'écriture arabe.

Ces défauts, qui d'ailleurs ne sont pas aussi géné-

rales qu'on l'a dit, sont la preuve palpable de ce que les traducteurs appellent la pénurie latine; *inopia latinitalis*. S'ils n'ont pas contrôlés les documents nouveaux qu'ils avaient entre les mains, c'est que les moyens leur manquaient. Du reste, cette barbarie tient à la nature de certains sujets. Elle s'accuse dans les écrits hébrésés de mots techniques, et ne se fait pas apercevoir dans les autres. Pour en assurer, on peut comparer, par exemple, certaines parties descriptives d'Avicenne à la chirurgie d'Abulcasis.

Que les traductions aient répondu à un besoin général, aient comblé de grandes lacunes, aient rendu des services aux savants, nous en avons la preuve dans l'emploi qu'en firent immédiatement des hommes tels que Roger Bacon, Albert le Grand, Vincent de Beauvais, pour ne citer que les plus illustres.

On peut se faire une idée de la masse considérable de faits et d'idées nouvelles que les traductions livrèrent au moyen âge, et se rappeler que Gérard de Crémone en fit à lui seul

niveau de la région lombaire et des reins. La fièvre était alors modérée, le pouls battait 84. En l'examinant, je constatai par la palpation de l'abdomen une tumeur peu douloureuse ayant son siège au-dessus du ligament de Fallope, près du pubis et facile à circonscrire. Par le toucher vaginal, il était facile de s'assurer que le cul-de-sac latéral droit était libre; le cul-de-sac postérieur ne présentait également rien d'anormal, et le cul-de-sac latéral gauche n'offrait lui-même rien de bien manifeste. Il n'était ni affaissé, ni déprimé, mais en promenant le doigt sur les parties latérales du vagin, on sentait très-distinctement une tumeur qui n'était autre que celle qu'avait déjà révélée la palpation abdominale. Cette tumeur, très-légerement mobile, n'était pas nettement appliquée contre le bord correspondant de l'utérus, mais elle dépassait en avant le plan de cet organe, et quand on prolongeait le toucher vers le pubis on sentait facilement qu'elle se prolongeait dans cette direction et qu'elle y était comme collée.

En présence de pareils symptômes, j'aurais assurément, il y a un mois, diagnostiqué un phlegmon du ligament large. En effet, cette tumeur appliquée contre le pubis, située sur le côté de l'utérus, bien qu'elle faisait un peu saillie en avant, présente plusieurs des caractères du phlegmon du ligament large; seulement ici le cul-de-sac latéral n'est pas effacé, et l'on ne sent pas non plus cet œdème, ce plastron justement considéré comme caractérisant le phlegmon. Eh bien! cette fois encore, je crois que nous sommes en présence d'une adéno-lymphite. Peut-être m'accuserez-vous d'une propension trop grande à admettre une maladie que je connais depuis si peu de temps, mais je crois avoir reconnu un symptôme qui viendra à l'appui de mon diagnostic. En effet, vous avez constaté que quand on pratique la palpation de l'abdomen on sent, immédiatement au-dessus du ligament de Fallope, la tumeur se propager vers l'anneau crural en même temps que la pression y provoque de la douleur. Or, voici ce que j'ai constaté dernièrement dans une autopsie :

Voulant rechercher les ganglions dont je vous ai entretenus plus haut, j'ai remarqué, en décollant le péritoine de la face postérieure du pubis, l'existence d'un cordon que je crus être un ensemble de vaisseaux lymphatiques. J'ai pu suivre ce cordon jusqu'à son entrée dans le canal crural, où j'ai très-nettement constaté qu'il se terminait à un ganglion. Malheureusement je n'ai pu suivre de même les vaisseaux lymphatiques du côté de l'utérus et savoir d'où ils émergeaient, mais j'ai pu du moins m'assurer qu'il en est qui, venant du voisinage de la matrice, se rendent au niveau de l'anneau crural, précisément au point correspondant à la tuméfaction que nous constatons chez cette femme.

D'un autre côté, une nouvelle preuve à l'appui de mon diagnostic, c'est que nous ne trouvons pas dans cette tumeur la direction qu'elle devrait avoir s'il s'agissait d'un phlegmon

du ligament large; elle est trop obliquement située de l'utérus vers l'anneau crural. D'ailleurs, par le toucher vaginal on ne trouve pas que cette tumeur se prolonge dans la direction connue du ligament large.

Tels sont les faits sur lesquels je tenais à appeler votre attention chez cette femme.

Le traitement nous servira à contrôler et à confirmer notre diagnostic. S'il s'agit bien d'une adénite, comme je le crois, la tuméfaction cédera très-vite à l'application d'un ou deux larges vésicatoires. C'est pour moi le moyen le plus efficace pour mettre fin à une inflammation ganglionnaire. Les émissions sanguines locales auxquelles on a souvent recouru me paraissent d'une efficacité moins grandes; si, au contraire, nous avions affaire à une pelvi-péritonite ou à un phlegmon du ligament large, il faudrait s'attendre à voir la maladie résister longtemps à notre traitement (1). En tout cas, nous nous garderons bien de négliger un conseil qui convient à toutes les inflammations péri-utérines, je veux parler de l'utilité des laxatifs; les matières qui s'accumulent dans le rectum et dans l'S iliaque s'opposent à la libre circulation des organes intra-pelviques et y entretiennent une hyperémie contre laquelle tous les moyens thérapeutiques sont impuissants tant que l'on n'a pas débarrassé le gros intestin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

PRINCIPES QUI DOIVENT PRÉSIDER À LA CONSTRUCTION DES LOGEMENTS EN COMMUN (HOMMES ET ANIMAUX). Mémoire de M. Tollet. — Les bâtiments doivent être fractionnés et leurs habitants disséminés sur la plus grande surface possible; chaque bâtiment ne doit contenir que cinquante soldats au plus dans les casernes et trente malades dans les hôpitaux, répartis dans deux salles au moins. Les bâtiments doivent être distants les uns des autres d'une largeur égale à deux fois au moins leur hauteur, condition nécessaire pour qu'ils soient accessibles à l'air et au soleil par toutes leurs surfaces. Ils ne doivent avoir qu'un étage, car tous les hygiénistes sont d'accord pour reconnaître que les étages inférieurs infectent ceux qui les dominent et y augmentent la mortalité. En outre, l'ascension aux étages supérieurs est fatigante, pour les malades. Le travail mécanique est le même pour monter un es-

(1) Un seul vésicatoire a suffi pour produire un commencement de résolution de la tumeur, qui au bout de quelques jours a cessé d'être douloureuse et s'est aplatie au point qu'il n'y avait plus constaté une tuméfaction et ce point pour reconnaître qu'il y existe encore quelque chose d'anormal.

plus de soixante-dix. Ces traductions sont une véritable encyclopédie des connaissances humaines dont elles embrassent toutes les branches. On avait jusqu'à ces derniers temps méconnu l'importance et l'étendue des travaux de Gérard de Crémone, quand M. Boncompagni découvrit à Rome la liste complète de ses traductions; liste que nous avons nous-même découverte plus tard à Paris.

Nous ne voulons pas insister davantage sur la grandeur des services rendus par les traductions de l'arabe; on la comprendra mieux quand nous en aurons établi l'inventaire complet, du moins dans la mesure des renseignements que nous avons pu recueillir. Nous passons maintenant à l'étude des traducteurs en particulier et de leurs traductions. Nous ne parlerons ici que des principaux.

I. — LES TRADUCTEURS ET LEURS TRADUCTIONS.

GERBERT. — Il est un homme dont le nom se produit toujours en première ligne quand on parle des relations scienti-

fiques de l'Europe chrétienne avec les Arabes d'Espagne; cet homme est Gerbert. Malheureusement ce que l'on rapporte de son séjour en Espagne et de ses emprunts à la science arabe sent la routine et manque de précision. La légende s'est emparée de Gerbert et en a fait un personnage hybride moitié savant et moitié nécromancien.

Les œuvres de Gerbert ont été récemment éditées par M. Olleris. Il les a fait précéder d'une longue notice qui restitue à Gerbert sa véritable physionomie. On y trouve d'amples renseignements sur le savant, l'homme politique et le chef de la chrétienté; mais ces renseignements tendent à restreindre le rôle de Gerbert dans la question qui nous occupe.

Gerbert dut naître à Arrillac en plein milieu du x^e siècle. En effet, dès l'année 967, nous le voyons, en raison de son goût pour la science, recommandé au comte Borel, qui l'emmena dans son comté de Barcelonne, où il séjourna trois ans. Tout ce que M. Olleris a pu recueillir sur cette période de son

calier de 10 mètres de hauteur que pour parvenir à une distance horizontale de 125 mètres; de plus, ces escaliers coûtent cher à établir et à entretenir....

» Les services sont séparés. Au lieu d'accumuler dans un même bâtiment les hommes sains, les malades, les cuisines, cantines et magasins, comme cela a lieu dans les casernes actuelles, je construis des bâtiments distincts et disposés pour satisfaire à leur destination spéciale, en reportant au périmètre du plan les cuisines, cantines, infirmeries, etc. l'emploi, pour ces constructions, des matériaux incombustibles. Elles doivent être établies de telle sorte qu'elles puissent offrir le maximum d'air clos avec le minimum de matériaux employés. Leur forme intérieure doit être arrondie, sans aucun angle rentrant, afin de ne laisser aucun point d'attache aux poussières; le lessivage des parois doit être facile et leur lambage possible. Les plafonds qui laissent sous les toits un grenier où l'air vicié s'accumule doivent être proscrits, et les parois inférieures des salles doivent suivre la pente des toits. L'air des salles doit être élevée de trois marches au moins au-dessus du sol naturel, sur un massif de béton hydraulique, recouvert d'une aire imperméable.

» Les surfaces lumineuses doivent être nombreuses et les orifices d'évacuation d'air vicié placés au faîte et continuellement ouverts. Enfin les croisées doivent s'ouvrir à soufflet dans leur partie supérieure; car, avec les croisées ordinaires s'ouvrant dans toute leur hauteur, les occupants ont la fâcheuse habitude de demeurer dans un air confiné par crainte des courants d'air.... » (Commissaires: MM. Douley, H. Mangon, de la Gourrière, Larray, Résal.)

RÔLE DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE DANS LA DIGESTION. — M. H. Toussaint soumet au jugement de l'Académie un mémoire sur l'application de la méthode graphique à la détermination de la part qui revient à l'appareil respiratoire dans l'exécution de quelques actes mécaniques de la digestion. (Renvoi au concours des prix de médecine et de chirurgie.)

Académie de médecine.
SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. le ministre de l'Agriculture et du commerce transmet à l'Académie une lettre de M. le préfet des Bouches-du-Rhône demandant la communication des rapports sur les épidémies qui ont régné à Marseille de 1869 à 1875. (Commission des épidémies.)

L'Académie reçoit: 1° Une note de M. le docteur Édouard Grévis sur le prix d'hercules. — 2° Un mémoire sans nom d'auteur ayant pour titre: Étude statistique sur la mortalité de la première enfance dans le département de l'Hérault. (Commission de l'hygiène de l'enfance.) — 3° Un mémoire de M. Joseph Lefort sur la mortalité dans les centres industriels et les moyens de la diminuer. — 4° Une série de mémoires pour les prix de l'Académie.

M. Bédard offre en hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur de Pietra Santa, une brochure sur l'assainissement de Paris, la Seine, la propreté de Genève

villers, la Dièvre (résumé des documents officiels présentés au conseil municipal de Paris).

M. Verzeuil dépose sur le bureau: 1° Un imprimé manuscrit sur le tétanos post-térieur et son traitement par le massage et le bandage sédatif, par M. le docteur De Lore. (Comm. : MM. J. Guérin, Larray et Verzeuil). — 2° Une brochure de M. le docteur Collignon, intitulée: Le massage Appliqué à LA MESURE DE LA SENSIBILITÉ CUTANÉE ou du SENS MÉCANIQUE de LA PEAU.

M. Larray présente à l'Académie: 1° Au nom de M. Léon Collin, un travail sur la diaphanéité des leucocytes chez l'homme; 2° une note sur le tétanos dans l'armée. — 3° Une note de M. le docteur de Christy sur le tétanos du soldat.

M. Jules Guérin présente, de la part de M. Louis Fiquet, le 10^e volume de la REVUE SCIENTIFIQUE ET INDUSTRIELLE.

RAPPORT. — M. Hardy donne lecture d'un rapport sur une malade présentée par M. Armand Després comme atteinte d'un lupus de la main d'origine scrofuleuse.

Cette femme présentait les lésions suivantes: l'avant-bras et la main d'un rouge vif offraient quelques ulcérations dont les unes sont couvertes de bourgeons charnus et les autres ont une teinte grisâtre semblable à celle des ulcérations phagédéniques; les doigts indicateur, annulaire et auriculaire, sont détruits jusqu'à la partie supérieure de la phalange; au petit doigt, la lésion atteint même l'articulation de la première phalange avec la deuxième. Pas de gonflement des tissus sur les limites de l'ulcération; les doigts d'un rouge vineux sont très-minces, les téguments sont indurés, il n'y a aucune trace d'inflammation dans les gaines des tendons, et les os sont à découvert en certains points par suite de la chute des parties molles. Toutes ces régions, l'avant-bras, la main et les doigts sont le siège de douleurs vives et lancinantes augmentées par l'impression de l'air.

Cette maladie, qui date de sept à huit ans, a débuté par des ulcérations à l'avant-bras, ulcérations successives qui ont laissé des cicatrices blanches irrégulières encore visibles aujourd'hui. Il y a un an, une nouvelle ulcération se développa sur la face dorsale du doigt indicateur et s'étendit à la face antérieure en détruisant la pulpe du doigt et en laissant l'os à découvert. Le doigt annulaire, puis le petit doigt furent atteints de la même lésion.

À part des accidents scrofuleux dans son enfance, la malade, âgée actuellement de quarante-deux ans, a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'apparition des premières ulcérations. Elle a eu quatre enfants dont trois sont encore vivants.

M. Hardy se demande quelle est la nature de cette lésion. Il n'admet pas d'abord le diagnostic porté par M. Després de lupus de la main et des doigts; il rejette également l'idée de scrofule en raison du travail sphacélique de l'extrémité des doigts, travail de destruction qu'on n'observe jamais dans la scrofule. Cette affection présente une certaine ressemblance avec les lésions de la lépre, à tel point même qu'un des membres de la commission, M. Devergie, en fait une espèce de lépre analogue à la lépre tuberculeuse, à l'éléphantiasis

existence, c'est que, sous la direction de Hatton, évêque de Vich, il fit de grands progrès dans les sciences, et particulièrement les mathématiques.

Ici deux questions se posent, Gerbert apprit-il l'arabe, et qu'apporta-t-il de son séjour en Espagne?

À la première question, M. Olleris répond négativement et il en donne les raisons. En premier lieu, Gerbert avoue indirectement son ignorance de l'arabe, attendu qu'il demande à un certain Lupitus de Barcelonne l'envoi d'une traduction d'un traité d'astronomie dont l'original était sans doute écrit en arabe. En second lieu, on ne retrouve aucun souvenir, aucun vestige de l'arabe dans les écrits de Gerbert, même dans certains écrits où l'on serait le plus en droit de s'y attendre. Nous croyons, avec M. Olleris, que Gerbert ne connut pas l'arabe.

Il est plus difficile de répondre nettement à la seconde question.

Gerbert séjourna trois années dans le comté de Barcelonne.

Il est évident que, passionné comme il l'était pour la science, il ne put demeurer étranger au mouvement scientifique développé déjà dans l'Espagne musulmane, qui se trouvait alors en trêve avec les États chrétiens. Jetons un coup d'œil sur l'Espagne.

Le x^e siècle compte parmi les plus brillants de l'Espagne arabe, tant pour la culture des arts que pour les institutions scientifiques. Si, par ses savants, il fut inférieur aux xi^e et xii^e siècles, c'est à ses institutions, à ses bibliothèques et à ses écoles que ceux-ci durent de le surpasser. Il semblerait recollérent.

Une certaine ferveur scientifique régnait alors autour de Moslama. Originaire de Madrid, il florissait à Cordoue, précisément à l'époque où Gerbert habitait Barcelonne. Moslama cultivait l'alchimie, les mathématiques et l'astronomie. Dans ces deux dernières sciences, il forma de nombreux élèves dont les plus éminents furent Ebn Essouf et Ebn Essamedj. Paris et l'Escorial possèdent un traité d'alchimie de Moslama,

des Grecs, malgré l'absence de certains signes caractéristiques de la vraie lèpre. Pour M. Hardy, cette maladie singulière se rapprocherait plutôt de l'affection décrite en 1862 par M. Maurice Raynaud, sous les noms d'*asphyxie locale*, de *gangrène symétrique des extrémités*, et caractérisée par une rougeur violacée des téguments, des douleurs vives, lancinantes, souvent intolérables, et une gangrène progressive des extrémités aboutissant à la chute des phalanges des doigts ou des orteils. Il y a une similitude parfaite entre cette lésion et le cas de M. Després. La question de symétrie n'a pas grande valeur, car le travail sphacélique peut n'exister que d'un seul côté; il peut même être plus circonscrit encore, comme dans le mal perforant.

M. Hardy, en terminant, insiste sur la ressemblance que présentent entre elles certaines maladies ulcéreuses chroniques, et particulièrement la sclérodémie, la gangrène des extrémités, la lèpre et le mal perforant. Il admet volontiers dans le cas actuel, l'influence des troubles de l'innervation, l'altération des cellules trophiques, et il appelle l'attention de l'Académie sur le caractère particulier des douleurs ressenties par la malade dès le début de son affection. Ces douleurs peuvent se rattacher à une lésion médullaire dont l'altération des tissus de la main ne serait qu'une manifestation.

M. Hardy fait ensuite circuler la main d'une de ses malades atteintes de sclérodémie et présentant des lésions analogues à celle de la maladie de M. Després. Cette main, moulée par M. Baretta, est d'un rouge vineux très-vif et offre une destruction caractéristique des doigts qui sont rahougris et singulièrement altérés ainsi que les ongles. M. Hardy insiste sur cette dernière altération.

MYOTOMIE OCULAIRE. — M. J. Guérin donne lecture d'une longue communication sur la myotomie oculaire par la méthode sous-conjonctivale.

M. J. Guérin se propose : 1° de faire connaître les causes qui ont motivé en apparence la déchéance de la myotomie oculaire, d'exposer avec de nouveaux détails les principes et le mode opératoire de la myotomie oculaire sous-conjonctivale.

M. Jules Guérin développe les deux points de sa thèse dans une longue communication que nous ne pouvons reproduire ici et que les lecteurs trouveront dans le BULLETIN DE L'ACADÉMIE.

Il arrive aux conclusions suivantes :

L'opération du strabisme n'est ni aussi simple ni aussi facile qu'on l'avait cru généralement, et ne consiste pas seulement dans la section telle quelle des brides musculaires et aponeurotiques.

Cette opération a des principes fixes, nombreux, d'une application difficile et exigeant une grande délicatesse dans les

moyens d'exécution. Les procédés de la méthode sous-conjonctivale sont seuls capables de réaliser entièrement ces principes dont voici l'exposé :

1° Détruire tous les éléments et ne détruire que les éléments étiologiques matériels de la difformité.

2° Chercher à obtenir la réunion bout à bout des extrémités musculaires divisées sans adhérences avec le globe oculaire.

3° Maintenir ces extrémités dans un degré d'écartement tel que la distance intermédiaire ne soit ni trop courte ni trop longue.

4° Ménager autant que possible l'insertion du fascia à la sclérotique.

5° Eviter les adhérences solides et étendues du fascia avec la sclérotique, de manière que les feuillets puissent continuer à glisser plus ou moins librement sur le globe de l'œil.

Quant aux moyens de réaliser ces principes, les faits démontrent que la méthode sous-conjonctivale permet seule d'atteindre et de détruire les éléments étiologiques de la difformité. Le procédé par la ponction pouvant limiter à volonté ou même éviter à peu près complètement la division des membranes péri-musculaires, on obtient la réunion des deux bouts du muscle sans adhérence avec la sclérotique en conservant la plus intacte possible la gaine membriforme qui sert de tube conducteur, à la matière plastique. Cette condition est remplie au moyen du procédé de ponction dans lequel la gaine est seulement divisée en travers et peut même au besoin être presque complètement respectée. Elle l'est également par le procédé dit de dissection, dans lequel on ne soulève que le feuillet superficiel pour aller chercher le muscle dans sa loge. En permettant de couper tout ce qu'il faut et rien que ce qu'il faut, ce procédé sous-conjonctival permet mieux qu'aucun autre de proportionner l'écartement des bouts musculaires au degré de la réfraction mesuré par le degré de la déviation et des autres caractères de la difformité.

L'insertion antérieure du fascia à la sclérotique reste à peu près intacte dans le procédé par ponctions, qui ne lui fait subir qu'une simple figure, et dans le procédé par dissection, qui se borne à soulever le feuillet superficiel en conservant les attaches du feuillet profond.

Enfin, le procédé par ponction, en respectant presque complètement la loge et les gaines musculaires, et le procédé de dissection en respectant le feuillet profond, permettent le glissement du fascia sur le globe oculaire après la cicatrisation.

M. Jules Guérin termine par l'exposé des résultats de sa méthode au point de vue de la déviation et des mouvements du globe de l'œil.

Résultats de la méthode sur 192 opérations. — 1° Après une

dont nous croyons que Wüstenfeld a fait à tort deux ouvrages distincts. Son traité de la génération et celui de l'astrolabe existent encore à l'Escorial. Moslema vécut jusqu'en l'année 1907.

Nous avons déjà dit que Gerbert, de retour en France, avait sollicité de Lupitus l'envoi d'une traduction d'un traité d'astronomie. Nous ne savons si l'envoi se fit, mais il est probable que le traité sortait de l'école de Moslema. Quoi qu'il en soit, nous devons relever comme important, ce fait d'une traduction qui ne pouvait évidemment être faite que sur l'arabe.

Les travaux astronomiques de l'école de Moslema durent être connus à Barcelonne. Les sciences cultivées dans cette école étaient précisément celles dont se préoccupait Gerbert, et nous ne saurions admettre qu'il y resta indifférent ou étranger.

Il dut aussi avoir connaissance d'un événement qui vint de se passer en Espagne. Quelques années avant l'arrivée de

Gerbert à Barcelonne, l'empereur de Constantinople avait envoyé au souverain de Cordoue le texte grec de Dioscorides, enrichi de figures, et ce texte servit à une commission de savants pour corriger la traduction d'Étienne et établir d'une manière plus exacte la synonymie des simples. C'était alors l'époque d'Ebn Djoldjol, le plus savant médecin naturaliste de son temps, qui écrivit une interprétation des noms de simples mentionnés par Dioscorides, et un supplément contenant les médicaments connus des Arabes et inconnus à Dioscorides. Ebn Djoldjol écrivit aussi une histoire des médecins et des philosophes qui avaient déjà paru en Espagne.

Rappelons enfin l'envoi de Jean de Gorze par Othon, vers 956.

Cet ensemble de faits prouve chez les Arabes d'Espagne un développement scientifique suffisamment avancé pour attirer l'attention des Etats voisins. Nous savons d'ailleurs que le roi Sancho se rendit à Cordoue pour se faire traiter d'une hydropisie. Il n'y avait donc pas, comme le dit M. Olleris, un

seule opération: redressement complet, 156, soit 5 sur 6. — Déviation dans le sens du strabisme opéré, 30, soit 1 sur 6 1/2. — Déviation en sens opposé, 6, soit 1 sur 32. — Rétablissement du mouvement jusqu'au contact de la cornée et de l'angle palpébral, 176, soit 14 sur 12. — Réduction du mouvement dans le sens du strabisme opéré, 10, soit 1 sur 19. — Réduction en sens opposé, 27, soit 1 sur 7. — Réduction dans les deux sens, 6, soit 1 sur 32.

2^e Après réopération: redressement complet, 175, soit 11 sur 12. — Rétablissement du mouvement jusqu'au contact de la cornée et de l'angle palpébral, 153, soit 10 sur 12.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1876. — PRÉSIDENTE DE M. HOUËL.

RÉTINITE PIGMENTAIRE. — ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE. — DE L'OSTÉOTOMIE DANS LE TRAITEMENT DES COURBURES RACHITIQUES DES MEMBRES INFÉRIEURS. — NOUVEL OPTOMÈTRE.

M. Perrin lit un rapport sur une observation de rétinite pigmentaire présentée à la Société de chirurgie par M. Poncet.

M. Théophile Anger est nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

M. Tillaux donne lecture d'un rapport sur un travail adressé à la Société par M. J. Bœckel (de Strasbourg). En novembre dernier, M. Jules Bœckel envoyait à la Société de chirurgie un mémoire sur l'ostéotomie dans les déviations rachitiques des membres inférieurs, et un certain nombre de moelles en plâtre pris avant et après l'opération. Peu de chirurgiens français ont pratiqué l'ostéotomie pour redresser les courbures rachitiques du membre, et M. Tillaux n'a pas d'expérience personnelle sur ce point de la chirurgie; il se bornera donc à donner une analyse du travail du chirurgien de Strasbourg.

Ce travail comprend neuf observations recueillies sur cinq sujets (un des malades a été opéré par M. E. Bœckel).

Premier enfant, fille de deux ans. Jambe droite incurvée latéralement; le pied reposé sur son bord externe; ostéotomie des deux os de la jambe, consolidation en un mois.

Deuxième et troisième observations: fille âgée de sept ans. Opérée des deux jambes qui étaient incurvées latéralement. Double ostéotomie à sept jours d'intervalle. Redressement complet. La malade, revue seize mois après l'opération, est en bon état.

Quatrième observation: fille de cinq ans. Ostéotomie du tibia droit. L'enfant marche bien.

Cinquième observation: fille de trois ans. Pied valgus à

gauche; ostéotomie; guérison en un mois. A droite, redressement d'un genou valgus par le procédé de Delort; il reste une demi-ankylose de ce côté.

Sixième observation: homme de quarante-six ans. Cal anguleux du tibia gauche; ostéotomie; guérison.

Septième, huitième et neuvième observations sur le même enfant, âgé de dix-huit mois (M. E. Bœckel). L'ostéotomie linéaire est insuffisante; résection cunéiforme; redressement complet.

M. Bœckel a réuni 34 observations qui ont donné 34 succès. Nous n'avons pas encore imité nos confrères d'Allemagne et d'Angleterre, mais M. Tillaux paraît disposé à faire cette opération si les indications se présentent.

Il faut d'abord tenter le redressement manuel, qui réussit parfois en cas d'insuccès, tenter l'ostéoclasie manuelle; ne pas employer les ostéoclastes. Comme dernière ressource, faire l'ostéotomie.

Comment fait-on cette opération? Le chirurgien incise d'abord la peau et décolle le périoste de manière à faire la place d'un ciseau; instrument dont il faut se servir exclusivement. L'os est coupé avec le ciseau et le maillet. On peut ainsi faire une section incomplète, ne couper qu'une partie de l'épaisseur de l'os (Billroth), et quand la plaie est cicatrisée on complète la cassure. Bœckel préfère la section complète de l'os, toujours avec le ciseau, puis le membre est redressé et placé dans une gouttière plâtrée. M. Bœckel applique toujours le pansement de Lister.

Quand la courbure de l'os est latérale, souvent la section simple suffit; si la courbure est antéro-postérieure, il faut enlever un coin d'os avant de redresser.

M. Giraud-Toulon présente à la Société de chirurgie, au nom du docteur Badol, un nouvel optomètre donnant à la fois, et dans une seule opération, la mesure de la réfraction oculaire et celle de l'acuité visuelle.

Le nouvel instrument que nous avons l'honneur de présenter au nom de M. le docteur Badol à la Société de chirurgie, comparable par sa disposition extérieure et son mécanisme matériel à celui de MM. Perrin et Mascart, réalise sur les appareils de même ordre un progrès tel que l'on peut considérer résolu par lui la question optométrique.

Il procure en effet, comme l'indique le titre ci-dessus, la mesure simultanée de la réfraction et de l'acuité oculaires, et, en sus, quelques autres avantages nullement à dédaigner, par exemple la facilité remarquable de sa construction (gradation). Cet instrument, théoriquement et en fait d'une grande simplicité, doit cette qualité et ses conséquences nouvelles et considérables à une application des plus ingénieuses

d'une remarque faite par l'auteur — après l'illustre Bravais toutefois — sur les propriétés d'une certaine combinaison optique que voici :

ainte croulé entre les musulmans et les chrétiens. M. Jourdain apprécie autrement les rapports internationaux, et il cite entre autres ce fait qu'au x^e siècle on fut obligé de faire une version arabe des Canons ecclésiastiques pour l'usage des catholiques des provinces musulmanes (1). Nos études philologiques sur Eba Beithâr nous ont conduit à constater qu'un grand nombre de noms de simples, une centaine au moins; empruntés à l'espagnol, circulaient parmi les Arabes et étaient relatés par leurs écrivains à titre de synonymes, ce qui prouve des relations entre les deux races, peut-être même l'existence de pharmaciens chrétiens au milieu des musulmans. Quant à Gerbert en particulier, à ses relations avec les Arabes, à ses emprunts, si nous en sommes réduits à des probabilités, il n'en est pas moins sûr que les sciences étaient alors cultivées en Espagne par les Arabes, et que leur accès était facile aux étrangers.

Il est encore un livre que réclame Gerbert, à savoir un traité de la multiplication et de la division des nombres, composé en Espagne par un certain Joseph, que les uns considèrent comme un Arabe et les autres comme un chrétien de la Marche d'Espagne. Quelle que soit l'origine de l'auteur, il est permis de voir dans son livre une émanation de l'école arabe. Mais ce n'est pas de l'Espagne que Gerbert le réclama; c'est d'Aurillac. Le livre avait donc passé les Pyrénées.

Les avis sont partagés sur l'origine du système de numération employé par Gerbert. On a voulu le rattacher à Boèce à l'exclusion des Arabes. M. Olleris prétend même que les noms des chiffres ont été ajoutés sur les tableaux où ils figurent; or, la moitié de ces noms sont incontestablement arabes. Si Gerbert avait connu ces noms, dit M. Olleris, il n'en aurait pas fait un mystère.

Pour nous résumer, si nous manquons de renseignements sur le séjour de Gerbert à Barcelonne, si rien ne prouve qu'il ait fréquenté les écoles des Arabes et appris leur langue, si

(1) Un écrivain de Séville, Jean, traduisit le Bible en arabe, Anstede, l. 1. cap. 1.

« Deux systèmes lenticulaires y sont associés dans des rapports tels que le foyer principal postérieur du premier coïncide avec le foyer principal antérieur au second. »

Dans l'optomètre de M. Badol, une simple lentille positive de 63 millimètres représente le premier de ces systèmes : l'œil représente le second.

Ce dernier étant placé à une distance de 73 millimètres de la lentille au sommet de la cornée, les conditions de la combinaison de Bravais se trouvent réalisées.

Comment, au moyen de cet arrangement, détermine-t-on la mesure de la réfraction ?

Un objet propre à fixer l'attention, une plaque photographique dans le genre de celle de l'appareil de MM. Perrin et Mascart, est placée en avant de la lentille et, soumise à l'action d'un pignon et d'une crémaillère, peut prendre toutes les positions possibles entre la lentille et l'extrémité du tuyau fixe de l'instrument.

Quand cette plaque est en rapport de contact avec la lentille, celle-ci n'exerce sur l'image finale aucune influence, et l'objet est alors vu à sa distance même ou comme à l'œil nu, c'est-à-dire à 63 millimètres ou 2° et $1/3$ de l'ancien système de numération.

Un sujet dont le *punctum remotum* serait à cette distance serait atteint d'une myopie de 15 dioptries, ou de 2° $1/3$, s'il était emmétrope, jouirait dans cette condition, s'il voyait encore l'objet distinctement, d'une amplitude accommodatrice démesurée par le même chiffre.

Si maintenant la plaque photographique est éloignée de la lentille de 63 millimètres, c'est-à-dire vient occuper son foyer principal antérieur, les rayons émergent de la lentille le font en parallélisme; cette position de l'objet, en regard à l'œil, correspond donc à l'état *emmétrope*. Au delà, il est inutile d'y insister; les rayons émergent surtout en *convergence*, les diverses positions de l'objet répondront, suivant sa distance, aux différents degrés de l'hypermétropie.

Ceci posé, quelles seront maintenant les distances successives auxquelles devra être porté l'objet, ou plaque photographique mobile, pour reproduire les degrés variables et régulièrement successifs de convergence, ou de divergence correspondant à la série régulière arithmétique des dioptries métriques. Autrement dit, comment graduera-t-on l'instrument ?

C'est ici que s'applique une des plus heureuses propriétés de la combinaison de Bravais :

« Dans cette combinaison, les déplacements de l'objet correspondant à des additions ou soustractions de réfraction successivement égales ont lieu eux-mêmes par intervalles égaux. »

L'unité linéaire de déplacement, dans l'application pré-

sente et qui correspond à une variation dioptrique égale à l'unité, est de 4 millimètres.

La graduation de l'instrument est donc obtenue en lisant les déplacements connus de l'objet sur une simple échelle de millimètres; à chaque millimètre correspond un quart de dioptrie métrique.

La seconde et importante propriété attribuée à son appareil par M. Badol, propriété dont la conquête résout le grand desideratum des optométristes de cette nature, est la facilité qu'il procure de mesurer l'acuité en même temps que l'état de la réfraction.

Cette qualité résulte de la relation qui rattache, dans la combinaison de Bravais, la grandeur de l'image dans le dernier milieu à la dimension de l'objet lui-même.

Dans tout système de cette nature, quelle que soit la distance de l'objet, la dimension de son image est avec lui dans un rapport constant. Pour toutes les positions de la plaque-objet, l'image rétinienne sera donc constante, l'objet étant toujours le même.

Une plaque photographique établie sur ce principe et ayant pour modèle l'échelle de Snellen ou la nôtre,indra donc dans l'optomètre le même service exactement que les dites échelles dans nos cliniques, comme l'appareil lui-même remplacé exactement la boîte des verres d'essai et la méthode de Don-

der. Pour avoir la dimension du type topographique qui correspond à l'unité, il suffit de prendre pour modèle le numéro de Snellen et de le réduire par la photographie dans le rapport de la distance 33 centimètres ou un pied, pour lequel il a été premièrement calculé; à la distance de 63 millimètres, pour laquelle l'objet en contact avec la lentille est vu directement et comme à l'œil nu, on aura un type qui sera le $1/3$ de celui des autres. Nous avons donc raison de dire que l'appareil mis ici sous vos yeux offre sur tous ceux du même genre l'avantage de donner de la fois la mesure exacte et de la réfraction et de l'acuité visuelle; il remplace, et même avantageusement, et la boîte de verres d'essai et les échelles typographiques.

L'étendue de son application mesure depuis une myopie de 2° $1/3$ jusqu'à une hypermétropie de 2° , c'est-à-dire comprend de + 15,8 dioptries à - 20, en somme, 35,8 dioptries, ce qui comprend tous les cas de la pratique.

L'auteur se propose, pourtant de l'étendre, par la substitution d'une lentille de 0,05 à celle de 0,063, à toute la série de + 20 à - 20 dioptries des boîtes d'essai les plus complètes.

Le LENOY.

nous croyons devoir mettre au rang des fables les récits fantastique de Vincent de Beauvais, nous sommes au moins sûrs qu'il réclama deux livres d'origine espagnole, un traité d'arithmétique et un traité d'astronomie. Ceci prouve, d'une part que Gerbert eut connaissance de l'état des sciences en Espagne, et de l'autre qu'il mit à profit son séjour à Barcelonne, commentant ainsi la série des savants qui exploitèrent la science arabe. Mais ne pourrait-on pas aller plus loin? Nous savons que Moslema cultivait aussi l'alchimie, cette science dont Gerbert fut considéré comme un adepte. Ne pourrait-on pas admettre que c'est par les écrits de Moslema que Gerbert en prit connaissance? Arrivé plus tard aux sièges de Reims, de Ravenne, enfin proclamé pape, il dut effacer la trace de souvenirs compromettants. Les récits de Vincent de Beauvais semient ces souvenirs allégués et grandis par l'imagination.

Nous ignorons quel fut ce traité d'astronomie que reçut Gerbert, mais on peut admettre que des copies en furent prises, et que c'est peut-être là que Hermann le Contract

puisa ses connaissances de l'astronomie arabe, qui peuvent lui venir encore par l'ambassade de Jean de Gorze.

Un traité de l'astrologie est attribué à Gerbert, et M. Cousin le revendique pour lui. Nous nous bornerons à dire que ce traité porte aussi le nom de Gilbert. Un traité de l'astrologie attribué à Platonius (B. Nazarine 1356) commence exactement comme celui attribué par Cousin à Gerbert.

Leclercq.

Consent, président du Rhône. Par un arrêté préfectoral en date du 8 janvier 1876, MM. Chauveau et Saint-Cyr, professeurs à l'École vétérinaire de Lyon, ont été nommés membres du Conseil d'hygiène et de salubrité du Rhône, en remplacement de MM. Rodet et Tisserant.

Société de biologie.

SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. LABORDE.

REMARQUES SUR LES LÉSIONS MUSCULAIRES DANS LES ATROPHIES : M. HAYEM. — PHÉNOMÈNES THERMIQUES QUI ACCOMPAGNENT LA COAGULATION DU SANG : M. LÉPINE. — GLYCOSURIE CHEZ LES CIRRHOTIQUES : M. LÉPINE. — RECHERCHES HISTOLOGIQUES SUR LES CAUSES QUI PRODUISENT LA RÉTRACTION DU MAMELON DANS LES TUMEURS DE LA MAMELLE : M. DE SINITY. — DISSOLUTION DE L'ALBUMINE DANS L'EAU SANS L'INFLUENCE DE L'ACIDE CHLORHYDRIQUE, ÉTUDIÉE DANS LE VIDE : M. LEVEN. — INSTRUMENTS NOUVEAUX POUR MESURER L'ÉTENDUE DU CHAMP VISUEL, LA RÉFRACTION ET L'ACUITÉ VISUELLES : M. BADAL. — TIC LOCALISÉ, DE LA FACE À LA SUITE D'UN TRAUMATISME DU CRÂNE : M. FÉRÉ. — RECHERCHES DE PHYSIOLOGIE COMPARÉE CHEZ LES PAPILLONS NOCTURNES : M. BEUT. — ÉTUDE SUR LES LOCALISATIONS GÉNÉRALES : M. LANDOUZY. — PARALYSIE INFANTILE CHEZ L'ADULTE : M. COUTY.

A propos de la communication de MM. Debève et J. Renaut (voy. *Gaz. heb.*, 1876, n° 8, p. 125), M. Hayem fait les remarques suivantes : de toutes les amyotrophies dues à des irritations spinales, l'atrophie musculaire progressive protopathique est celle qui produit dans la fibre musculaire les lésions les plus simples, celles qui s'éloignent le plus des lésions inflammatoires. Les altérations sont essentiellement diffuses, et dans un faisceau il y a en général peu de fibrilles atteintes. Les lésions qu'on observe dans les muscles après les sections nerveuses sont identiquement les mêmes, mais elles sont bien plus générales et envahissent la plupart des fibrilles. Peut-être faudrait-il attribuer la conservation de la contractilité électrique et volontaire dans l'atrophie musculaire progressive, à ce que peu de fibrilles sont atteintes. Dans les autres amyotrophies d'origine spinale, les lésions s'approchent bien davantage de celles de la myosite. Il semble donc que des lésions différentes de la moelle produisent des altérations diverses des fibres musculaires.

— M. Lépine rapporte des expériences d'où il semble résulter qu'au moment où le sang se coagule il se dégage de la chaleur traduite par une élévation de 3 à 5 dixièmes de degré au thermomètre plongé dans ce sang.

— M. Lépine a voulu vérifier les résultats signalés par M. Collerat (de Lyon) qui avait constaté l'existence de la glycosurie chez les malades atteints de cirrhose, après l'ingestion d'une grande quantité d'aliments féculents : dans ce but, M. Lépine a fait boire à trois malades cirrhotiques un litre de tisane sucrée avec 400 grammes de glycose. Dans les trois cas, il s'est produit une glycosurie qui a duré de trois à six jours. Il n'a rien observé de semblable dans un cas de cancer du foie. M. Lépine insiste sur l'importance que peut avoir ce signe au point de vue du diagnostic de la cirrhose, dans les cas difficiles.

— M. de Sinity a étudié le mamelon dans un cas de rétraction consécutive à un cancer du sein, qui n'avait nullement touché le mamelon, il a vu que la plupart des fibres musculaires transversales avaient disparu, tandis que les fibres longitudinales étaient restées normales.

— M. Leven a étudié l'influence de l'acide chlorhydrique sur la dissolution de l'albumine dans l'eau et dans le vide. C'est vers 40 degrés que l'eau acidulée dissout la plus grande quantité d'albumine. Il a fait également des recherches sur les bouillons : à 40 degrés, l'eau dissout 1 pour 100 de son poids de matières albuminoïdes ; à 100 degrés, 2 pour 100. Au bout de vingt-quatre heures, la viande a cédé à l'eau tout ce qu'elle peut lui donner. M. Leven s'étend ensuite sur l'usage des potages et des bouillons dans l'alimentation et dans les dyspepsies.

— M. Badal présente à la Société deux instruments qu'il a construits : le premier sert à mesurer l'étendue du champ

visuel et a l'avantage d'être portatif. Le second est un optomètre qui donne non-seulement la réfraction des milieux de l'œil, mais qui permet en plus de mesurer exactement l'acuité visuelle.

— M. Féré montre à la Société un malade qui présente, au point de vue des fonctions de l'écorce grise en temps que motrice, des particularités intéressantes. Cet homme a fait il y a trois ans une chute de la hauteur d'un deuxième étage, il est tombé sur la région pariétale du côté droit, et il y a eu à ce niveau un enfoncement osseux peu étendu qui persiste encore. Après que les premiers symptômes graves qui suivirent immédiatement l'accident se furent dissipés, le malade s'avoua qu'il avait une partie de la face grimaçante. Ce tic, involontaire, indolent, se reproduit à chaque instant, surtout quand le malade n'y prête pas attention. Les muscles atteints sont l'orbiculaire des paupières, les muscles de l'œil et les zygomatiques. M. Féré a fait une étude très-attentive du crâne. De ce malade, et au moyen de mesures et de plans fictifs il est parvenu à déterminer sur un crâne desséché quelle était la partie du squelette qui était enfoncée. Ce résultat une fois acquis, il a recherché par des lésions faites sur le cadavre à déterminer quelle était la partie du cerveau qui avait été lésée. Plusieurs expériences et ses recherches anatomiques lui permettent de dire que c'est la partie postérieure des plis courbes ou tout au moins une région très-voisine de ce point. Or, on sait que, d'après les recherches des physiologistes, c'est à ce niveau que siègerait dans l'écorce grise le centre moteur des muscles de l'œil ; il est donc très-intéressant de voir reproduits sur le vivant des symptômes moteurs bien en rapport avec le point atteint.

— M. P. Bert, après avoir coupé les petits crins qui se trouvent à la base des ailes des papillons crépusculaires et nocturnes, a vu les ailes rester au repos dans la position horizontale comme à l'ordinaire. Ce n'est donc pas à ces crins que cette attitude est due.

— M. Landouzy a dépouillé avec grand soin un nombre considérable d'observations avec lésions limitées à l'écorce grise du cerveau ou à la substance blanche immédiatement sous-jacente ; les masses centrales étant absolument saines. Or, il a pu se convaincre que, toutes les fois que la topographie de la lésion était décrite avec soin, on ne trouvait aucune différence au point de vue du siège dans les affections qui s'étaient accompagnées de convulsions. Il a encore constaté que c'était toujours aux mêmes endroits que les lésions produisaient des dégénérescences secondaires. M. Landouzy a reproduit sur des schémas tous les cas où le siège était minutieusement indiqué, et par un examen attentif de ces schémas il est toujours facile de se convaincre que les lésions portaient sur la région décrite actuellement, comme région motrice. Dans les cas où cette région n'est pas intéressée, on ne constate ni convulsions, ni paralysie, ni dégénérescences secondaires. Il a recueilli 23 observations de lésions de l'écorce grise dans lesquelles la rotation de la tête, est signalée : la déviation s'est produite dans 11 cas du côté de la lésion et dans 11 autres cas du côté opposé. M. Landouzy pense, mais cela n'est qu'une hypothèse, que cette anomalie pourrait bien être due à l'étendue de la lésion qui, dans certains cas, se bornerait à produire une excitation, dans d'autres amènerait une paralysie des centres moteurs des muscles rotateurs de la tête.

— M. Couty présente un jeune homme d'environ vingt ans atteint de paralysie spinale infantile récente.

H. GROSJEAN.

Société de thérapeutique

SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1876. — PRÉSIDENCE DE M. OULMONT.

SUR LA FORMATION DES CHLORALS : M. HARDY. — POUDRE DE SANG : MM. LIMOUSIN, GUBLER, MIALHE, LEGHOUX. — MATIÈRES COLLOÏDES, APPLICATIONS AUX FERMENTS : MM. MIALHE ET GUBLER.

M. Hardy donne à la Société des détails techniques extrêmement précis et qu'il est difficile de résumer sur la formation des chlorals. Il se forme dans cette préparation du chloral, de l'éther chlorhydrique, de l'eau et de l'acide chlorhydrique. Il a ainsi préparé et étudié les chlorals des alcools butylique, propylique et amylique. Il a étudié d'une manière correspondante les bromals, en faisant agir le brome sur les divers alcools. Il se forme de l'éther bromhydrique.

M. Limousin présente à la Société un échantillon de la poudre soluble de sang préparée par M. Lebon. Cette poudre jetée dans l'eau fait une solution complète avec les matières albuminoïdes du sang moins la fibrine, puisqu'elle est préparée avec du sang défibriné. M. Limousin pense qu'il y a là un agent thérapeutique plus encore qu'une substance alimentaire.

Il a examiné cette poudre au microscope : les globules du sang sont déformés, soumis à un courant d'oxygène, ils ont perdu, comme il était aisé de le prévoir, la faculté de devenir rutilants, autrement dit d'absorber l'oxygène; toutefois, leurs éléments constitutifs, et en particulier leur fer, subsistent.

Le procédé de fabrication employé par M. Lebon est très-simple; il évapore le sang à une basse température et avec rapidité, ce sont là les deux conditions essentielles.

Le produit ainsi obtenu n'a aucune odeur. Il est très-supérieur aux extraits de sang du commerce, d'ailleurs insolubles.

M. Gubler ne saurait comprendre comment la paroi globulaire peut devenir soluble. S'il est aisé d'admettre la solubilité de l'hémoglobine, il n'en est plus de même de la paroi insoluble des globules.

M. Limousin, répondant à plusieurs questions qui lui sont adressées par MM. Gubler et Leghoux, avoue qu'il ne saurait fournir plus de détails précis sur cette préparation, mais que néanmoins cette solution se coagule par la chaleur, qu'agitée elle forme une mousse abondante à la façon des solutions albumineuses, qu'enfin tout indique, d'après le mode de fabrication, que tous les éléments du sang, sauf la fibrine, doivent se trouver là.

M. Mialhe déclare qu'il ne voit pas l'avantage de la préparation montrée par M. Limousin.

M. Gubler ajoute que tout que la paroi des globules devienne soluble il faut qu'elle ait été modifiée. Peut-être, dit-il, est-elle soumise à l'acide chlorhydrique au 1000; autrement il ne se rendrait pas compte de sa solubilité.

M. Limousin répond que la solution n'est pas acide. Il ajoute qu'il a incorporé la poudre de sang à du chocolat sans modifier le goût de cette dernière préparation.

M. Mialhe, à propos de cette question de la solubilité, ajoute qu'il y aurait lieu, selon lui, de modifier les idées qui ont cours au sujet de la solubilité de certaines substances. Dans ce cas particulier, il suffit que le sang s'hydrate pour qu'on croie à une solution. D'une façon plus générale, et faisant allusion à des questions de principes en dehors du sujet actuellement en discussion, M. Mialhe pense que, toutes les substances qu'on a nommées colloïdes ne se dissolvent jamais. L'albumine dite soluble ne forme jamais, à proprement parler, de solution.

Étant donné encore la question, M. Mialhe pense que dans ce qu'on nomme les solutions des parties non figurées des ferments, il n'y a que suspension d'éléments figurés, mais invisibles

pour nos limites optiques actuelles. La preuve est que l'inoculation de ces parties non figurées est infectante; d'où il faut bien conclure qu'il y a des éléments susceptibles de prolifération, c'est-à-dire figurés.

M. Gubler partage cette manière de voir. Beaucoup de ce qu'on nomme des solutions ne sont que des matières en suspension. Lorsqu'on prend un liquide virulent, qu'on le filtre et qu'on injecte sa partie liquide, il est de toute nécessité d'admettre qu'on a injecté des éléments figurés invisibles, mais qui ont proliféré. Il en est de même dans bien d'autres cas. Il est des êtres inférieurs, les amibes qui sont vivants, organisés, mais amistes à 1400 diamètres; limite extrême de nos microscopes; mais malgré leur apparence anhiste il est bien certain qu'il y a là des organes et des divisions que nous n'apercevons pas.

M. Gubler pense que ce qui est vrai de beaucoup d'êtres inférieurs ne l'est pas moins pour beaucoup de ferments. Si les uns sont la réunion de cellules bout à bout, comme par exemple la *Torula cerevisiae*, il en est d'autres isolés, fins, qui passent à travers les filtres les plus serrés et qui sont comparables aux matières amiboïdes.

M. Mialhe croit que tout est presque à revoir dans cette question des matières colloïdes et des matières cristalloïdes. Sans doute Graham a montré que l'albumine se dialyse, mais pour se dialyser elle s'est préalablement métamorphosée.

REVUE DES JOURNAUX

Sur l'emploi de la ouate préparée pour remplacer les éponges et la charpie, par M. Kinnison, interne des hôpitaux.

M. Gubler avait déjà eu l'idée pendant le siège de Paris de remplacer la charpie de lin par de la ouate rendue perméable à l'aide de la glycérine. Quelques médecins firent usage de ce moyen de pansement, qui donna entre les mains de MM. Duplay et Labordet les meilleurs résultats. M. Guyon a eu dernièrement l'occasion de mettre à profit les propriétés de la ouate, qui, après avoir subi une préparation des plus simples, peut remplacer avantageusement l'éponge et la charpie.

Voici d'abord le nouveau mode de préparation. On prend un feuillet d'éuate qu'on taille en carrés de diverses grandeurs, généralement de la longueur de la main. Les carrés ainsi préparés sont plongés dans un bassin d'eau simple ou d'eau phéniquée; on les laisse tremper pendant cinq ou six minutes en ayant soin de faciliter leur imbibition en les retournant fréquemment et en exerçant sur tous les points de leur surface des pressions répétées. Quand toute l'épaisseur de la ouate est bien imprégnée de liquide, on l'exprime soigneusement et on la roule en forme de boule. Les tampons ainsi obtenus possèdent des propriétés absorbantes comparables à celles de l'éponge la plus fine; on les place dans un bocal de verre qu'on a soin de boucher soigneusement.

La ouate ainsi préparée remplace avantageusement l'éponge lorsqu'il s'agit de laver des plaies ou d'absorber des liquides, comme le pus et le sang, pendant les opérations. Ces nouvelles éponges ont pour principal avantage d'être peu coûteuses et de pouvoir être employées pour un seul malade et pour un seul pansement. On sait, en effet, que si les éponges ordinaires sont aujourd'hui en défaut, c'est parce qu'elles imprègnent facilement de matières organiques et peuvent devenir de véritables foyers d'infection. Parmi les avantages de la ouate-éponge il faut encore signaler celui qui consiste dans la facilité avec laquelle elle se moule sur toutes les anfractuosités des plaies; sur toutes les surfaces que l'on veut essuyer et au niveau desquelles on veut absorber des liquides.

La préparation est absolument la même pour la ouate destinée à remplacer la charpie dans les pansements ordinaires. Elle absorbe très-bien le pus qui s'écoule des plaies et maintient à leur surface les divers liquides, alcool, acide phénique, chloral, dont elle a été imprégnée. Son emploi est particulièrement utile dans les pansements à la glycérine. Cette substance, qui offre l'inconvénient de se dessécher très-vite sur les linges ordinaires, se conserve très-bien avec la ouate. Voici comment, M. Guyon pratique, ce pansement à la glycérine. Il applique sur la plaie un linge glycériné plié en double, puis, par dessus, il place une couche d'ouate-éponge, qui maintient l'humidité du linge fermé. Les autres corps gras, tels que les céraats, les pommes, peuvent être aussi appliqués très-aisément à l'aide de la ouate préparée. Enfin, le même moyen sert à la confection d'un coton perchloruré fort précieux comme hémostatique.

On le voit, M. Guyon veut d'introduire dans la thérapeutique chirurgicale un moyen de pansement simple, peu dispendieux, dont les applications sont extrêmement étendues. La ouate ainsi préparée, surtout si l'on a soin de la conserver dans un bocal fermé, ne présente, pas, comme la charpie, l'inconvénient de se charger des poussières morbides et des miasmes qui enlissent l'atmosphère des salles chirurgicales. Elle peut être également très-utile dans le pansement de Lister en remplaçant le lint anglais et se prêter admirablement à tous les pansements antiseptiques en usage dans nos hôpitaux. (*Journal de thérapeutique*, 10 février 1876.)

Des troubles psychiques dans l'ataxie locomotrice progressive, par M. le docteur H. OBERSTEIMER.

La note de M. Magnan, que nous avons publiée récemment, prouve une fois de plus que, dans le cours de la paralysie générale, il peut se produire des symptômes dépendant exclusivement des lésions de la moelle; nous en rapprocherons le travail suivant, établissant que, dans la sclérose primitive des cordons postérieurs, il peut exister des troubles psychiques avec lésions cérébrales.

Obersteimer prétend que la lésion de la moelle peut s'étendre au cerveau; il invoque à l'appui de son opinion la gaîteté excessive de certains malades; chez d'autres, au contraire, bien qu'ils soient convaincus que leur maladie n'est pas grave, il existe une véritable hypochondrie. Ce sont là des formes légères qu'on ne peut constater que par un examen très-minutieux.

On peut rencontrer des troubles bien plus graves, par exemple la démence paralytique (ne sont-ce pas là les cas que M. Magnan décrit avec raison comme des complications spinales de la méningo-encéphalite diffuse); des cas de ce genre ont été décrits par Tignes (*Alleg. Zeitsch. f. Psych.*, 1871), Simon (*Arch. für Psych.*, I et II), Westphal (l'auteur, ne mentionne pas les travaux de M. Magnan). Obersteimer croit que dans les cas où la paralysie ouvre la marche, l'affection doit être regardée comme une ataxie ascendante. Il cite à ce propos l'exemple d'un ataxique parfaitement caractérisé par tous les symptômes spéciaux et chez lequel les troubles encéphaliques ne se montrèrent qu'au bout de trois ans.

Outre ces troubles produits uniquement par les progrès de la maladie, Obersteimer admet encore différents troubles intellectuels, qui peuvent se produire chez les tabétiques comme chez les personnes saines. (*Wiener medicinische Wochenschrift*, 1875, n^o 29.)

État de la température et de la circulation après les lésions de la moelle cervicale, par M. le docteur J. HUTCHINSON.

Après les lésions des nerfs vasculo-moteurs, il est de règle d'admettre qu'il y a élévation de la température. L'auteur a

eu l'occasion d'observer plusieurs cas très-favorables à l'étude de cette question, puisqu'il s'agissait de lésions de la moelle cervicale. Que se passe-t-il alors en effet? Les nerfs sensitifs de l'oreille et de la face sont intacts; il en est de même des nerfs moteurs de ces régions, les nerfs vaso-moteurs seuls sont paralysés; Hutchinson a constaté dans ces cas les particularités suivantes. En premier lieu, et sous l'influence du choc traumatique il y a un refroidissement général, bientôt suivi, au moment de la réaction, d'une élévation de la température à laquelle succède enfin un abaissement définitif quand la paralysie date déjà d'un certain temps. Même dans un des cas observés par l'auteur, et quoique l'aspect animé du malade ne semblât indiquer aucune cause de dépression ultérieure, la période d'élévation de la température fit absolument défaut. Comment expliquer ces phénomènes? Les deux premiers ne présentent rien que de très-régulier; le choc traumatique d'abord, la paralysie vaso-motrice, en rendent suffisamment compte; mais l'abaissement définitif est plus difficile à comprendre. Voici l'hypothèse qu'émet Hutchinson: Dans beaucoup de cas l'inflammation cardiaque est troublée, et le cœur affaibli perd plus que ne donne la paralysie vaso-motrice. Mais cette explication ne suffit pas dans tous les cas; l'auteur pense qu'alors les choses se passent de la manière suivante: Par suite de la paralysie motrice et sensitive qu'il a lieu, ou mieux encore à la suite de celle des nerfs de fonctionnement central, l'activité des éléments anatomiques, cette source véritable de la chaleur, diminue notablement, et alors bien que les parties paralysées reçoivent une plus grande quantité de sang, il n'en résulte pas moins que la température s'y abaisse. L'auteur reconnaît que, sous plusieurs rapports, sa théorie est susceptible d'objections graves, mais il pense que dans l'état actuel c'est elle qui rend le mieux compte de ce qu'on observe. (*The Lancet*, 1875, et *Arch. gén. de méd. et de chirurg.*, 1875, p. 430.)

De chloroxaléthylène, par M. le docteur A. HERRZL.

Ce corps, dont la composition chimique est représentée par la formule $C_2O_2Cl_2$, se rapproche des alcoolides. C'est en quelque sorte un nouvel alcaloïde obtenu par synthèse. Par ces propriétés physiologiques, il est voisin des substances qui touchent à la nicotine. L'auteur, pour les études qu'il a faites, a employé une solution légèrement alcaline de chlorure de chloroxaléthylène. D'après les résultats qu'il a obtenus c'est une substance narcotique. Elle agit d'abord sur les centres nerveux, puis elle abolit les fonctions des nerfs périphériques; plus tard peut-être paralyse-t-elle les muscles; mais sur ce dernier point les résultats sont moins nets. Son action ressemble beaucoup à celle de la conjacine, avec cette différence qu'elle est plus rapide sur les centres nerveux, que celle de cette substance, et plus lente vers les nerfs périphériques. Après l'injection hypodermique on le retrouve rapidement dans les urines. Jusqu'à présent, le chloroxaléthylène est sans applications en thérapeutique. (*Dissert. inaug.*, Bonn, 1875 et in *Centralblatt für Chirurgie*, 1875, n^o 357.)

Moyen simple d'arrêter sur-le-champ l'épistaxis.

Une épistaxis abondante a résisté à tous les moyens habituellement mis en œuvre pour l'arrêter; bains de pieds sinapisés; froid; glace à la nuque; oblitération des orifices du nez; élévation des bras; injection nasale de perchlorure de fer, etc. Chez un sujet non affaibli cependant, des faiblesses se produisent sous l'influence de cette perte abondante. Que faire? Un moyen simple réussit souvent alors: un grain d'émétique donné rapidement, provoque la nausée, puis le vomissement, et arrête incontinent l'hémorrhagie. (*Tribune médicale*.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité théorique et pratique de la syphilis et des maladies vénériennes, par MM. les docteurs L. BELHOMME et ARMÉ MARTIN. In-12 de 800 pages. — Paris, 1875, G. Masson.

L'ouvrage de MM. Martin et Belhomme a été accueilli à son apparition avec une faveur méritée; aussi les auteurs ont-ils jugé nécessaire de donner une seconde édition qui contient les points élucidés, les détails plus complètement étudiés depuis dix ans. Nous n'avons pas à rendre compte de cet ouvrage déjà connu dans toutes ses parties; notre tâche consiste à mettre en lumière les points nouveaux, et à rechercher si l'édition actuelle répond aux connaissances acquises.

Le premier chapitre consacré à l'histoire de la syphilis et des diverses théories n'a rien de nouveau, disons même qu'aujourd'hui que la lumière est faite, il est d'un intérêt moins vif que lors de la première édition, quand la querelle entre les unicistes et les dualistes était dans toute son ardeur. Nous ferons cependant, à ce propos et pour n'y plus revenir, une remarque: les auteurs ont su échapper aux longueurs et comprendre que dans un livre pratique ils ne devaient pas trop s'étendre sur des détails d'érudition pure.

Le chapitre suivant contient une étude générale de la syphilis, et surtout des accidents contagieux ainsi que de leur mode de contagiosité; il est complètement mis au courant de la science. Nous n'entrerons pas dans les détails; nous nous bornerons à faire observer que les auteurs y sont partisans de la contagion des divers accidents et de celle du sang. Ce chapitre renferme une bibliographie très-complète, à laquelle on recourra avec fruit.

Dans la seconde partie de l'ouvrage se trouve l'étude complète des diverses maladies vénériennes: syphilis, chancre simple, blennorrhagie.

L'étude de la syphilis commence par celle de l'accident primitif; après quoi les auteurs passent en revue les différents symptômes suivant l'ordre des régions et des tissus où ils se produisent: « Nous n'avons pas cru devoir, disent MM. Martin et Belhomme, adopter la division classique de la vérole en trois catégories d'accidents; cette division, certainement fort utile au point de vue de l'étude et peut-être de la thérapeutique, a l'inconvénient d'être trop absolue, car il est des accidents qu'on ne peut faire rentrer dans aucune de ces trois classes purement factices. » Nous ne jugerons pas la question de savoir s'ils ont raison ou tort, mais ce qui est certain, c'est qu'ils ont développé avec une grande clarté et une méthode excellente le plan qu'ils se sont tracés. Nous n'entrerons pas davantage dans une analyse détaillée des différents symptômes qu'on trouverait déjà dans l'édition précédente, et nous signalerons brièvement quelques passages intéressants à propos de la syphilis de différents organes. Tels sont les accidents syphilitiques de l'intestin provoquant des diarrhées quelquefois très-graves, le rétrécissement syphilitique du rectum, etc.

Les altérations profondes de l'œil développées sous l'influence de la syphilis sont connues depuis peu de temps; aussi doit-on savoir gré à MM. Martin et Belhomme d'avoir décrit minutieusement les lésions de la choroïde et de la rétine; ils en analysent les caractères ophthalmoscopiques qui permettent un diagnostic exact, et par un traitement approprié d'arrêter leur évolution. Outre ces deux affections; qui sont les plus fréquentes, nous devons encore signaler les atrophies de la papille, les décollements de la rétine et les corps flottants du corps vitré.

Les altérations syphilitiques des pommons fournissent la matière d'un chapitre intéressant. Avec MM. Gubler, Landrieux, Santa-Mirone, les auteurs admettent l'existence d'une phthisie d'origine syphilitique; quoique très-difficile à diagnosti-

quer, ces cas ont une très-grande importance, puisqu'alors la phthisie est curable.

Sous le nom de *dactylite syphilitique*, ils décrivent une affection d'autant plus importante à connaître, que, survenant à une période tardive de l'affection, alors qu'il n'existe souvent aucun autre phénomène, dans beaucoup de cas la cause véritable est méconnue. Le doigt ou l'orteil est augmenté de volume; dans certains cas, les tissus mous sont seuls atteints et comme envahis par la substance gommeuse, mais le plus souvent les phalanges elles-mêmes participent à la maladie, et l'on voit un gonflement énorme de l'os qui ne cède que difficilement à un traitement spécifique énergique. Dans la plupart des cas, il n'existe pas de réaction inflammatoire franche, particulièrement ici, jointe aux antécédents, qu'on doit rechercher avec soin, permet d'établir le diagnostic.

Abstraction faite des tumeurs, la syphilis du système nerveux est certainement un des points les plus obscurs et les plus récemment connus de l'histoire de cette diathèse. Cependant, en présence de faits récents et sévèrement analysés, il est impossible de ne pas admettre que la syphilis peut devenir une cause d'inflammation chronique des méninges. Des cas de guérison obtenus à l'aide du traitement spécifique permettent même de croire que la syphilis peut être le point de départ de la méningo-encéphalite diffuse. Les auteurs citent cette opinion; malheureusement, ils ne croient pas devoir conclure.

Quant au chapitre consacré au traitement de la syphilis, c'est un bon résumé des différents moyens employés, une saine appréciation des modifications qu'ils doivent subir. MM. Martin et Belhomme n'hésitent pas à admettre que l'emploi du mercure est souvent nécessaire dans les accidents graves de la période tertiaire, et sous ce rapport ils partagent l'opinion des plus habiles syphiligraphes.

Enfin, ils terminent l'histoire de la vérole par un bon résumé de la syphilis infantile héréditaire ou acquise.

Le chancre simple est le sujet de la seconde partie de l'ouvrage. Les auteurs ont peu ajouté à l'histoire de cette affection locale; la discussion du diagnostic nous fait assister à toutes les théories qui ont été émises. Le point le plus nouveau de ce chapitre est le traitement pour lequel on a employé dans ces dernières années bien des moyens dont le plus utile est certainement l'usage de l'iodoforme.

Depuis la première édition, l'histoire de la blennorrhagie est entrée dans une phase nouvelle. Autrefois, maladie absolument locale, elle tend à être considérée comme une affection qui retentit sur tout l'organisme, frappant les jointures, les gaines tendineuses, les yeux, etc. MM. Martin et Belhomme ont compris toute l'importance de cette vue nouvelle et consacrent de longs développements à l'analyse des diverses théories; sous ce rapport encore, leur ouvrage est un bon résumé.

Tel est dans son ensemble le livre que nous venons de lire avec soin. On y trouve une étude méthodique et véritablement clinique des maladies vénériennes. Nous n'avons signalé que quelques passages, mais ils nous paraissent suffisants pour faire voir que les auteurs n'ont reculé devant aucun labeur pour le mettre au courant des dernières connaissances acquises. C'est là une bonne recommandation et une preuve certaine que ce livre est utile pour faire une étude des maladies vénériennes, absolument suffisante à la pratique. En résumé, c'est un ouvrage court, clair, complet autant qu'il pouvait l'être; c'est un ouvrage déjà devenu classique et dont chacun voudra connaître les nouveaux chapitres à une époque où les maladies vénériennes et surtout la syphilis jouent un si grand rôle dans la clinique journalière. Nous sommes heureux de pouvoir prédire aux auteurs un grand et légitime succès.

H. CHOUPPE.

Traité clinique des maladies des Européens au Sénégal,
par le docteur BÉRENGER-FÉRAUD. 2 vol. in-8. — Paris,
1875. V. A. Delahaye et C.

Le premier volume de cet important ouvrage a seul paru; le second ne tardera pas sans doute à paraître; et ainsi se continuera la série des publications que M. Bérenger-Féraud s'est proposé de nous donner sur les maladies du Sénégal, série qui comprend déjà les deux traités de la fièvre méléanique et de la fièvre jaune que nous avons analysés l'an passé.

Dans l'ouvrage actuel, M. Bérenger-Féraud se propose de nous faire connaître mois par mois, saisons par saisons, les maladies du Sénégal, et pour remplir ce cadre il a divisé son traité en trois parties.

La première partie, formée de tableaux statistiques, comprend la description des maladies dans leurs rapports avec les divers mois de l'année, avec les quatre saisons, et enfin avec les deux grandes époques annuelles, l'hivernage et la période sèche et fraîche. Il ne faut pas oublier que l'hivernage est la période brûlante et humide de l'année celle pendant laquelle le soleil darde perpendiculairement ses rayons sur la région sénégalienne.

La deuxième partie comprend mois par mois l'étude des maladies et cherche à déterminer la résistance ou la prédisposition aux maladies que présentent les divers classes d'Européens que l'on rencontre dans la colonie.

Enfin, la troisième partie est consacrée à l'hygiène et à l'acclimatement, et pour compléter l'ouvrage l'auteur nous annonce une *histoire du service de santé du Sénégal depuis 1819 jusqu'à 1873*.

S'il est difficile, sinon impossible, de donner une idée analytique des tableaux statistiques et d'observations météorologiques, il est non moins difficile d'analyser des faits médicaux particuliers se rapportant à tel ou tel mois, à telle ou telle saison; aussi je ne l'entreprendrai pas. Les éphémérides médicales sont pleines d'intérêt, méritent d'être lues et méditées, témoin les éphémérides de Baillon et de Stall, mais on ne peut que signaler l'ordre général qui a suivi l'auteur et les faits qui ont attiré plus particulièrement son attention. Voyons donc quelle division a d'abord adopté pour chaque mois M. Bérenger-Féraud.

Il donne d'abord la météorologie et décrit au besoin les phénomènes atmosphériques remarquables; ainsi je vois au mois de juin la description d'une *tornade*. C'est une chose bien extraordinaire que la *tornade* sèche, humide ou complète, avec ou sans grêle, etc.; multipliez à l'infini la force, la puissance de la douche en pluie de nos établissements hydrothérapiques; ajoutez à cette douche gigantesque les tourbillons d'un vent furieux; mêlez de temps à autre à cela de forts grêlons, et vous pourrez peut-être vous faire une idée d'une *tornade* complète. Les *tornades* n'effrayent pas tout le monde, tant s'en fait, et même certains les attendent, sans doute avec impatience, afin de satisfaire leur goût. M. Bérenger-Féraud nous apprend que notre confrère le docteur Roussillet, homme savant et aimable, ramasse les grêlons pendant la tourmente et les mange une fois la *tornade* passée mélangés avec du sucre pile, comme on fait des fraises en Europe.

Après la météorologie vient l'histoire des maladies.

M. Bérenger-Féraud les divise en six séries ou classes que voici.

- 1. Les maladies épidémiques;
- 2. Les maladies endémiques, comprenant les fièvres paludéennes, l'état gastrique, la dysentérie, etc.;
- 3. Les maladies sporadiques, comme la bronchite, la pneumonie, la phthisie, le rhumatisme, etc.;
- 4. Les maladies chirurgicales et enfin les maladies vénériennes.

Ces séries ne se retrouvent pas dans chaque mois: cela dépend, bien entendu, de l'apparition des maladies, qui est

fort irrégulière, et aussi de l'entrée des malades à l'hôpital.

Les principales études contenues dans le premier volume se rapportent à la *fièvre palustre*; à la *fièvre bolivienne mélanurique*, à la *fièvre jaune*, aux *vers hypodermiques*, à la *colique sèche*, à la *dysentérie tant aiguë que chronique*, et à l'ancémie. Les questions qui se rattachent au traitement y sont largement développées, et l'on sent à chaque page que l'auteur désire avant tout faire profiter de sa vaste expérience les jeunes médecins de la marine qui sont désignés pour aller faire leur service sur les bords de la Gambie et de la rivière de Sierra-Leone; c'est pour ces jeunes médecins d'ailleurs que M. Bérenger-Féraud compose ses ouvrages, et ils doivent lui en être reconnaissants. Et nous autres aussi, médecins qui probablement n'iront jamais visiter ces terres inhospitalières, nous devons remercier notre savant confrère de nous faire connaître et la topographie, et la météorologie, et la pathologie de ces contrées intertropicales, et nous devons par nos encouragements lui faciliter la tâche ardue, pénible et longue qu'il s'est volontairement imposée.

V. A.

VARIÉTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. CHAIRE DE PATHOLOGIE INTERNE. — La Faculté a classé dans l'ordre suivant les candidats à cette chaire:

Premier rang. — M. Potain (24 voix); M. Peter (1 voix); M. Jaccoud (1 voix).

Deuxième rang. — M. Jaccoud (14 voix); M. Peter (12 voix).

Troisième rang. — M. Peter (25 voix); M. Bucquoy (1 voix).

MALADIE DE M. BLACHEZ. — Notre excellent collaborateur vient d'être atteint d'une pneumonie, aujourd'hui en voie de résolution, mais dont les débuts ont été assez sérieux et marqués principalement par un point de côté des plus douloureux. Nous n'avons pas voulu instruire nos lecteurs de cette maladie avant de pouvoir en apprécier la marche. Grâce aux soins aussi dévoués qu'éclairés de MM. Potain et Damascino, tout danger est depuis plusieurs jours écarté. M. Blachez avait été frappé au moment où il venait d'être éprouvé coup sur coup par la fièvre maladie d'une de ses filles et par la mort de son frère.

Un autre de nos distingués collaborateurs, M. le docteur Warlomont, membre de l'Académie de médecine de Belgique, est également convalescent d'une pleuro-pneumonie.

VACCINATIONS. RÉCOMPENSES. — Sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre de l'Agriculture et du Commerce vient de décerner les récompenses suivantes aux personnes qui ont été signalées comme ayant fait le plus de vaccinations et comme ayant le plus contribué à la propagation de la vaccine en 1873.

Prix de 1500 francs, partagé entre: MM. Crougineau, Monod et Sedan.

Médailles d'or. — MM. Bontemps, Caussade fils, Chevalier, Guérin.

Médailles d'argent. — M^{mes} veuve Alaine, Bachelier, veuve Barreau, Barret; M^m Barrion, Baudouin; M^m Baudouin; MM. Benoit, Bermont, Bonnardot père; M^{mes} Böhnettab; Boudine; MM. Bravat, Breton.

MM. Cambriels, Catel, M^{me} Caumel, M^m Chambon, Chéguat, Clément, Commaille, Couderc, Coudrin, Courcelle, Courvoisier; MM. Dagaud, Daird, Daniel; M^{me} Dausas, Dard; M. Dartiques; M^{me} Daudé; M. de Fleury; M^{me} Depiran, Dougados, Dubois, veuve Dufour; M. Dugat; M^{me} Dumazet, Escassut; M^{me} Faichaud; MM. Faraud, Fougeron, Fouchard; M^{me} François-Julien.

M. Gaillard; M^{me} Gallen, Gauthier, Gentilons; Goron, Grénier, Guillemot fils.

M^{me} veuve Hély, Hiérard; MM. Houssole, Imbert; M^{me} veuve Jacquinar; M. Jeanbernat; M^{me} Jeanne, Jourpiac.

MM. Lallour, Landeau, Lannes, Lautaret, Leca; M^{mes} Lelange, Lepelletier, Leymarie; M. Liscœt.

MM. Mariotou, Marty; M^{mes} Mathieu; MM. Mauret, Messier, Miroudot; M^{mes} Morin, Oury.

MM. Pacul, Panis, Petit, Petit, Pichat, Putel.

M^{mes} Queyriaux.

MM. Renaud, Reverchon, Rivairoi; M^{mes} Robin; M. Rossignol; M^{mes} Rouchaud, Roux.

M^{mes} Salter; M. Sapin; M^{mes} Saubnier; Seillier.

M^{me} Templier; MM. Thomas, Toffard; M^{me} Tourneur.

ALIÉNÉS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — Depuis le commencement du siècle jusqu'à présent, le service public des aliénés du département de la Seine est bien près d'avoir donné ses soins à 100 000 individus. Le nombre des admissions est, en effet, de 93 765 du 1^{er} janvier 1801 au 31 décembre 1874. Il n'existait que 946 aliénés dans les asiles en 1801; il en existe 7 072; la population a donc sextuplé. Sur les 93 765 aliénés reçus dans les établissements en soixante-quatorze ans, il y a 44 640 hommes et 49 126 femmes. Jusqu'en 1860, il entrait plus de femmes que d'hommes; depuis 1860, c'est le contraire.

Le service des aliénés a coûté au département de la Seine, en 1874, 4 187 028 fr. 96 c., dont 2 513 438 fr. 08 c. dans les asiles qui lui appartiennent (Sainte-Anne, Ville-Evrard, Vacluse, Bicêtre, la Salpêtrière).

REPOS DOMINICAL. La Société suisse pour l'observation du jour du repos avait mis à l'étude le programme suivant : De l'importance du repos dominical au point de vue hygiénique, et institué un jury composé de onze médecins de différentes villes de la Suisse. 53 mémoires, dont 25 en allemand, 16 en anglais et 12 en français ont répondu à cet appel. Le jury suisse vient de publier sur ces travaux un rapport détaillé que l'on peut se procurer à Genève, chez H. George, libraire-éditeur.

Donze mémoires ont été couronnés dans l'ordre suivant et avec des mentions diverses : 1^o le n^o 47, en français, de M. le docteur F. Garnier, à Lyon; 2^o le n^o 51, en allemand, de M. le docteur P. Niemeier, à Magdebourg; 3^o le n^o 40, en allemand, de M. le général Ochsenbain, à Bienne; 4^o le n^o 5, en français, de M. le pasteur A. Eschenauer, à Paris; 5^o le n^o 23, en anglais, de M. Ch. Hill, à Londres; 6^o le n^o 12, en allemand, de M. le docteur Zickero, à Kirschlag (Autriche); 7^o le n^o 45, en français, de M. le docteur F. Ausloos, à Louvain; 8^o le n^o 22, en français, de M. E. Grosjean, à Montmirail (France); 9^o le n^o 29, en allemand, de M. le docteur F. Schupp, à Landau (Bavière); 10^o le n^o 11, en allemand, de M. G. A. Brössel, pasteur à Rennersdorf, près Herrnhut (Saxe); 11^o le n^o 46, en français, de M. le docteur A. Müller, à Altkirch (Alsace); 12^o le n^o 54, en allemand, de M. le docteur C. H. Schauenberg, à Ackersleben (Saxe).

En outre, le jury a accordé 14 mentions honorables.

M. A. Lombard, de Genève, qui préside le comité de la Société suisse pour le repos dominical, se trouve en ce moment à Paris. Il a donné dimanche soir, 27 février, à l'église de l'Oratoire du Louvre, une conférence très-suivie, et il se propose d'en tenir une seconde dimanche prochain, 5 mars, à huit heures du soir, à l'église des Billettes, près l'Hôtel-de-Ville.

LYON. SERVICE MÉDICAL DE NUIT. FACULTÉ DE MÉDECINE. — Le Conseil municipal a, sur la proposition de la commission du budget, voté un crédit de 5000 francs pour la création d'un service médical de nuit.

Le conseil a également voté un crédit de 500 000 francs pour la Faculté de médecine. Ce chiffre semble peu élevé, mais il faut se rappeler que le Conseil, en 1875, a voté une première somme de 1 200 000 francs qui n'a pas été utilisée. Le rapporteur estime que les travaux pourront être commencés vers le mois d'avril.

MÉDECINS DÉPUTÉS. — Le scrutin dernier a été favorable au corps médical. Vingt-huit docteurs en médecine et un officier de santé ont été élus députés : MM. Allemand (Basses-Alpes), Bartoli (Corse), Paul Bert (Yonne), Bourgeois (Vendée), Chevandier (Drôme), Clémenceau (Seine), Cornil (Allier), Couturier (Isère), de Vadre (Loiret), Dufay (Loir-et-Cher), Durand, officier de santé (Rhône), Garrigat (Dordogne), Guyot (Rhône), Laussedat (Allier), Lalanne (Gironde), Lemoumier (Sarthe), Leurent (Nord), Liouville (Meuse), Mallet (Gard), Marmottan (Seine), Mollieu (Somme), Poujade (Vaucluse), Roussel (Lozère), Saint-Martin (Indre), Soyé (Aisne), Thomas (Marne), Tiersot (Ain), Turigny (Nièvre), Verhès (Hérault).

CRÉATION DES MORTS. — Le comité directeur de la Société pour la création des morts a tenu, le 20 février, une première réunion à Milan. Parmi les principales résolutions prises on remarque celles-ci : 1^o Publication d'un Bulletin comme organe de la Société; 2^o Fixation d'un prix de 250 francs à ajouter à celui de 364 francs établi par l'Institut lombard en faveur du meilleur procédé de crémation à présenter à cet Institut jusqu'au 28 février 1877; 3^o Requête à la junta municipale pour qu'un règlement soit établi qui fixe les règles à suivre dans chaque cas où s'effectuerait la crémation. Le nombre des membres de la Société va chaque jour en augmentant.

— Les partisans de la crémation en Allemagne ont résolu de tenir leur assemblée annuelle à Gotha, où le gouvernement a officiellement sanctionné leur mode de disposer de leurs morts et permis l'usage public de cette cérémonie.

ASILE SAINTE-ANNE. — On sait que le conseil municipal a voté une somme de 200 000 francs pour l'établissement, à l'asile Sainte-Anne, d'un nouveau quartier pour les hommes. Les travaux commencent aussitôt le retour du beau temps. Cette annexe contiendra 200 lits nouveaux.

RÉUNION DES SOCIÉTÉS SAVANTES À LA SORBONNE. — La quatorzième réunion des délégués des sociétés savantes des départements aura lieu à la Sorbonne au mois d'avril 1876. Les séances de lectures et de conférences publiques seront faites pendant les journées du mercredi 19, jeudi 20 et vendredi 21 avril.

Les personnes qui auront à faire des lectures ou des communications, et les délégués des sociétés auront droit à des billets de chemin de fer aller et retour avec une réduction de 50 pour 100 sur le prix des places.

Les billets de circulation destinés aux représentants des sociétés seront valables du lundi 10 au mercredi 20 avril.

NÉCROLOGIE. — Sir Duncan Gibb vient de mourir à Londres à l'âge de cinquante-quatre ans. Ce médecin, qui avait été attaché pendant quelques années au *Westminster Hospital*, a écrit plusieurs ouvrages sur les maladies du larynx et a fourni de nombreux articles à la presse médicale anglaise.

DEMANDE D'UN POSTE MÉDICAL. — Un docteur médecin, âgé de trente-quatre ans, marié, pratiquant en province depuis plusieurs années, désirerait trouver à Paris, dans un établissement ou ailleurs, un poste médical à appointements fixes. S'adresser au bureau du journal.

Etat sanitaire de Paris :

Du 18 au 24 février 1876, on a constaté 1112 décès, savoir :

Variole, 0. — Rougeole, 7. — Scarlatine, 6. — Fièvre typhoïde, 17. — Erysipèle, 8. — Bronchite aiguë, 73. — Pneumonie, 136. — Dysentérie, 0. — Diarrhée cholériforme des enfants, 6. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 1. — Angine couenneuse, 12. — Group, 14. — Affections puerpérales, 9. — Autres affections aiguës, 258. — Affections chroniques, 490, dont 169 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 43. — Causes accidentelles, 22.

SOMMAIRE. — PARIS. Académie de médecine : La leucocytose nerveuse. — Cas péroré de Tapes. — CORPS MÉDICAL. Clinique chirurgicale : Adénos-lymphite péri-urétrine. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — Société de thérapeutique. — REVUE DES JOURNAUX. Sur l'emploi de la ouate préparée pour remplacer les éponges et le charpie. — Des troubles psychiques dans l'aliénisme locomoteur. — BIBLIOGRAPHIE. Traité théorique et pratique des maladies vénériennes. — Traité clinique des maladies des Européens au Sénégal. — VARIÉTÉS. — FEUILLETON. La science arabe, ou autrement sa transmission par les traductions de l'arabe en latin.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président, BLACHEZ, A. HÉNOQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 9 mars 1876.

Académie de médecine : ÉLECTION AUX PLACES D'ASSOCIÉS NATIONAUX. — LA MYOPIE DANS LES ÉCOLES.

Élection aux places d'associés nationaux.

Après un rapport de M. Lefort au nom de la commission des eaux minérales et une lecture de M. le docteur Debout sur l'étiologie de la gravelle, l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre un rapport de M. H. Bouley sur l'élection d'un membre à une place d'associé national. Nous profiterons de cette occasion pour donner, au sujet des élections de cette classe, à un de nos correspondants, les explications qu'il nous a récemment demandées.

Pour les places d'associés nationaux, comme pour celle des correspondants nationaux étrangers, il n'y a pas de candidatures personnelles, en ce sens qu'il n'y a pas de lettres de candidatures ou qu'il n'y en a pas d'obligatoires. Ce sont les rapporteurs nommés pour l'examen des travaux communiqués à l'Académie qui appellent sa bienveillance sur les auteurs et qui mettent ceux-ci en vue pour les futures vacances dans une des classes de la compagnie. Il peut ainsi y en avoir un très-grand nombre en expectation devant une seule classe. Actuellement, neuf places, croyons-nous, sont vacantes dans la classe des associés nationaux, ce qui suppose bien une trentaine d'aspirants. Comme on ne peut raisonnablement exiger d'une commission trente rapports à chaque élection, les commissions choisissent dans le nombre les savants qui leur paraissent les plus méritants, et ils les choisissent au nombre

de trois au moins, pour se conformer à un article spécial du règlement. C'est de l'arbitraire, si l'on veut, mais de l'arbitraire inévitable. En outre, comme les associés nationaux, dont le nombre ne peut dépasser vingt, ne sont pas partagés en sections, les commissions distribuent les candidatures de telle manière que les diverses branches de la science médicale soient, autant que possible, représentées dans la classe. Il n'y a rien là, comme on voit, qui ressemble aux préliminaires des élections de titulaires ou d'associés libres. Voilà comment notre correspondant peut comprendre que des candidats depuis longtemps *proposés* puissent n'être jamais *présentés*.

La myopie dans les écoles.

La récente discussion sur la myopie nous engage à faire connaître, d'après un journal allemand (*Med. Centralztg*, 1876, n° 14), une statistique dressée par plusieurs médecins américains, sur 2884 observations, et destinée à montrer l'influence qu'exerce le travail dans les écoles et les universités sur la production de la myopie.

Ayres et Willams, après avoir examiné 1264 écoliers des deux sexes, ont trouvé, dans les écoles de district et les écoles moyennes, 13 myopes sur 100 enfants (les filles donnaient un chiffre un peu plus considérable que les garçons) et 23 myopes sur 100 enfants dans les écoles normales et supérieures (22 garçons et 23 filles pour 100).

Proust et Mathewy ont donné des chiffres plus remarquables : sur 600 élèves de l'école polytechnique, ils en ont examiné 284 en cours d'étude et n'ont constaté que 9 myopes pour 100, tandis que sur 316 qui quittaient l'école, la myopie

FEUILLETON

La science arabe en Occident, ou autrement sa transmission par les traductions de l'arabe en latin.

(Suite. — Voyez le n° 9.)

HERMANN CONTRACT.

Hermann fut appelé *Contract* d'une infirmité qui rappelle précisément celle du père d'Ebn el Mocaffa (le *Contracté*).

Il naquit en 1013 et mourut en 1054. Passionné pour l'étude, il entra chez les Bénédictins pour s'y livrer plus facilement, et habita les monastères de Saint-Gall et de Reichenau, cultivant la poésie, la musique, la géométrie et l'astronomie. On lui attribue les hymnes *Salve regina* et *Alma redemptoris mater*.

Il nous est arrivé sous son nom un traité de l'astrologie qui a soulevé bien des controverses, et le dernier mot n'est

2^e Série, T. XIII.

pas encore dit. Que ce traité soit une traduction ou une compilation, la technologie en est arabe. On s'est demandé si Hermann *Contract* pouvait avoir connu l'arabe, condamné qu'il était à l'isolement par son infirmité, et ne pouvant aller l'apprendre en Espagne comme tant d'autres le firent plus tard. Il semble qu'il en était alors de l'arabe comme de la montagne de Mahomet, qu'il fallait aller l'apprendre sur place.

A propos de Gerbert, qui obtint d'Espagne la traduction d'un ouvrage d'astronomie, nous avons rappelé l'ambassade de Jean de Gorze, qui mit en contact l'Allemagne et l'Espagne musulmane. On pourrait rappeler encore qu'à la même époque le Livre des Anous était traduit en latin.

On peut très-bien admettre que la traduction latine d'un traité d'astronomie arabe soit parvenue à Hermann par une voie quelconque, mais il est plus difficile de croire qu'il put obtenir des matériaux suffisants pour apprendre seule la langue

arabe. Il est probable que Hermann a été en Espagne pendant quelque temps, et qu'il a pu y apprendre l'arabe.

pouvait s'observer 21,8 fois sur 100. Dans les écoles de New-York, Cheatam a trouvé 670 étudiants dans les classes inférieures atteints de myopie dans la proportion de 21 pour 100, tandis que 210 des classes moyennes en présentaient 26 pour 100; 110 des classes supérieures, 22 pour 100, et que les élèves de l'université en fournissaient 50 pour 100. La fréquence du staphylôme postérieur a été observée 0,5 fois sur 100 dans les classes de district, 7 fois sur 100 dans les écoles moyennes et 10 fois sur 100 dans les écoles normales ou supérieures.

HISTOIRE ET CRITIQUE

DE L'HÉMIANESTHÉSIE DE CAUSES CÉRÉBRALES.

La Société de Biologie, à la suite de plusieurs communications sur des cas d'hémi-anesthésie de causes cérébrales, hystériques et saturnines, a commencé, au mois de novembre 1875, une discussion qui ne paraît point encore devoir se terminer. MM. Charcot et Brown-Séquard, après être intervenus dans le débat, ont élargi les termes de la discussion. M. Brown-Séquard a apporté à l'appui de ses théories des expériences que M. Charcot interprétait différemment au point de vue de la clinique : nul n'avait plus le droit que ce savant professeur d'apporter l'autorité de sa science dans cette étude toute française, étant que lui et ses élèves ont poussé assez avant pour qu'il soit permis, malgré les difficultés qui s'attachent à tout ce qui regarde les localisations cérébrales, de considérer, comme acquis désormais, la connaissance exacte des lésions qui déterminent l'hémi-anesthésie et le lieu constant où siège cette lésion. Nous n'avons pas la prétention d'apporter dans cet article des faits nouveaux, mais simplement de résumer tous les faits importants d'anatomie pathologique, de clinique et d'expérimentation. Ce résumé nous permettra d'indiquer la marche qu'a suivie cette étude, et, en dégageant de la discussion de la Société de biologie toutes les déductions théoriques dont est venu la charger le savant professeur M. Brown-Séquard, on verra que les suppositions de M. Charcot, suppositions émises en 1873, sur le lieu des localisations de lésions qui déterminent l'hémi-anesthésie, sont devenues aujourd'hui des vérités qu'il est difficile de nier.

En 1873, M. Charcot, après avoir fait un historique som-

maire des recherches antérieures (Turck, Jackson, etc.) s'exprimait ainsi : « En résumé, on peut conclure que dans les hémisphères cérébraux il existe une région complexe dont la lésion détermine l'hémi-anesthésie : on connaît approximativement les limites de cette région, mais actuellement la localisation ne saurait être poussée plus loin, et personne n'est en droit de dire si c'est, dans la région indiquée, la courbe optique qui doit être incriminée plutôt que la capsule interne, le centre ovale ou encore le troisième noyau du corps strié (*Leçons sur les maladies du système nerveux*, p. 277). L'expérimentation est venue apporter son contingent et a permis de pousser plus loin encore, comme le demandait M. Charcot, la localisation de l'hémi-anesthésie. Tout d'abord Meynert, Huguenin, Ferrier, après avoir étudié avec un soin scrupuleux l'anatomie de la région, recherchèrent ensuite le rôle physiologique des couches optiques; plus récemment, un élève distingué de MM. Charcot et Vulpian, M. le docteur Veysièr, entreprit une série d'expériences sur des chiens et arriva, par un procédé spécial, à déterminer le point cérébral même qui une fois lésé produisait l'hémi-anesthésie. Ces recherches, publiées en 1874, ont été confirmées, comme nous le verrons plus loin, par M. Raymond, qui employa le procédé de M. Veysièr.

Avant d'exposer le résultat de ces expériences, rappelons en quelques mots ce qu'il faut entendre par capsule interne et couronne rayonnante de Reil. Bien que les études anatomiques aient été faites avec un soin méticuleux sur tout, ce qui regarde la structure et la texture du cerveau, on n'est point encore arrivé à une connaissance absolue soit du mode de terminaison des fibres sensitives et sensorielles, soit des rapports inhérents de ces deux sortes de fibres, il est néanmoins possible aujourd'hui de se rendre compte, depuis les travaux de Meynert (de Vienne), de Ch. Huguenin (de Zurich) (travaux dont on trouvera un exposé extrêmement bien fait de M. Paul Berger dans les *Archives de physiologie*, mars 1874, p. 382), des lésions qui peuvent survenir dans la capsule interne et au pied de la couronne rayonnante, et des symptômes que ces lésions, de quelque nature qu'elles soient, doivent entraîner à leur suite. Nous n'avons pas à citer dans des détails qu'on trouvera si bien exposés dans l'article de Berger (*l. cit.*, p. 388); rappelons néanmoins que la capsule interne est une bande de substance blanche limitant deux foyers, l'un inférieur (couche optique), l'autre supérieur (noyau caudé ou intra-ventriculaire du corps strié). Le pied de la couronne rayonnante est la partie supérieure de la capsule

Jourdain, qui s'est occupé de cette question, fait observer d'abord que les premiers historiens qui se sont occupés de Hermann, et qui plus rapprochés de son temps devaient être mieux informés, ne disent pas que Hermann sût l'arabe.⁽¹⁾

Quant aux traductions d'Aristote qui lui furent aussi attribuées, Jourdain démontre facilement qu'elles sont l'œuvre d'un autre Hermann, dit l'Allemand, dont nous aurons à parler.

Jourdain conclut que les écrivains tels que Trithème, qui ont accordé au Contract la connaissance de l'arabe, l'ont confondu avec des homonymes, le Dalmate ou l'Allemand.

Abordant la question du traité de la composition et de l'usage de l'astrolabe, qui nous est donné sous le nom de Hermann, Jourdain se demande si ce traité est du Contract, et s'il l'a traduit de l'arabe. Il n'ose nier le premier point, et rejette le second. Il n'admet pas que le malinré Hermann pût apprendre l'arabe sur place, mais il admet que des traités dérivés de l'arabe pussent alors être en circulation. Les faits

que nous avons rappelés sont de nature à corroborer l'opinion de Jourdain.

Pour notre part, nous croyons que la composition du traité de l'astrolabe par Hermann Contract est dans la limite des choses possibles, et nous avons exposé les faits qui autorisent notre manière de voir.

Nous croyons ensuite que ce traité n'est pas une traduction pure et simple, mais une compilation (1).

A l'appui de notre opinion, nous citerons d'abord le début : « Hermann Christi pauperum peripsuma (*le rebut*) et philosophi tirunt asello immo limace tardior assepa. B. suo Ingeni? in Domino salutem. Cum a pluribus saepe amicis rogaret ut mensuram astrolabii, que apud nostrates confusa ac passim mutilata vulgo invenitur, lucidius plenusque scribere temptarem, idque hactenus tum propter inscientiam tum etiam propter pedissecam heu! mihi familiarem desideravi

(1) Nous ne prenons pas en considération l'interprétation mise en tête du n° 16204.

interne, au moment où elle s'épanouit en éventail, en formant ce que les anatomistes ont appelé le grand soleil de Reil. La partie postérieure de ce pied, dit Huguenin, constitue le faisceau commun de toutes les fibres sensibles et sensorielles au moment où elles vont se recourber pour entrer dans le lobe occipital. « Une lésion quelconque siégeant à ce niveau, pourvu qu'elle interrompe le fonctionnement de ces fibres, produira donc une anesthésie qui aura pour caractères d'être unilatérale et de porter à la fois sur toutes les espèces de sensibilité, cutanées et spéciales » (Lépine, *Localisations cérébrales*, 1875, p. 59). Cette conclusion découle naturellement des notions anatomiques et physiologiques, sauf cependant pour ce qui a rapport à la sensibilité spéciale ; nous verrons tout à l'heure pourquoi.

Mais avant de donner les résultats de l'expérimentation, nous devons faire l'histoire rapide de cette affection, dont l'étude est si nouvelle ; nous en trouvons un résumé à peu près complet dans la thèse de M. Veysièrre. Dans la première partie de son travail, M. Veysièrre fit le relevé de la plupart des observations publiées soit en France, soit à l'étranger, et ajoutant à celles-ci celles qui lui furent communiquées par MM. Charcot et Vulpian, il arriva à un total de 17 observations qui toutes, avec autopsies, fournirent des résultats que l'expérimentation devait venir confirmer quant à la localisation de la lésion déterminant l'hémianesthésie. Depuis la publication de ce travail, il a été publié d'autres observations qui vinrent toutes confirmer les conclusions de M. Veysièrre ; ce sont les observations de M. Pitres, Pierret et Raymond (*Soc. de biol.*, 1874, 1875 et 15 janvier 1876). Nous ne pouvons dans cet exposé, qui doit être rapide, analyser toutes ces observations, dont la première est due à Todd (1) (1838), qui décrit avec soin la lésion cérébrale, à laquelle il attribua les troubles de la sensibilité, principalement l'hémianesthésie qu'il avait constatée pendant la vie ; la dernière à M. Pitres, interne des hôpitaux de Paris et élève de M. Charcot, nous nous contenterons d'analyser une observation due à MM. Debove et Exchaquet, observation qui, citée dans la thèse de M. Veysièrre, avait déjà été l'objet d'un mémoire très-intéressant de M. le docteur Bourneville (*Progrès médical*, 1873, p. 244). Il s'agit d'une femme de soixante-quatre ans qui, à la suite d'un étourdissement, fut prise d'une paralysie du côté droit. Cette paralysie, qui intéressait le bras et la jambe, était incomplète : la sensibilité à la piqure et au pincement, très-

manifestement diminuée sur la joue droite, était presque tout à fait abolie sur les membres du même côté et sur la moitié correspondante du tronc ; cette anesthésie paraissait s'arrêter nettement à la ligne médiane. La sensibilité à la température était aussi très-manifestement affaiblie sur les mêmes points.

À l'autopsie, on trouvait un foyer de ramollissement de 2 centimètres de largeur sur 1 centimètre de hauteur, intéressant :

1° L'extrémité supérieure et antérieure du troisième segment (*putamen*) du noyau extra-ventriculaire.

2° La partie moyenne du noyau intra-ventriculaire du corps strié dans une petite étendue.

3° La partie correspondante de la capsule interne.

De plus, en arrière, du chiasma, on trouvait deux petits foyers lacunaires distincts. Nous ne pouvons reproduire l'examen néroscopique, fait avec le soin minutieux qui doit être demandé dans tout ce qui a rapport aux localisations cérébrales, mais des coupes successives montraient que les lésions atteignaient principalement le pied de la couronne rayonnante. La capsule interne, dans sa partie qui sépare le noyau lenticulaire de la couche optique, n'était pas lésée ; la couche optique était aussi parfaitement saine (1).

Dans cette observation, l'hémianesthésie doit donc être attribuée à une lésion de la partie postérieure du pied de la couronne rayonnante, y compris la partie adjacente du centre ovale. Quant à l'altération du noyau lenticulaire, M. Bourneville fait remarquer, avec raison, qu'il existe un nombre suffisant d'observations établissant que des altérations moins profondes des diverses parties de ce noyau de substance grise ne peuvent exister sans accompagnement de troubles de la sensibilité.

Ce sont ces mêmes lésions, lésions siégeant toujours sur la capsule interne et le pied de la couronne rayonnante, que nous trouverons dans toutes les autopsies d'hémianesthésie, dans celles de Turck (*Sitzungsber. der Kais. Akademie des Wissenschaften zu Wien*, 1859, 4 autopsies), dans celles de Jackson (*Note on the functions of the optic thalamus*, in *London hospital Reports*, 1866, p. 373, t. III), et enfin dans celles plus récentes de Vulpian, Charcot, Bernhardt (*Berl. klin. Wochenschr.*, sept. 1873), Raymond, Pitres, Pierret, etc., citées soit dans la thèse de Veysièrre, soit dans les BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE ; ce sont ces mêmes

(1) Dans un cas cité par M. Lays, le centre mélan de la couche optique était lésé ; la lésion avait envahi le corps strié. (Cocographie photographique des centres nerveux.)

subterfugerem, tandem a tua potissimum instantia propulsum ; etc.

Vers le milieu, il donne les synonymes des étoiles en arabe et en latin, ce qui semblerait devoir être placé à part.

Le traité se termine par la description des sept climats et l'énumération des villes ou contrées qu'ils contiennent.

À propos des climats, nous lisons : « De quorum mutationibus Ptolemeus et Eratosthenes satis lucide tractant, Marcianus quoque. »

La description des climats prouve qu'elle est empruntée à des sources autres que les sources arabes.

C'est ainsi qu'on lit du premier : « Ambulat per Asiam, ex parte Euri usque ad insulam Taprobane. »

Dans le deuxième nous trouvons la Tripolitaine, dans le troisième la Cyrénaïque, dans la quatrième Leptis magna, dans le cinquième la Tingitane, enfin dans le septième la mer Egée et la Thessalie.

Evidemment ce ne sont pas là des équivalents mis simplement par un traducteur de l'arabe pour rendre les termes du texte.

Que le traité de l'astrolabe procède plus ou moins de l'arabe, les preuves en sont multiples. Il suffit de dire que la plupart des termes techniques et que la généralité des noms des étoiles sont donnés en arabe.

En somme, nous croyons que jusqu'à nouvel ordre, et jusqu'à ce que des documents péremptores le fassent attribuer à l'un de ses homonymes, on peut continuer à considérer le traité de l'astrolabe comme étant du Contract. Nous croyons que les éléments arabes qu'il renferme ont pu lui arriver de l'Espagne. Nous croyons enfin que son traité est une compilation et non une traduction.

Les manuscrits qui contiennent le traité d'Hermann en contiennent un autre qui porte le nom de Gerbert ou Gilbert. Cousin l'attribue à Gerbert, que nous croyons plutôt un importateur qu'un traducteur. Serait-ce dans ce traité que Hermann

lésions, autour desquelles peuvent venir se surajouter des lésions des organes voisins sans qu'on puisse faire intervenir pour cela ces dernières dans la production de l'hémianesthésie, que nous retrouverons dans la thèse de Veysière.

M. Raymond, médaille d'or des hôpitaux, a plus récemment, dans un mémoire encore inédit, recherché les relations existantes entre les hémianesthésies de cause saturnine, de cause hystérique et de causes cérébrales, au point de vue des sens. A. propos de la communication de M. Laborde à la Société de biologie, il a fait connaître quelques résultats de ses recherches. Pour lui, dans ces trois cas, il y a simultanéité d'un symptôme : l'hémianesthésie. Ce n'est point à dire pour cela que la lésion soit la même dans les causes cérébrales, hystérique et saturnine, mais il y a lésion et cette lésion a un siège unique. Poursuivant plus loin ses investigations, il a localisé l'hémichorée, phénomène si fréquent qui vient se greffer sur l'hémianesthésie, et pour lui la lésion qui produirait l'hémichorée siègerait en dehors de la couche optique, dans la capsule interne; par conséquent les fibres dont la lésion amènerait l'hémichorée seraient superficielles par rapport à celles qui détermineraient l'hémianesthésie. Ces deux systèmes de fibres seraient contigus, l'un recouvrirait l'autre, mais ils seraient assez indépendants l'un vis-à-vis de l'autre pour que les fibres superficielles puissent être lésées sans que pour cela les fibres plus profondes le soient. Avant de pouvoir conclure ainsi par l'expérimentation, M. Raymond avait déjà rassemblé plus de trente observations d'hémichorée de causes cérébrales (tumeurs, anévrysmes, hémorragies, ramollissements, méningites tuberculeuses, etc.), quatorze fois il avait pu faire l'autopsie, et dans ces quatorze observations il a trouvé la lésion qu'il considère comme cause directe de l'hémichorée. L'expérimentation n'est donc venue que confirmer la clinique.

Déjà M. le professeur Charcot, dans ses LEÇONS SUR LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX (9^e leçon, p. 253), avait noté la fréquence de l'hémichorée dans les cas d'hémianesthésie. Pour lui, l'hémianesthésie développée sous l'influence de lésions encéphaliques, lésions qu'il plaçait dans la partie postérieure de la couche optique, présente les mêmes caractères que ceux qui se présentent dans l'hystérie. Quant à ces tremblements, voici comment il les décrit : « Ce sont (p. 279) des convulsions rythmiques qui revêtent tantôt les apparences de la secousse clonique de la chorée, tantôt celles du tremblement de la paralysie agitante, ce tremblement paraît tantôt en même temps que l'hémianesthésie, tantôt au moment

où la paralysie motrice commence à s'amender. La lésion consiste soit en hémorragie, ramollissement ou tumeur, occupant la région postérieure de la couche optique et les parties adjacentes de l'hémisphère cérébral situées en dehors de celles-ci. Les recherches de M. Raymond viennent confirmer cette localisation. On voit donc, par la fréquence de la concomitance de ces deux symptômes, qu'ils peuvent survenir l'un sans l'autre, leur centre n'étant pas le même. Il y a donc là cliniquement, et non physiologiquement, il est vrai, un véritable centre d'un système, malgré l'opinion contraire de M. Brown-Séquard, qui est loin d'admettre ce fait dont les autopsies et la clinique nous donnent la preuve. Pour M. Brown-Séquard, et peut-être a-t-il raison au point de vue physiologique et métaphysique, il n'y a pas de centre cérébral dont la lésion amenant une perte de fonctions puisse déterminer une paralysie. Bien plus, pour lui « les troubles de la motricité sont produits par des irritations à distance dont l'effet peut être d'ailleurs direct ou croisé, ces troubles déterminent des symptômes de dépression tels que les paralysies, ou d'excitation tels que les convulsions, les contractures, tous phénomènes de même ordre, car ils se rattachent à une commune origine. Quels que soient, ajoute-t-il, le siège et la nature des lésions cérébrales, il peut y avoir des paralysies directes. Il en est de même pour les convulsions et les contractures, qui sont des phénomènes de même ordre que les paralysies, l'irritation à distance pouvant amener soit la perte, soit l'exagération des mouvements » (Société de biologie, séance du 22 janvier 1876).

C'est pour répondre à ces objections que M. le docteur Laborde a institué des expériences dont il est venu donner le résultat à la Société de biologie. Dans la séance du 22 janvier 1876, il présentait à la Société deux chiens sur lesquels il avait produit artificiellement, par injection du sang, une hémorragie cérébrale. L'un avait une paralysie motrice des membres et de la face du côté opposé à la lésion avec hémianesthésie directe, et de plus tremblement convulsif, choréiforme de l'oreille droite, tremblement qui a duré trois jours seulement; l'autre avait une hémiplegie faciale indirecte avec hémianesthésie directe. Bien que ces deux expériences de M. Laborde ne puissent être considérées comme tout à fait démonstratives, l'autopsie de ces animaux n'ayant pas encore été faite au moment de la communication, elles ont cependant une valeur réelle, car malgré les différences du procédé expérimental employé, elles viennent à l'appui des expériences et des conclusions de MM. Veysière et Raymond, expériences

aurait puisé ses documents arabes? C'est là une question à laquelle nous ne sommes pas actuellement en état de répondre.

(A suivre.)

L. LECLERC.

— Le Congrès des sociétés protectrices de l'enfance aura lieu à Paris dans les premiers jours d'avril prochain, à l'époque de la réunion annuelle des sociétés savantes. La Société protectrice de l'enfance de Paris se propose de mettre au concours les questions suivantes : 1^o Quelle influence la prime offerte par les bureaux de nourrices aux accouchées et aux sages-femmes peut-elle exercer sur l'allaitement maternel? Ces établissements doivent-ils rester libres ou dépendre de l'administration de l'assistance publique? 2^o Quelles sont les maladies aiguës et chroniques qui nécessitent l'interdiction ou la suspension de l'allaitement? 3^o De la syphilis infantile et de ses rapports avec l'allaitement.

L'ART DENTAIRE EN ANGLETERRE. — La profession du dentiste est beaucoup mieux considérée chez nos voisins que chez nous. Le Collège des chirurgiens a créé, il y a longtemps déjà, un diplôme spécial dont la plupart des dentistes sont pourvus, quoiqu'ils puissent exercer sans cela. Un chirurgien de mérite, M. Donald Napier, vient de fonder une Société (*Dental Society*) qui recrutera ses membres parmi les dentistes qui ont passé les examens nécessaires pour exercer légalement la médecine et la chirurgie.

DÉCÈS EN ANGLETERRE. — Nous trouvons, dans le relevé des décès qui vient d'être publié pour l'année 1875 en Angleterre, que 106 hommes et 480 femmes sont morts dans le Royaume-Uni à l'âge de 95 ans ou au-dessus; 89, dont 79 femmes, avaient atteint ou dépassé leur centième année. L'homme le plus âgé, décédé dans le district de Wolstanton (Straffordshire), avait 103 ans; une femme d'Hurst Alms-house (Exeter), 108 ans; une autre, de Newpo (Monmouthshire), 112 ans.

que nous avons relatées plus haut. M. Raymond était déjà arrivé, par le procédé de section directe, à produire l'hémianesthésie et l'hémichorée toutes les fois qu'il avait déterminé une hémorrhagie dans la région postérieure de la capsule interne; dans quatre cas même, il avait observé une hémichorée coïncidant avec la lésion anesthésique du côté opposé.

Avant de passer en revue les résultats de l'expérimentation, signalons deux cas curieux d'hémianesthésie. L'un est dû à M. Duret; l'hémianesthésie était consécutive à une brûlure (*Gaz. méd.*, n^o 4, 1876), l'autre à M. le docteur Chauvel. Dans cette dernière observation, l'hémianesthésie était consécutive à une lésion du nerf optique, un maître d'armes avait eu l'œil perforé par un fleuret; l'hémianesthésie fut consécutive à cette lésion. Il suffit de signaler ces deux observations pour montrer à combien de causes l'hémianesthésie peut être due; voyons maintenant les résultats de l'expérimentation directe sur les animaux.

M. Veysièr essaya tout d'abord de produire des lésions cérébrales par la méthode indiquée par MM. Fournié et Deaunis (*Acad. de méd.*, 1868) (1). Il injecta de l'acide chromique, puis de la gomme colorée avec du vermillon, du nitrate d'argent, de l'iode, etc. Les résultats furent à peu près nuls au point de vue des troubles de la sensibilité en général et de l'hémianesthésie en particulier. Le procédé laissait trop à désirer, l'action des substances injectées ne se localisait pas suffisamment. Pour obvier à cet inconvénient, M. Veysièr employa « un trocart explorateur ordinaire, dont la tige perforante est remplacée, une fois la canule introduite dans l'encéphale par une autre tige, à l'extrémité de laquelle un ressort fortement coudé vient se fixer. Ce ressort dépasse l'extrémité libre de la canule d'une longueur que l'on peut faire varier et former angle avec l'axe du trocart. En faisant décrire à l'instrument un tour ou un demi-tour, le ressort qui dépasse son extrémité produit dans la pulpe cérébrale une déchirure dont on peut d'avance mesurer le diamètre. »

Si nous insistons sur le mode opératoire employé et imaginé par M. Veysièr, c'est à cause des résultats qu'il a permis d'obtenir; c'est ce procédé qu'on emploie aujourd'hui généralement (Raymond). Voici le résultat de ces expériences.

En plongeant le trocart à une profondeur déterminée d'avance par des mensurations, et en faisant faire à l'instrument que nous avons décrit un tour plus ou moins complet, mais suffisant pour léser la portion du cerveau que l'on veut expérimentier, sur cinq expériences où la capsule interne était atteinte, ainsi que le pied de la couronne rayonnante, le noyau lentillaire du corps strié, le noyau extra-ventriculaire du corps strié, M. Veysièr a toujours obtenu le même résultat: l'hémianesthésie, hémianesthésie plus ou moins persistante, plus ou moins complète, mais coïncidant toujours avec les lésions que nous avons signalées comme étant la cause directe des troubles de la sensibilité. Si dans d'assez nombreuses expériences l'hémianesthésie n'a pas été obtenue, malgré la destruction assez considérable de la substance cérébrale, à l'autopsie des animaux, M. Veysièr a toujours trouvé que la capsule interne et le pied de la couronne rayonnante n'avaient pas été intéressés. Ces expériences négatives venaient donc confirmer la règle. De plus, le degré d'hémianesthésie et sa durée, étaient proportionnels à la longueur de la lésion du

pied de la couronne rayonnante. L'expérimentation donnait, on le voit, des résultats que la clinique et l'anatomie pathologique avaient déjà fait connaître, et M. Veysièr concluait en s'appuyant sur ses expériences que: les lésions qui s'accompagnent d'hémianesthésie ont le plus habituellement pour siège la partie postérieure et supérieure de la capsule interne ou le pied de la couronne rayonnante: que les ganglions cérébraux avoisinant (couche optique, noyaux coudés et lentillaire du corps strié), peuvent être lésés simultanément, mais que leur lésion isolée, sans propagation à la capsule interne ou au pied de la couronne, sans compression de ces parties, ne produit pas l'hémianesthésie. Quant aux troubles du côté des organes des sens, ils n'ont malheureusement pas été constatés avec assez de certitude pour qu'il soit permis de tirer quant à présent des conclusions rigoureuses.

Ces résultats de l'expérimentation permettent donc d'écartier définitivement la théorie de Todd et de Carpenter: ces auteurs faisaient en effet de la couche optique le centre des perceptions de toutes les impressions entrées du corps strié, l'aboutissant du tractus moteur: ce dernier aurait aussi participé à l'exécution des mouvements volontaires. Or, dans les expériences Veysièr, ces lésions ont été produites sans que pour cela l'hémianesthésie se soit manifestée, mais l'anatomie pathologique avait déjà écarté la théorie anglaise qui ne reposait, on le voit, que sur de simples vues de l'esprit et non sur des faits. M. Nothnagel (*Virchow's Archiv*, Bd. LXII, cité par M. le docteur Lépine dans sa thèse sur les localisations cérébrales), M. Ferrier (*West riding Lunatic Asylum Medical Reports*, oct. 1873, et *Progress médical* 1873 et 1874), avaient déjà montré que les excitations des couches optiques, leur lésion même à l'aide d'injections interstitielles ne produisaient ni mouvement, ni troubles de la sensibilité lorsque les couches optiques étaient seules lésées ou excitées. M. Veysièr en lésant la capsule interne et le pied de la couronne rayonnante sans intéresser aucunement les couches optiques, déterminait l'hémianesthésie: ces deux modes divers d'expérimentation aboutissant au même résultat démontraient donc clairement l'indépendance de la couche optique dans la production du symptôme: hémianesthésie. Ces résultats s'écartaient or le voit sensiblement des conclusions du Turck: pour ce dernier, l'anesthésie est d'autant plus prononcée que la lésion ne se limite pas aux lobes cérébraux, et qu'elle envahit les ganglions et notamment la partie externe de la couche optique. (*Ueber die Bezieh. gew. Krankheitsherde des grossen Gehirns zur Anästhesie*, in *Ztschr. Wien. Arzt*, 1860.)

Toutes les expériences que nous venons de résumer permettent donc d'affirmer que M. Brown-Séquard se trompe, lorsque même au point de vue clinique il n'admet pas un centre de localisation ou tout au moins un système particulier pour chaque fonction. Les faits sont aujourd'hui trop nombreux et ont été trop bien observés, soit physiologiquement, soit cliniquement, pour qu'il puisse rester encore le moindre doute à cet égard. Nous pouvons donc terminer en citant les paroles que M. le professeur Charcot prononçait à la Société de biologie le 15 janvier 1876; elles sont un résumé complet et exact de l'état de la science sur cette question:

« M. Brown-Séquard ne considère pas ces faits (observations de Pitres citées plus haut) comme constituant des exemples de localisations cérébrales; parce que la capsule interne n'est pas un centre, mais je ne m'arrête pas à cette objection et je continue à considérer comme rentrant dans le cadre des localisations cérébrales toute lésion limitée qui s'accompagne de phénomènes constants: il ne peut être

(1) Note sur un procédé nouveau pour étudier les fonctions du cerveau au moyen d'injections interstitielles trépanées, déterminant des foyers d'encéphalite circonscrite facile à retrouver à l'autopsie. Nous donnons les détails de cette communication pour rendre à M. Deaunis la priorité sur ce mode d'expérimentation cérébrale. M. Nothnagel n'a décrit et n'a employé ce procédé qu'en 1872. (*Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften*, n^o 45, 1872.)

» Parmi ces exemples d'altérations localisées, il n'en est pas à coup sûr de plus démonstrative que celle qui donne naissance à l'hémianesthésie.

» Qu'une hémorrhagie vienne déchirer ou comprimer le tiers postérieur de la couche optique, une hémianesthésie se manifeste, portant à la fois sur les tissus spéciaux et sur les nerfs de la sensibilité générale de la moitié opposée du corps.

» Ces symptômes persisteront si les fibres de la capsule interne ont été lésées d'une façon irrémédiable ; au contraire si les fibres capsulaires ont été seulement comprimées, leurs fonctions reviennent peu à peu, on verra les symptômes disparaître graduellement. Et comme cette amélioration suit pas à pas l'évolution régressive de la lésion, elle devient une preuve du rapport qui unit les deux phénomènes. »

J. M.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

DES CONDITIONS DE LA CURABILITÉ DES EMBOLIES, par le docteur BOUILLON-LAGRANGE père, ancien interne des hôpitaux de Paris et membre de la Société médicale d'observation, etc.

Première partie.

À la suite d'une discussion sur l'embolie, j'ai adressé à l'Académie de médecine, le 2 septembre 1873, deux cas de guérison analogues à ceux qui avaient été cités dans la séance du 26 août, dont l'un surtout est des plus remarquables ; mais ces faits, déjà peut-être trop brièvement exposés, ont été abrégés encore dans le BULLETIN, de manière à perdre leur *signification*. Non but, en les portant à l'attention des distingués membres de cette compagnie, était de provoquer un examen plus complet des observations connues, une appréciation des circonstances qui les avaient accompagnées où il fut possible de puiser quelque lumière pour l'avenir de la pratique.

N'ayant pu obtenir le résultat que je poursuivais, j'ai cherché à m'éclairer par la revue des principaux travaux sur la matière depuis vingt ans, et la conclusion de cette étude sur l'embolie m'a paru assez intéressante au point de vue de la curabilité, et utile à publier.

Je viens donc exposer non pas l'ensemble des données que l'expérimentation et la clinique ont fournies à la science sur ce sujet en général, travail déjà fait par des maîtres, mais seulement quelques-unes de celles qui ont trait aux modes de guérison de ce processus.

J'indiquerai d'abord les faits de ce genre que j'ai pu réunir ; je ferai ressortir les conditions étiologiques au milieu desquelles ils se sont produits, l'aspect symptomatique qu'ils ont revêtu, tant au moment de leur apparition que pendant leur évolution favorable ; j'examinerai ensuite ce qui, dans certains cas d'embolies dont les effets avaient disparu pendant la vie, a pu être constaté ultérieurement sur le cadavre par suite de nouveaux accidents devenus mortels ; enfin je corroborerai ces investigations par les notions précises que des expérimentations nombreuses et des études d'anatomie pathologique très-exactes nous ont léguées sur la matière, et j'en tirerai les conclusions sur la curabilité d'un accident bien plus fréquent qu'on ne le suppose généralement.

Dans cette étude, je n'ai pas la prétention de faire une histoire complète, même de ce point isolé, la curabilité des embolies, mais seulement d'y jeter un rayon de lumière, si faible qu'il soit, heureux si cet essai peut provoquer des recherches cliniques nombreuses et plus fécondes dans le même sens.

I. *Exposé des faits de guérison.* — Lorsqu'on se trouve en face de ces états morbides, foudroyants en apparence, dans

lesquels la présence d'une coagulation veineuse artérielle ou cardiaque, ou celle de corps qu'on peut supposer mobiles dans l'intérieur du cœur ou des vaisseaux, coïncide soit avec un trouble subit et profond des organes centraux, soit avec une douleur vive instantanément surgie dans un membre, avec affaiblissement, suspension ou arrêt de sa circulation, il ne peut rester aucun doute sur la nature du processus, causé des accidents : *c'est une embolie.*

Mais en même temps que ce diagnostic se fonde une grande inquiétude s'éveille et sur les accidents qui vont se produire et pour la vie du malade.

Cependant, la chose est avérée, la guérison est possible ; des faits déjà nombreux l'attestent. Mais comment ? Par quels procédés ? Dans quelles conditions et du malade et des organes intéressés cet heureux résultat peut-il se produire ? C'est ce que nous tâcherons de déterminer. Mais voici d'abord les faits que j'ai pu réunir :

1° En 1865, M. Houel racontait à la Société de chirurgie que dans un cas de double fracture de la cuisse avec œdème persistant de la partie inférieure du membre, il y eut perte de connaissance subite d'une à deux minutes, précédée d'oppression vive (29 mai). Le lendemain, un bruit de souffle râpeux remplace l'absence de battements du cœur de la veille ; il se produit au premier temps, se prolonge à gauche, s'efface le soir. Le 2 juin, malaise et nouveaux troubles cardiaques ; en arrière respiration un peu soufflée, pouls plus faible à la radiale droite, crachats un peu visqueux mêlés de sang. Le 4, amélioration. Le 27, l'œdème du membre persiste, un empatement profond existe à la racine de la cuisse, mais pas de cordon, l'œdème persiste encore en août. Ici l'embolie est présumée et en effet très-probable (*Gaz. hebdomadaire*, 1865, p. 830).

2° A la même séance, M. Richet citait un cas de veines variqueuses enflammées où il y eut des symptômes de suffocation subite et effrayante, sans affection du cœur, et qui furent diagnostiqués une embolie. Quelques jours plus tard le malade était foudroyé en peu de temps. Certainement il y a là encore double terminaison du même processus : guérison momentanée et plus tard coup mortel. (*Gaz. hebdomadaire*, 1865, p. 831.)

À côté de ces faits, notons la remarque suivante : l'embolie de l'artère centrale de la rétine, quand elle est isolée, n'entraîne qu'une cécité passagère qui disparaît dans un temps très-court par le rétablissement de la circulation collatérale (vingt-quatre heures). Quand la cécité persiste, M. Weber dit qu'il y a lieu de soupçonner un thrombus de l'artère ophthalmique fermant à la fois la circulation de l'artère centrale et celle d'un nombre plus ou moins grand d'artères ciliaires postérieures courtes (*Embolie des vaisseaux de la rétine et du nerf optique*, in *Gaz. hebdomadaire*, 1868, p. 204 et suiv.).

3° Une observation de M. Colin (du Val-de-Grâce) est des plus remarquables. A la suite d'une fièvre typhoïde, une thrombose des veines saphènes s'était produite avec œdème périmaléolaire disparaissant par la station horizontale, en mars. Tout à coup (20 mai), douleur subite sous-claviculaire gauche, avec étouffement sans fièvre, diminution le soir ; plus tard hémoptysies successives, mais crachats moins aérés que les pneumoniques et de plus en plus noirs. Le 2 juin, mêmes accidents, puis aussi le 15, chaque fois durant quelques jours ; en même temps les caillots de la saphène disparaissaient à gauche mais non à droite ; puis en juillet vive douleur du pli inguinal et induration de la crurale jusqu'à l'iliaque externe, à l'épigastrique, aux veines du cordon. Dix mois après, dans la région supérieure de la cuisse, exista un développement anormal des veines superficielles, indiquant encore la nécessité d'une circulation supplémentaire (*Gaz. hebdomadaire*, 1872, p. 437).

4° On doit à M. Azam (de Bordeaux) le fait suivant : Thrombose et embolie veineuses consécutives à une fracture intra-articulaire du coude ; guérison. Traitement par occlusion

de la fracture; pneumonie traumatique; thrombose de l'iliaque droite; symptômes subits d'oppression, asphyxie, perte de connaissance; à droite, râle sous-crépitant avec souffle tubaire localisé; crachats sanguinolents; thrombose étendue à l'iliaque gauche. Mêmes accidents à plusieurs reprises, mais avec moins d'intensité (*Gaz. heb.*, 1872, p. 587, extrait du *Bordeaux médical*).

5° Dans l'analyse faite par M. Labadie-Lagrave (*Gaz. heb.*, 1873, p. 54) des travaux de Johnson (de Londres), on trouve citée la maladie d'un médecin, le docteur L..., qui, consécutivement à la stase sanguine produite par une *inflammation goutteuse*, eut une pneumonie circonscrite causée par un caillot migrateur et guérit.

Dans la séance du 26 août 1873 (*Bull. de l'Acad.*, 1873, p. 1035 et suiv.), après la communication à l'Académie par M. Demarquay d'un cas de mort subite par embolie suite de fracture de jambe, les observations suivantes furent rapportées :

6° M. Demarquay a vu, avec Trousseau, dans le cours d'un phlegmon périurétral avec coagulum de la veine fémorale jusqu'à l'arcade, alors que la jambe, après avoir été soulevée et abandonnée brusquement, retombait sur le lit de la hauteur de quelques centimètres, survenir tout à coup une douleur thoracique très-vive, une anxiété extrême avec syncope, puis retour à la vie. L'épuisement, et par suite de cette condition la désagrégation d'un caillot sanguin *peu consistant*, ont permis dans ce cas sans doute et l'embolie et le rétablissement de la circulation.

7° et 8° M. Bourdon a cité deux faits (un cas de varices, un autre de *phlegmetia alba*), la cause fut aussi le mouvement. L'une des malades conserva longtemps la face asphyxique, de l'oppression, quelques hémoptysies; il n'y eut pas de signes d'auscultation, les caillots étaient probablement petits.

9° et 10° M. Depaul a vu aussi deux guérisons, toutes deux semblables, dans des *phlegmatia alba*. Il y eut douleur thoracique, oppression, suffocations subites, bruit de souffle au cœur non persistant. La cyanose dura douze jours.

11° M. Moutard-Martin vit aussi dans un cas semblable les mêmes accidents reproduits deux fois, à trois jours d'intervalle. A la suite de frictions faites à la jambe, angoisse, anxiété effrayantes, cyanose, extrémités froides, pouls filiformes-très-fréquent, battements cardiaques tumultueux. Quatre jours après; mêmes accidents. Suivant l'auteur, la guérison dépend de la grosseur et de la consistance du caillot.

12° M. Vidal a cité à la Société médicale des hôpitaux (*Gaz. heb.*, 1874, p. 820) une embolie de l'artère humérale avec rétablissement du pouls. Dans un cas d'émphysème avec dilatation du cœur et insuffisance de la valvule mitrale fort anciens, orthopnée subite le 4 octobre 1860 et fièvre. Le 20, pouls radial faible avec œdème des doigts, douleur à l'épaule et au plexus brachial. Le 23, absence de pulsations des artères du bras. Le 27, pulsations perceptibles dans l'aillaire et dans l'humérale. Le 7 novembre, on sent le pouls radial. Le 5 décembre, il est plus fort, mais revenu par l'arcade palmaire. Quelques années plus tard, en 1866, mort subite. Il n'y eut pas d'autopsie.

Après ces cas plus ou moins évidents d'embolies suivies de guérison, je vais rapporter ceux que j'ai pu rencontrer moi-même. Sans doute un coup d'œil rétrospectif sur les observations faites à une époque où l'attention n'était pas encore attirée sur ce sujet, où nos connaissances n'étaient pas basées sur les observations et les expériences remarquables de Virchow, de Panum, de Busli, de Feltz, etc., pourrait peut-être nous fournir d'autres faits, mais ils ne porteraient pas à un même degré le cachet d'évidence, et dans un débat contro-versé il faut apporter des preuves aussi palpables que possible.

13° et 14° Dans une lettre adressée à l'Académie le 2 septembre 1873, j'ai cité les deux cas suivants, dont l'analyse faite au BULLETIN ne donne qu'une idée très-imparfaite.

Dans le premier, chez un homme de trente-six ans, très-robuste et d'une santé parfaite, à la suite d'une contusion du mollet droit avec oblitération de la veine tibiale postérieure (l'externe, je crois), on observe successivement, huit jours après la guérison apparente de la blessure, quinze jours environ après l'accident qui l'a déterminé, suffocation, menaces de syncope, plus tard hémorragie pulmonaire, puis, après quelques jours, congestion cérébrale avec hémiplegie incomplète, ensuite et alors que l'on constatait encore dans le poumon droit un peu d'obscurité de la respiration et un souffle profond, et aussi des inégalités et de rares intermittences du pouls avec souffle cardiaque au premier temps, oblitération très-douloureuse de l'artère radiale gauche avec léger œdème du membre; enfin, oblitération successive des veines crurales et de la droite en dernier lieu. Après un mois, le rétablissement de la santé générale était complet, sauf persistance d'un œdème des membres qui dure encore aujourd'hui après quatorze ans, malgré l'emploi constant de bas élastiques.

Dans l'autre cas il s'agit de varices, puis d'oblitération de la veine crurale avec œdème, puis le même phénomène se produit dans le membre opposé et non affecté de varices, enfin des troubles cardiaques et pulmonaires se produisent au moment de la désoblitération des veines crurales, transport embolique sans doute en bien minime proportion, puisque la santé s'est parfaitement rétablie et en quelques jours.

15° En ce moment même, un blessé, soigné par mon fils, vient de nous présenter un cas dans lequel on ne peut supposer, à mon sens, qu'une embolie pulmonaire, bien que les accidents subits et si graves en apparence qu'il a présentés semblent tout à fait terminés.

Il s'agit d'une fracture de l'avant-bras avec contusion du coude à sa partie inférieure interne produite par le passage rapide d'une roue de cartelle non chargée sur le membre, et obliquement de la partie inférieure du radius à la partie inférieure du bras. Au sixième jour de la blessure, et alors que la fracture n'était encore maintenue que par un appareil provisoire *très-peu serré*, se produit tout d'un coup, dans les efforts du malade pour se lever, une douleur pleurétique, violente avec oppression, pâleur de la face, imminence de syncope. A l'arrivée de mon fils, quelques heures après, fièvre, mais établie sans frissons. Rien de notable à l'auscultation (sinapisme, julep kermésité, boisson pectorale). Le lendemain, expectation de quelques crachats, non pas rouillés, mais composés d'un coagulum de sang noir et non aérés. A l'auscultation, souffle bronchique profond et très-borné et râle sous-crépitant à la surface dans une étendue de 8 à 10 centimètres au poumon droit, en arrière, et tout se borne à cela, sans une profonde altération des traits qui persiste quelques jours et ne semble pas en rapport avec l'importance de la lésion. Après huit à dix jours d'un traitement par le vésicatoire et les moyens sus-indiqués, l'accolature d'acoint et la teinture de digitale, tout est rentré dans l'ordre et les signes stéthoscopiques ont disparu pour faire place d'abord à une respiration un peu obscure, mêlée de râle sous-crépitant dans les mêmes points, et plus tard, après trois semaines, à une respiration à peu près normale. Rien de particulier d'ailleurs du côté de la fracture, aucun signe de suppuration, pas de veine oblitérée, en apparence au moins. Un bandage silicaté a été appliqué; mais pendant la durée des trois dernières semaines deux symptômes consécutifs sont à noter : de vives douleurs dans les artères tibiales postérieures avec battements violents dans les artères musculaires, surtout à gauche, sont produites subitement dans la station verticale, et cèdent dans la position horizontale pour se reproduire dès que le malade essaye de nouveau de se tenir debout, et cela, durant quelques jours, et une légère pleuro-pneumonie du bas du côté gauche, sans signes d'auscultation, avec des crachats composés d'un petit caillot de sang frais rouge dans un mucus un peu visqueux, et douleur costale de quatre jours de durée.

A la levée de l'appareil, et après un examen attentif du bras, on peut constater un cordon mince formé par l'une des veines humérales, un peu sensible au toucher, mais fort peu, et un œdème persistant de la partie inférieure interne du coude. Dix jours plus tard cet œdème existe encore.

16° J'observe depuis environ quinze jours une malade qui vient encore de me présenter une embolie, suite de varices

des mieux caractérisées, et qui, je l'espère, se terminera encore par la guérison, malgré la multiplicité et le prolongement des accidents.

C'est une femme de soixante ans, ayant eu une santé habituelle bonne, sauf quelques atteintes de douleurs rhumatismales et névralgiques, l'une surtout assez remarquable il y a deux ans, par le siège de la douleur à l'origine de la moelle du côté gauche et des vomissements d'une persistance singulière qui semblaient indiquer que le nerf pneumogastrique de ce côté était affecté (1). Cette femme, qui a une légère dilatation du cœur, porte à la jambe droite une varicose assez volumineuse, étendue à la cuisse jusqu'à l'aïne, et qui depuis quelques jours était devenue douloureuse et offrait des *nodus* au jarret et à la cuisse en deux endroits. Elle fit, le 18 décembre, une marche à pied de 4 kilomètres, moitié en montagne, et se coucha très-fatiguée et souffrant beaucoup de la veine saphène et des *nodus* dans qui s'y étaient formés. Obligée de se lever dans la nuit, elle ressentit une vive douleur avec craquement dans l'aïne, et presque en même temps éprouva une demi-syncope avec étouffement sous-sternal, qui persistait encore le lendemain et s'accompagna d'un craquement de sang sans cependant que cette femme, très-énergique, gardât le lit. Appelé près d'elle ce jour, je trouvai la veine saphène droite très-flexueuse, offrant trois tumeurs douloureuses, fermes, sans traces notables d'inflammation, mais formées de ces caillots durs et anciens remplissant le calibre de la veine, l'une d'elles à l'embouchure de la crurale, laquelle paraît elle-même incomplètement obstruée. Il n'y a point d'œdème. Fièvre établie sans frisson, douleur au côté droit du thorax. À l'auscultation, battements du cœur secs, sans vibration, sans bruits anormaux, matité un peu étendue sous le sternum. Dans le poulmon droit, en arrière, râle sous-crépitant de la largeur et de la hauteur de la main, au-dessous du scapulum, et profondément; souffle peu prononcé; le reste de la poitrine en parfait état. Quelques crachats formés de sang noir coagulé et non visqueux. Il n'y a pas de doute sur le processus (coagulation veineuse et lésion subite et localisée du poulmon chez une personne en pleine santé); le caillot prolongé dans la crurale s'était rompu, une partie peu volumineuse sans doute, avait été charriée jusqu'à une division de troisième ordre de l'artère pulmonaire et l'obstruait; une rupture du tronc éminé s'était faite autour d'elle et en communication avec les bronches, y versait le sang veineux coagulé qui le remplissait. Après avoir averti la famille du danger de la position, du retour possible même plus grave de l'accident, je fis placer la malade dans son lit, défendant tout mouvement actif (ouctions douces, avec la poulmon comprimé à Fiodofore (4 pour 30) et cataplasmes froids sur les *nodus* veineux; potion de 125 grammes avec 2 grammes d'alcoolature d'aconit (racines) et 2 grammes de teinture de digitale donnée par cuillerées de deux en deux heures; nouveau d'entretien). Le lendemain mêmes signes, pas de nouveaux accidents (résolutoire sur la poitrine, *loco dolenti*, même médication); la malade, placée à 14 kilomètres de ma résidence, n'est plus visitée que tous les deux jours. Quelques jours se passent dans le repos, sans nouveaux troubles, puis tout d'un coup, dans la nuit, étourdissement avec engourdissement du bras et de la jambe droits pendant environ deux heures, puis tout cesse, sauf le sentiment d'engourdissement qui se reproduit encore dans le moindre mouvement.

Quinze jours sont écoulés. La fièvre est tombée, la malade s'alimente, et, sans quitter la médication sus-indiquée, prend tous les matins un verre d'eau de Friedrichshall, dont l'effet est excellent; la veine saphène est fermée en un mince cordon; les tumeurs noueuses sont peu réduites et à peine douloureuses, on sent difficilement le cordon crural, quand tout d'un coup (31 décembre) nouvelle éruption vers le poulmon caractérisée seulement par l'étouffement et une toux sèche fatigante pleurétique, avec retour du point de côté à droite qui avait cédé, de la fièvre et l'expulsion de quelques crachats noirs de sang coagulé, mais avec d'autres visqueux et de sang rouge; le tout à la suite d'un changement de lit, dans lequel la malade, dit-on, est restée passive, suivant ma recommandation.

À l'auscultation, bruit respiratoire nul dans toute l'étendue de la face postérieure du poulmon droit, avec légère crépitation par places; retentissement de la voix à peine accentuée; respiration normale, pure dans toute la partie latérale et en avant du haut en bas; à gauche, léger souffle profond avec râle sous-crépitant dans

l'étendue de 7 à 8 centimètres à la surface, en arrière et en bas. (Diagnostic. — Nouvelle éruption d'un caillot à gauche, dans une branche de troisième ordre, mais avec moins d'intensité que la première fois; à droite pleuro-pneumonie probablement consécutive autour de la congestion mécanique et de compensation, limitée sans doute par des coagulations ou épanchements sous-pleuraux ou pleuraux.)

Je continue la potion avec l'aconit et la digitale, j'y ajoute 2 pilules d'extrait de digitale, de belladone et d'opium (à 1 centigr.), et le lendemain matin trois cuillerées prises d'heure en heure d'un julep stibé (3 décigrammes sur 125 grammes) et un vésicatoire cantharé de 15 centimètres en arrière, à droite.

Le 1^{er} janvier, l'effet du traitement paraît bon, la douleur et la fièvre sont calmées, les signes d'auscultation d'ailleurs les mêmes. Il n'y a eu aucun nouveau symptôme alarmant. (Traitement : 3 pilules ut supra; demain matin et après-demain matin trois cuillerées d'heure en heure de la potion stibée; trois potages; repas abolu.)

L'état de la saphène me laisse espérer que le caillot prolongé à lui-même subit le dessèchement et l'adhésion à la paroi de la crurale, et que de nouveaux transports emboliques primitifs ne seront pas produits; d'un autre côté, la localisation des infarctus le peu d'étendue du gauche et la pleuro-pneumonie, probablement hémorragique, qui s'est produite à droite permettent de croire que, grâce à la pureté du sang de la malade, il n'y aura ni suppuration, ni gangrène. Mais sommes-nous à l'abri des effets secondaires qui se sont déjà traduits par cette hémiplegie passagère et l'étourdissement?

Le 4 janvier, le pronostic se vérifie. La malade est très-affaiblie par la médication stibée, dont l'effet a été, pendant ces quatre dernières matinées, éméto-purgatif, mais soit par cette action, soit par celle du large vésicatoire de droite, soit par résolution spontanée, la fièvre est nulle, la respiration bonne, les signes stéthoscopiques s'effacent : à droite, la respiration est faible mais rapprochée de la surface, le son meilleur en arrière; partout ailleurs respiration très-pure et sans *axagération*, indice de la mince couche pulmonaire envahie; à gauche, le râle sous-crépitant est presque nul et la respiration, un peu faible seulement, le remplace, le souffle insensible; il y a eu expectoration de quelques crachats noirs de sang coagulé, dont l'un, mou, comme écrasé, gros comme une petite cerise, semble donner la mesure du nouvel infarctus, dont l'hypérémie périphérique paraît d'ailleurs dissipée. A part la faiblesse, effet du traitement, tout paraît s'améliorer, et l'étourdissement, malgré celle-ci, a à peu près cédé; la malade a pu être maintenue assise pendant à l'auscultation sans qu'il se soit produit. La veine saphène interne droite, réduite en cordon comme une petite plume, avec empalement de la gaîne cellulaire, qu'elle s'est formée dans le fascia; les tumeurs sont à peine du volume d'une demi-amande moyenne, le vaisseau est ferme et la crurale semble désobstruée et est sans empalement extérieur; évidemment la plus grande partie du caillot prolongé est fixé à la paroi. Il n'y a aucun œdème. Cet état local et celui des poulmons, la petitesse de l'infarctus de gauche et la résolution périphérique donnent l'espoir que les embolus comme les thrombus sont adhésifs et que de nouveaux accidents ne se produiront pas. Tout traitement est suspendu pour permettre le retour des forces par l'alimentation, absolument nulle depuis deux jours.

Le 7 janvier, la convalescence est confirmée, aucun phénomène embolique nouveau ne s'est produit, l'état de la poitrine est excellent, l'auscultation négative, la respiration presque naturelle dans les points envahis. La guérison semble en voie franche; l'avenir nous dira si nos prévisions sont bien fondées. Nous reviendrons sur cette observation.

II. Examen des faits de guérison. — Si nous reprenons ces divers faits, pour examiner les conditions étiologiques et pathologiques dans lesquelles se trouvaient les malades au moment de la production des embolies, nous remarquerons d'abord avec satisfaction :

1^o Les cas de fractures (ceux de MM. Houel et Azam, celui de mon fils : n° 1, 4 et 15). L'embolie suite de fracture est bien connue des chirurgiens; signalée depuis longtemps en France par Velpeau; il y a peu de temps encore M. Gosselin appelait sur elle l'attention de l'Académie (2 septembre 1873); mais la statistique de Bush (*Archives de méd.*, juillet 1867, p. 114) accuse surtout sa fréquence, puisque sur 45 cas d'embolies il a noté 23 fois les fractures comme causes;

(1) Ces symptômes bizarres, je l'appréhends, avaient succédé déjà à cette époque à une coagulation dans les varices, et ce fut accompagnée d'hématurie; n'étaient-ils déjà emboliques et secondaires?

elle a surtout produit la mort, et la mort *subite*. Les faits que je viens de citer sont au moins encourageants.

2° L'un des faits qui me sont personnels est la suite d'une contusion profonde avec oblitération d'une veine tibiale postérieure. N'en est-il pas de même aussi dans le cas de mon fils et l'œdème si persistant du coude n'y joue-t-il pas un aussi grand rôle dans la coagulation que la fracture elle-même (nos 13 et 15).

3° C'est à la coagulation du sang dans des veines variqueuses que sont dues les embolies suivies de guérison dans l'observation de M. Richet, dans laquelle les mêmes accidents deviennent mortels quelques jours après que son malade a échappé à un grand danger; celle de M. Bourdon et deux des miennes (nos 2, 7, 14 et 16).

4° Mais les plus nombreuses ont été faites dans le cours de la *phlegmatia alba dolens*, puisque nous pouvons y rapporter l'une de celles de M. Bourdon, les deux de M. Depaul, celle de M. Moutard-Martin, dont nous rapprocherons le fait observé par Demarquay et Tronseau d'un phlegmon péri-utérin avec coagulum de la veine crurale, où il n'est pas parlé de *phlegmatia* (pour le dire en passant), mais qui présentait la condition essentielle et *analogue* d'une coagulation dans la veine crurale (nos 8, 9, 10, 11 et 6).

5° C'est à la suite d'une fièvre typhoïde qu'eurent lieu les divers accidents emboliques, suite de coagulations veineuses que rapporte M. Colin (du Val-de-Grâce) dans sa très-remarquable observation (n° 3).

6° C'est enfin sous l'influence de la goutte et de la stase sanguine qui en fut la conséquence qu'on vit se produire le fait cité par Johnson (de Londres), sur lequel il faut fixer l'attention, car les coagulations chez les goutteux sont je crois assez fréquentes, si j'en juge par ma seule pratique (n° 5).

7° La très-curieuse observation de M. Vidal (n° 12) se montre dans un cas de grave affection du cœur, source si ordinaire des embolies mortelles, et le malade guérit en 1860 pour mourir en 1866, sans doute par le même processus (embolie de l'artère humérale).

C'est dans cette même catégorie que se rangeraient ces embolies de l'artère centrale de la rétine dans lesquelles la cécité est passée quand la thrombose ne s'étend pas jusqu'à l'artère ophthalmique, ainsi que le fait remarquer M. Wecker. Mais en laissant de côté ces derniers faits, dans lesquels la vie ne paraît pas immédiatement compromise; en défalquant celui de M. Richet, dans lequel la guérison ne fut que temporaire, nous voyons que les circonstances dans lesquelles nous avons noté ces 15 cas de guérison peuvent être résumées ainsi :

Embolies dans le cours de <i>phlegmatia</i>	5
— — — de fractures.....	3
— — — de varices.....	3
— — — de contusion.....	4
— — — de fièvre typhoïde.....	1
— — — de goutte.....	1
— — — de maladie du cœur.....	1
Total.....	15

Remarquons que dans ces divers faits il s'agit surtout d'embolies veineuses, que les embolies artérielles suivies de guérison ne se sont montrées que 4 fois dans le cas de M. Vidal *primitivement*, dans trois des miens *secondairement*, et alors que la matière embolique, puisée par les veines pulmonaires dans l'infarctus de l'embolie primitive et portée au cœur gauche, a été charrée chez l'un successivement dans la carotide et l'artère humérale (n° 13), chez le second dans les tibiales et leurs divisions (le blessé de mon fils, n° 15), chez la dernière enfin dans la carotide (n° 16), espérons que chez cette malade en voie de guérison, et qui semble garantie d'une nouvelle embolie primitive, cette forme secondaire, qu'elle n'a présentée que d'une manière éphémère, dans le cerveau, ne se reproduira pas. Nous reviendrons sur l'anatomie et la physiologie de ces phénomènes secondaires, dont

la science nous donne l'explication la plus complète. Notons seulement que le fait s'est produit dans le premier de mes cas à la suite d'une oblitération veineuse dans une contusion chez un homme jeune, robuste et blessé en pleine santé, dont le sang offrait les meilleures qualités et justifiait la remarque de Virchow, aujourd'hui acceptée par tous : *Embolus a toujours les mêmes caractères que le thrombus* (1), et que nos deux autres observations présentaient les mêmes conditions de force et de santé à un degré moins prononcé et dans un âge plus avancé. Remarquons d'ailleurs que, comme cela a été indiqué dans tous les cas d'embolie, c'est dans le mouvement que tous ces malades ont été saisis par les accidents effrayants qui ont mis leur vie en danger.

Pour rester fidèle à notre plan, après avoir indiqué les conditions étiologiques de la production de nos embolies, si heureusement terminées, analysons les symptômes qui se sont manifestés au début, puis nous examinerons quelle marche a suivi la guérison pour s'établir.

Dans les transports emboliques que nous venons de rapporter, nous observons d'abord et subitement une grande anxiété, une grande oppression, des syncopes, puis ces symptômes alarmants se calment, et une hémorragie pulmonaire plus ou moins abondante se produit; sur nos 15 faits cette marche se remarque 8 fois, et dans la belle observation de M. Colin (n° 3) l'hémorrhagie se reproduit jusqu'à trois fois en vingt jours. C'est ce qui a lieu aussi dans le fait de M. Azam (n° 4), mais ici avec retour de l'anxiété, qui manque chez le malade de M. Colin. Les dispositions anatomiques rendent très-bien compte de cette physiologie variée, comme nous le constaterons bientôt. Dans six de nos observations, il n'est pas fait mention de cette hémorrhagie pulmonaire consécutive, sans doute les infarctus pulmonaires ont manqué ou étaient fort petits, ou se sont formés assez loin des divisions bronchiques pour ne pas y verser le sang qu'ils contenaient. Dans la quinzième (observation de M. Vidal, n° 12), il ne s'agit que d'une oblitération de l'artère humérale, et chez le malade, cette fois du moins, les organes centraux ne sont pas engagés; quelques années plus tard il le seront et de manière à amener une mort subite.

Quant à la marche ultérieure des accidents, si nous voyons dans le fait cité par M. Richet cette cessation des symptômes être suivie quelques jours après d'une mort rapide, dans les autres observations tantôt l'altération pulmonaire suit son cours se traduisant seulement par de la douleur locale, une légère oppression, des signes stéthoscopiques bornés à du souffle bronchique, à un peu de râle sous-crepitant dans une étendue très-restreinte, signes qui s'éteignent successivement en quelques jours, comme l'expectation composée d'un *caillot de sang noir dès le début*, bien caractéristique pour tous ceux qui ont rencontré de pareils faits; tantôt et dans les cas où le poumon n'est pas ostensiblement affecté, tout se borne au souffle cardiaque accompagnant l'anxiété et disparaissant plus ou moins rapidement, indice certain que l'embolus s'est arrêté dans l'un des gros troncs de l'artère pulmonaire et y a subi les métamorphoses de régression et d'adhésion, sans se diviser dans l'arbre artériel. Dans le cas cité par M. Vidal, on voit le pouls, d'abord absolument nul, se rétablir progressivement, et les accidents dus à la stase artérielle se dissiper de la même façon.

Mais par quel mécanisme cet heureux événement de la guérison a-t-il pu se produire? Nous allons le rechercher d'abord dans l'analyse de quelques faits dans lesquels, après une série d'embolies terminées heureusement, la mort est survenue, et l'autopsie cadavérique a permis de constater l'état

(1) Il arrive aussi que les troubles secondaires pareils à ceux du lieu d'où se détachent les fragments suivent un cours favorable; l'embolus comme le thrombus, se colorant en pigment et en tissu connectif en même temps qu'il diminue (il s'agit de l'embolie primitive) (Pathologie cellulaire, traduction anglaise de Chancé, 3^e édit., revue sur notes inédites de Virchow, p. 207 (texte curieux à ce point de vue.)

des parties *préalablement frappées*. Nous remarquerons, soit le mode de circulation collatérale supplantant l'oblitération définitive des vaisseaux, soit les procédés de restauration de la voie momentanément fermée, et ceux de réparation des lésions qui ont été la conséquence de cette obstruction.

C'est ce qui fera l'objet de la deuxième partie de notre travail.

(A suivre.)

CORRESPONDANCE

Dégagement de l'ozone comme désinfectant.

A. MONSIEUR J. P.

Il est sûr et certain que la méthode de dosage de la glycose *classique*, comme vous l'appellez, ne présente pas une netteté suffisante dans sa réaction finale ! Qu'il vous plaise ou non, vérifiez et vous verrez ; juger sur des apparences est toujours facile ; avisez-vous comparé les deux méthodes ? Je ne suis pas seul à penser ce que je vous avance, et avant de faire ma communication à la Société médicale de Lyon, des hommes rompus à la chimie et ayant un nom dans la science (vous ne sont pas à Paris) ont apprécié et jugé ce que j'ai avancé ; quand il le faudra, je citerai expériences et noms.

Ma méthode, que vous nommez inverse, offre d'abord l'avantage d'employer 50 centimètres cubes d'urine au lieu de 100 centimètres cubes, comme l'ancienne, d'où moins de chance d'erreur. Il y a des incertitudes, dites-vous, il vous serait difficile de me les montrer. Vous me demandez pourquoi j'opère ainsi quand, dites-vous, il y a un très-bon moyen connu depuis longtemps ? Votre question me semble bien dictée par la routine ! Chacun a le droit de chercher.

Mon assertion sur les trois modifications de la glycose vous déplaît, je le regrette ; je n'ai pas encore isolé ces trois modifications, vous l'avez raison ; mais il m'a été permis de constater leurs différences de réactions ; d'autres ont fait comme moi, dites-vous, ils n'ont rien isolé ; mais patience, la différence de réaction des glycoses a suffisamment attiré mon attention et aussi celle d'autres personnes pour nous engager à chercher, nous chercherons et probablement nous trouverons ; ce jour-là, soyez certain, nous vous en ferons part. Mais quand ? Malheureusement, les gens ne sont pas toujours malades pour nous et nos recherches.

Je parle incidemment seulement de la manière de séparer la glycose des autres substances réductrices de l'urine, je cite en passant la mienne. Vous m'offrez le sulfate de soude ; mais il y en a bien d'autres encore pour débarrasser l'urine de l'acétate de plomb en excès : le chlorure de sodium que j'emploie souvent, etc., les livres en sont pleins.

Mais quant à la décomposition de la glycose par le carbonate de soude, ah ! pardon, monsieur J. P., mais vous vous êtes trompé, pas d'action à froid, je vous le mentionne. J'ai étudié pendant plusieurs années les effets des acides, des alcalis, des terres caustiques ou non et d'une foule de sels sur la glycose, depuis la température de 10 degrés jusqu'à celle de 100 degrés, j'ai pu me fixer sur ce sujet et je n'ai jamais vu aucune décomposition sensible à celle dont vous parlez, dans les conditions où je me place en opérant sur l'urine.

Quant au noir animal dont vous me reprochez l'emploi, je m'en sers seulement pour l'inspection à la lumière polarisée que je fais avec un instrument de polarisation pour lequel j'ai reçu une médaille d'argent à une de nos grandes expositions, et encore sachez bien que mon noir n'est pas animal (si je ne lui ai pas donné d'autre nom), c'est un noir artificiel de ma fabrication qui ne cède rien ni aux acides ni aux alcalis en solution ; ses propriétés sont peu connues, n'en ayant jamais vendu et n'ayant pas publié ma formule. Vous voyez dans cet emploi d'un carbone décolorant l'indice d'une décomposition par le carbonate de soude, vous voyez mal, à la température où j'opère elle n'a pas lieu, c'est tout simplement pour rendre la liqueur incolore avec certaines urines.

Vous me reprochez d'être trop bref pour ma méthode de dosage du cuivre réduit par la glycose, puis dosé par le caméléon ; j'ai fait l'opération devant la Société des sciences médicales. LYON-JOURNAL a reproduit tout ce qui est nécessaire pour le dosage. Ce procédé n'a du reste rien de bien nouveau ; c'est une application, c'est le procédé modifié et dérivé de ceux de Schwartz, Fleitman,

Fresenius, Rose et autres ; il a pour moi l'avantage de me faire voir plus clair, doser plus juste ; l'exposé était non but, je n'avais rien à faire de plus, le reste n'est qu'une affaire d'équivalents et d'arithmétique, je n'ai pas voulu faire un livre. De plus, j'affirme que la recherche qualitative de la glycose devient très-difficile quand il y en a peu dans l'urine, et l'isolement plus ou moins complet de la glycose devient non-seulement utile, mais de toute nécessité pour le reconnaître sûrement. Quand vous voudrez des preuves de ceci, je me ferai un vrai plaisir de vous les donner.

Vous soulignez mon mot de défécation ; quand on fait de la chimie, on ne fait pas de fleurs de rhétorique. Le mot est très-employé en industries diverses.

Bon, pour conclure :

Le dosage de la glycose par la méthode que j'emploie est plus net, plus facile à saisir dans ses réactions et d'une plus grande justesse que celui par l'urine prise comme liqueur titrée, ce fait seul de prendre pour liqueur titrée la liqueur inconnue, dans laquelle on cherche, est blâmé par tous les docimasistes qui ont étudié les liqueurs titrées.

Quant au reproche : de *jeter du doute dans l'esprit des médecins qui, etc.*, non-seulement je ne l'accepte pas, mais de plus je dirai : ou un médecin sait de la chimie, ou, comme vous le dites, il est peu familiarisé avec les procédés chimiques d'analyse ; dans le premier cas, il se tire très-bien de ces questions-là ; dans notre ville de Lyon, beaucoup sont très-forts en chimie ; ceux qui ont préféré d'autres études à celle de la chimie, eux-là renvoient la chose au chimiste ; les avis du chimiste se joignent à ceux du physiologiste et thérapeute, et souvent le but est mieux atteint.

Je suis trop peu, M. J. P., pour troubler ou rendre douteux l'esprit des médecins en n'importe quelles circonstances, généralement ils l'ont solide, judicieux et observateur.

LÉON REDON.

Fait à Lyon, le 30 janvier 1876.

RÉPONSE. — La lettre de M. Redon laisse enières toutes les objections, toutes les critiques que nous avons faites au procédé qu'il a publié dans le LYON MÉDICAL : elle prouve cependant, comme nous l'avions pensé, que le procédé de dosage de la glycose à l'aide de la liqueur cupropotassique ne lui appartient pas, puisqu'il avoue l'avoir puisé dans le TRAITÉ D'ANALYSE de M. Fresenius. Si M. Redon s'était contenté de citer textuellement le procédé décrit dans le TRAITÉ D'ANALYSE de M. Fresenius, nous n'aurions certes fait aucune critique, puisqu'il n'y en a pas à faire.

Mais M. Redon, en appelant ce procédé le sien, le dénature et le rend tel qu'il ne peut fournir que des résultats inexacts. C'est sur ces faits que nous avons surtout insisté. Et puisque M. Redon paraît n'avoir pas compris ou ne veut pas comprendre les objections que nous avons faites à son procédé, nous allons y insister et tâcher de les lui faire toucher du doigt.

Pour la défécation, mot que nous n'avons souligné que pour attirer l'attention et nullement pour le critiquer, ce qui serait absurde, nous avons reproché deux causes d'erreur à ce mode de défécation de M. Redon ; ces causes d'erreur, les voici :

1° Après avoir précipité les matières étrangères de l'urine avec le sous-acétate de plomb, M. Redon élimine le plomb restant dans la liqueur à l'aide du carbonate de soude. Eh bien, dans ce cas, une partie de la glycose peut être entraînée à l'état de combinaison plombique insoluble. On sait, en effet, qu'une dissolution de glycose additionnée d'acétate de plomb et d'ammoniaque fournit un précipité plombique renfermant toute la glycose de la liqueur. Or, le carbonate de soude donne une solution alcaline qui peut et doit agir comme l'ammoniaque.

2° Pour être certain d'enlever tout le plomb de la liqueur sucrée, il est nécessaire d'ajouter un excès plus ou moins grand de ce carbonate de soude alcalin, qui *agit pas à froid* sur la glycose, du moins immédiatement. Mais cette liqueur filtrée est évaporée à siccité par M. Redon, et pour cela il faut employer la chaleur, ne serait-ce que celle du bain-

marie; dans ces conditions, nous lui affirmons qu'il doit détruire une portion de la glycose qu'il se propose de doser, et nous disions que ce qui prouvait bien qu'une partie de cette glycose était transformée en caramel, c'est que M. Redon était obligé d'avoir recours au noir animal pour enlever la matière colorante du produit défectueux. Or, cette matière colorante (ligne 10, page 230) ne peut provenir que de la formation de caramel, car la liqueur primitive doit être complètement incolore. Si donc une partie de la glycose est transformée en caramel, cette glycose ne pourra plus fournir la quantité de protoxyde de cuivre afférente à la glycose pure. Quoi qu'en dise M. Redon, voilà le procédé qu'il a décrit, et il présente les inconvénients qui viennent d'être signalés.

Mais le procédé de dosage de la glycose employé et décrit par M. Redon doit faire perdre encore une bien plus grande quantité de cette substance. Il prend, en effet, 50 centimètres cubes d'urine défectueuse, il les porte à l'ébullition et y ajoute peu à peu la solution cupro-potassique. Il n'y a pas de chimiste qui ne voie immédiatement l'inconvénient grave de ce mode d'opérer. En effet, la liqueur cupro-potassique renfermant, on le sait, une très-grande quantité d'alcali caustique pour une petite quantité d'acide cuivrique, il est bien évident que les premières gouttes de cette liqueur, introduites dans l'urine sucrée et bouillante, transformeront, par l'excès d'alcalis qu'elles renferment, une partie de la glycose de l'urine en caramel, en même temps qu'il se précipitera du protoxyde de cuivre, et ces deux actions concomitantes se poursuivront jusqu'à l'entière destruction de la glycose.

Mais cette portion de glycose transformée en caramel, c'est une perte considérable pour un dosage de cette nature. C'est pour cette raison que nous disions que M. Redon n'aurait pas eu ces causes d'erreur des plus sérieuses en employant le procédé classique et très-classique qui consiste à verser l'urine défectueuse et étendue dans la dissolution bouillante cupro-potassique; dans ce cas, la glycose se trouve toujours au contact d'un excès d'oxyde cuivrique sur lequel elle réagit et ne peut se transformer en caramel, puisqu'elle est détruite immédiatement; et ce procédé ne présente aucune incertitude, quoi qu'en dise M. Redon, si ce n'est à des commençants et par conséquent à des personnes peu au courant des analyses chimiques, et nous sommes sûr d'être sur ce point aussi bien de l'avis des chimistes de Lyon que de ceux de Paris.

Quant à l'emploi du caméléon pour titrer le perchlorure de cuivre produit, c'est en vain que nous cherchions le moyen employé par M. Redon pour déterminer avec exactitude que 1 centimètre cube de caméléon représente 0,006336 de cuivre, il ne l'a décrit nulle part. Ce n'est pas en pratiquant son dosage devant la Société des sciences médicales que les lecteurs de LYON MÉDICAL peuvent se rendre compte de ce fait. C'est dans ce journal que ces détails d'analyse devraient être décrits, et il n'en est absolument rien, malgré l'assertion de M. Redon.

Pour ces raisons et nous bornant à de simples critiques, nous maintenons celles que nous avons faites sur le procédé de dosage de la glycose dans l'urine tel que M. Redon l'a publié dans LYON MÉDICAL.

J. PERSONNE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1876. — PRÉSIDENTE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

LE CŒUR ÉPROUVE, A CHAQUE PHASE DE SA RÉVOLUTION, DES CHANGEMENTS DE TEMPÉRATURE QUI MODIFIENT SON EXCITABILITÉ. Note de M. Marey.

Dans une précédente Note, j'ai montré que le cœur réagit dif-

féremment à des excitations artificielles, suivant l'instant de sa révolution auquel l'excitation lui arrive; que, vers le début de sa phase systolique, il peut être réfractaire aux excitations, tandis qu'ensuite il réagit avec des retards de plus en plus courts à mesure que les excitations sont plus tardives.

En répétant l'expérience un grand nombre de fois, j'ai vu que certains coeurs ne sont jamais réfractaires aux excitations. Mais dans ces cas, si le cœur réagit toujours, il conserve du moins l'inégalité du temps perdu suivant le moment où l'excitation lui est arrivée. Ici, comme dans le cas exposé dans ma première note, le temps perdu est à son maximum quand l'excitation arrive au début d'une systole. Or ces deux phénomènes, perte de l'excitabilité d'un muscle et accroissement de son temps perdu, sont de même ordre, c'est-à-dire que tous deux se produisent sous les mêmes influences. Quand on diminue graduellement l'intensité de l'excitation électrique d'un muscle, on voit le temps perdu s'allonger graduellement et enfin le muscle cesser de réagir. La même chose se produit lorsqu'un muscle est soumis à un refroidissement graduel. Le cœur se comporte, à ce point de vue, comme les autres muscles. Si on lui applique, à un moment toujours le même de sa révolution, des excitations d'intensités décroissantes, on voit s'allonger le temps perdu qui précède la systole provoquée, jusqu'à ce que le cœur devienne réfractaire à l'excitation.

En conservant la même force aux excitations électriques et en les appliquant à un instant toujours le même, il suffit de refroidir le cœur pour que son temps perdu s'allonge et que l'organe devienne réfractaire aux excitations. L'inverse se produit quand on réchauffe le cœur. On provoque à volonté ces changements de l'excitabilité du cœur d'une grenouille en plongeant pendant quelques instants les pattes de l'animal dans un bain froid ou chaud. Sur un cœur de tortue on obtient les mêmes effets, en faisant circuler dans cet organe du sang chauffé ou refroidi....

L'expérience montre que l'excitabilité du cœur, comme celle des autres muscles, augmente et diminue avec la température; mais chacune d'elles montre aussi que l'excitabilité du cœur change aux différentes phases de sa révolution. On est donc conduit à se demander : La température du cœur ne varie-t-elle pas aux différents instants de sa révolution? et d'autre part : Le sens de ces variations n'est-il pas tel, que le refroidissement corresponde à la phase de moindre excitabilité? L'expérience a vérifié cette double prévision.

Un cœur de grenouille est traversé par une aiguille thermo-électrique; tant qu'il bat, on constate, à l'aide d'un galvanomètre à miroir, un échauffement à chaque systole et un refroidissement à chaque diastole. Au moyen d'une petite pile thermo-électrique de 10 éléments antimoine et bismuth, les déviations du galvanomètre furent beaucoup plus sensibles. J'ajoute, pour qu'on ne suppose pas une coïncidence fortuite des oscillations propres du galvanomètre avec la période des révolutions du cœur, que, sur un cœur dépourvu de mouvements spontanés, des percussions éveillaient les systoles et influençaient le galvanomètre, tandis que celui-ci était inerte dans l'intervalle des systoles provoquées. Enfin, pour qu'on n'accuse pas, dans cette dernière expérience, les percussions d'avoir produit mécaniquement l'échauffement du cœur, je ferai observer que des percussions semblables, plus fortes même et plusieurs fois répétées, ne produisaient aucun échauffement appréciable dès que le cœur épuisé eut cessé de réagir aux excitations mécaniques.

Ainsi le cœur s'échauffe pendant qu'il exécute son travail mécanique et se refroidit quand il se relâche. Le moment où le cœur sera le plus froid, et par suite le moins excitable, sera celui où il aura accompli sa période de refroidissement; ce sera donc le début de la phase systolique. Ici encore la théorie concorde entièrement avec l'expérience.

(Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

AFFECTIONS UTÉRINES. — M. Lagardelle adresse, pour le concours du prix Godard, un mémoire sur le traitement des affections utérines. (Renvoi à la commission.)

ANDRAL. ASSAINISSEMENT DE LA SEINE. — M. le Secrétaire perpétuel signale, parmi les pièces imprimées de la correspondance : 1° Une notice sur M. Andral, insérée dans la GAZETTE DES HÔPITAUX, par M. le docteur Brochin; 2° Une brochure de M. Pr. de Pietra-Santa; intitulée : L'ASSAINISSEMENT DE PARIS.

PROPRIÉTÉS ANTISEPTIQUES DU BORAX. Lettre de M. Schützler à M. Dumas. — L'auteur cite le fait suivant :

« Dans une lettre du 25 décembre 1875, M. Arthur Robottom, de Birmingham, lui rend compte d'un voyage exécuté dans la Sierra-Nevada et la Californie, dans le but de découvrir des matières premières pour l'industrie et le commerce. Dans la Californie méridionale, il a reconnu un gisement de borate de soude, accompagné de borate de chaux et de sulfate de soude.

« Voici maintenant un fait frappant, en faveur des propriétés antiseptiques du borax. En explorant les environs d'un lac où il avait trouvé le gisement, M. Robottom rencontra le cadavre d'un cheval gisant dans un couche de terre à borax. L'animal avait séjourné là pendant quatre mois environ. Malgré les fortes chaleurs qui règnent dans ces contrées (115 degrés F. ou 45 degrés C.), le cheval ne répandait aucune mauvaise odeur ; sa chair était parfaitement fraîche, la pupille de l'œil était claire et brillante (*clear and bright*), le poil était souple et bien attaché à la peau.

Dans la station laitière de Lodi (Italie), MM. L. Manetti et G. Musso ont fait quatre séries d'expériences sur l'emploi de l'acide salicylique : 1° dans la conservation du lait ; 2° la séparation de la crème ; 3° la conservation du beurre ; 4° la préparation du fromage par la présure ordinaire. Voici la conclusion à laquelle sont arrivés les auteurs : l'emploi de l'acide salicylique dans l'industrie laitière, sauf dans la conservation du beurre, n'a point d'avenir, d'autant moins que le borax, qui est à meilleur marché et plus facile à employer, présente les mêmes avantages que l'acide salicylique. »

RÔLE DE L'ACIDE CARBONIQUE DANS LE PHÉNOMÈNE DE LA COAGULATION SPONTANÉE DU SANG, par MM. E. Mathieu et V. Urbain. — Cette note répond à celle de M. Glénard qui a été insérée dans les *Comptes rendus* (séance du 15 novembre 1875).

L'expérience de M. Glénard peut être résumée ainsi : Sur un animal vivant (solipède) on isole, à l'aide de deux ligatures, une portion de jugulaire, puis on la détache. Le segment est ensuite suspendu à l'air pendant un certain temps, afin d'attendre la précipitation des globules et la séparation du plasma. Ce résultat obtenu, on isole, au moyen d'une ligature intermédiaire, la zone qui renferme le plasma et l'on fait écouler les globules qui occupent la partie inférieure du segment. Cette dernière portion du vaisseau est alors remplie avec de l'acide carbonique, puis fermée de nouveau, de telle sorte qu'en enlevant la ligature médiane on puisse mettre en contact direct le gaz et le plasma. *Après avoir favorisé le mélange à l'aide de mouvements d'oscillation et de malaxation*, on place le segment au fond d'un vase où l'on dirige un courant d'acide carbonique. *Après une heure de séjour* dans ces conditions, M. Glénard a trouvé le plasma encore fluide.

Dans une Note précédente (*Comptes rendus*, t. LXXXI, p. 535), les auteurs avaient établi : 1° la rapidité avec laquelle l'acide carbonique traverse les membranes animales humides, de dedans en dehors ; 2° la lenteur avec laquelle ce même acide carbonique pénètre de dehors en dedans, lorsqu'un liquide est contenu dans l'intérieur de ces membranes. Il résulte du premier fait rappelé ci-dessus que les modifications apportées par M. Glénard à son expérience primitive ne pouvaient en modifier sensiblement les résultats. L'acide carbonique, introduit directement dans le vaisseau, doit en effet s'éliminer en grande partie, sinon en totalité, pendant le temps que nécessitent la pose de nouvelles ligatures et les mouvements d'oscillation et de malaxation communiqués au segment, mouvements effectués évidemment à l'air ; par conséquent, lorsque le plasma est introduit dans un vase plein d'acide carbonique, il se trouve soumis à peu près uniquement à l'influence du gaz passant de dehors en dedans au travers des parois vasculaires ; or il résulte des expériences des auteurs que ce passage est très-lent.

La nouvelle objection de M. Glénard ne paraît donc pas plus fondée que les précédentes. Pour que l'acide carbonique

coagule du plasma ou du sang dans les conditions qu'il indique, il faut du temps, ou une température ambiante élevée. On sait que, si l'on opère à une très-basse température, la coagulation ne s'observe guère, non pas que l'acide carbonique fasse défaut, mais parce que la combinaison chimique qui détermine la coagulation ne peut pas avoir lieu.

Les auteurs relatent des expériences propres à mettre en relief l'influence du temps et de la température. Ils opposent surtout à M. Glénard les suivantes :

« Une certaine quantité de sang, au sortir du vaisseau d'un chien, est reçue dans un intestin de poulet convenablement préparé. On agite pendant cinq minutes, afin de permettre le départ, par exosmose, de la majeure partie de l'acide carbonique. Ensuite, le sang est réparti dans deux verres ; le premier est traversé par un courant d'air ou de tout autre gaz neutre ; dans le second, passe un courant d'acide carbonique. Ce dernier est coagulé en quelques secondes, la température du milieu étant de 25 degrés, tandis que, dans le premier, le sang reste complètement liquide.

« Une expérience analogue peut être effectuée avec du plasma : en recevant du sang de cheval, au sortir du vaisseau, dans des tubes de verre dont le diamètre n'excède pas 2 centimètres et qui sont plongés dans de la glace, la coagulation ne se produit pas ; on peut, au bout d'un certain temps, recueillir dans ces tubes un plasma complètement incolore. Si l'on fait passer pendant longtemps un courant d'air privé d'acide carbonique dans ce plasma, étendu de cinq fois au moins son volume d'eau et maintenu à zéro, il est possible de le priver de la plus grande partie du gaz acide qu'il renfermait ; dès lors, on peut le ramener à la température ambiante sans qu'il y ait coagulation, mais celle-ci se produit lorsqu'on fait arriver de l'acide carbonique au contact du liquide.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 7 MARS 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. le ministre de l'Instruction publique, des cultes et des beaux-arts, adresse à l'Académie l'expédition du décret approuvant l'élection de M. Chervin comme membre associé libre.

M. le ministre de l'Agriculture et du commerce transmet à l'Académie : a. Le compte rendu des épidémies qui ont régné dans le département de l'Aube pendant l'année 1875. (*Commission des épidémies*). — b. Le rapport de M. le docteur Duvrigny sur une épidémie de bronchite qui a régné pendant l'hiver de 1875 dans la commune de Manosque et des environs. (*Nême commission*). — c. Mgr l'archevêque de Paris adresse à l'Académie une lettre relative aux prières publiques qui doivent être faites tous les ans au début de la session de l'Assemblée nationale.

L'Académie reçoit : a. Un pli cacheté de M. Duvray, pharmacien. (*Accepté*). — b. Un rapport de M. le docteur Em. Nacher sur une épidémie qui a régné dans l'arrondissement de Châteaufort pendant l'année 1875. (*Commission des épidémies*). — c. Le programme des prix de l'Académie de médecine et de chirurgie de Séville pour l'année 1877.

M. J. Lefort présente, au nom de M. Benjamin Barret, pharmacien, un appareil destiné à reconnaître l'iode contenu dans l'huile de foie de morue. (*Comité*) : MM. Husq, Gohley, J. Lefort.

M. Huzard dépose sur le bureau son ouvrage ÉTUDE SUR LA MÉLANGOLIE DES TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ GÉNÉRALE CHEZ LES MÉLANGOLIQUES, par M. le docteur J. Christian.

M. Huzard dépose sur le bureau, en son nom, un MANUEL DU PEU-À-PEU ÉLÈVEUR DE POULAINS DANS LE PERCHE ET SPÉCIALEMENT DANS LE PERCHE D'EUR-ET-LOIR.

M. Gosselet offre à l'Académie, au nom de M. le docteur Stancenco, sa thèse inaugurale sur le frisson (pathogénie et nature), sa valeur sténométrique pendant l'état purpural.

M. Lefort présente : 1° Le tome VII de la 7^e série des MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, INSCRIPTIONS ET BELLES-LETTRES DE TOULOUSE pour 1875 ; 2° la REVUE MÉDICALE DE TOULOUSE (9^e année) pour 1875 ; 3° LES ARCHIVES MÉDICALES BELGES (3^e série, t. VII, 1875) ; 4° de la part de M. Barnes, le rapport général sur l'hygiène de l'armée des États-Unis avec la description des postes militaires.

RAPPORTS. — M. J. Lefort, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture de plusieurs rapports dont les conclusions sont adoptées.

ÉTIOLOGIE DE LA GRAVELLE. — M. le docteur Debout donne lecture des conclusions d'un travail sur l'étiologie de la gravelle étudiée à Contrexéville.

Sur 1028 malades atteints de gravelle urique dont 822 hommes, 147 femmes et 13 enfants, M. Debout a pu, dans 583 cas, établir la cause principale de la maladie.

Il a constaté que cette cause était : l'hérédité dans 491 cas,

les troubles des fonctions digestives dans 160 cas, l'excès d'alimentation dans 101 cas, la vie sédentaire et le défaut d'exercice dans 97 cas. Il n'a eu qu'un seul exemple de gravelle urique déterminée par un traumatisme sur la région rénale chez un enfant.

Quant à l'hérédité, il signale ce fait que les parents d'un graveleux sont beaucoup plus souvent graveleux que goutteux, contrairement à l'opinion émise par Henri Thompson.

Ses recherches confirment les idées généralement adoptées sur le rôle du trouble des fonctions digestives dans la production de la gravelle urique.

Au point de vue des ingesta, M. Debout insiste sur les asperges, dont le rôle n'est pas encore nettement défini dans la genèse de la diathèse urique. Il n'a jamais observé que les asperges amènent la formation d'acide urique, il pense que les maux de reins et les coliques néphrétiques qu'elles déterminent parfois chez les graveleux sont dus à la congestion passagère que déterminent ces légumes dans un rein contenant déjà des sables uriques.

Il attire enfin l'attention de l'Académie sur la fréquence relative de la gravelle urique survenue à la suite d'émotions morales violentes.

Quant aux causes de la gravelle oxalique, elles sont sensiblement les mêmes que celles qui produisent la gravelle urique, en y ajoutant seulement l'ingestion exagérée d'aliments contenant de l'oxalate de chaux, il oseille en particulier.

La gravelle phosphatique est primitive ou secondaire. La première est constituée plus spécialement par le phosphate de chaux associé à du carbonate de chaux ou à des urates. La seconde, par du phosphate ammoniac-magnésien. L'auteur a observé la gravelle phosphatique primitive dans les circonstances suivantes :

1° Chez les individus anémiés par suite d'une véritable dénutrition ; 2° chez les individus affectés d'une lésion du système nerveux présidant aux fonctions éliminatrices du rein ; 3° exceptionnellement, elle se rencontre chez des malades atteints de diathèse urique et chez lesquels se montre une gravelle alternante avec production d'un jour à l'autre d'acide urique dans une urine acide et de phosphate, et de carbonate de chaux dans une urine neutre ou alcaline.

La gravelle phosphatique secondaire est produite par les deux causes suivantes : 1° lorsqu'il y a fermentation ammoniacale de l'urine avant son émission ; 2° lorsque l'abus d'alcalins énergiques ou un régime exclusivement végétal a rendu l'urine alcaline.

L'étiologie de la gravelle de carbonate de chaux est fort obscure, et sa coïncidence avec le phosphate de chaux permet de le rapporter, comme la diathèse, à une dénutrition plus ou moins profonde.

Après cette lecture, M. le président appelle successivement à la tribune MM. Verneuil, Devergie et Armand Després. Ces messieurs ne sont pas présents à la séance.

— A quatre heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Bouley sur les candidats pour la section des associés nationaux.

Société médicale des hôpitaux.

SEANCE DU 11 FÉVRIER 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LABOULBÈNE.

DE LA FRÉQUENCE DU TËNIA DUE À LA CONSUMATION DE LA VIANDE CRUE. — CANCER DU LARYNX PAR PROPAGATION D'UN CANCER DE L'ESOPHAGE. — KYSTE HYDATIQUE DU FOIE.

M. Henri Roger lit un intéressant mémoire où il accumule les preuves nombreuses et irrefutables de l'influence du régime de la viande crue sur la production du ténia inermis.

Les observations ou les expériences de Kuchenmeister, de Leuckart, Weisse, Crighton, Gairdner, Braun et Siebold, Trouseau, Lebal, Jobert, Dubrueil, Pippingsköld, Potain,

Ad. Dumas, qui sont consignées dans les ouvrages spéciaux ou dans les recueils périodiques, et en particulier dans l'excellent article *Cestode* du DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES, ainsi que plusieurs faits nouveaux (onze) que cite M. H. Roger et qui lui sont personnels, démontrent que le ténia inermis se rencontre chez des gens qui font usage de la viande de bœuf crue, soit à titre de médicament, soit à titre alimentaire. Le développement de ce ténia est observé beaucoup plus souvent qu'autrefois depuis que le traitement de la diarrhée infantile par la viande crue, suivant la méthode de Weisse, s'est répandue dans la pratique médicale. M. Henri Roger insiste sur ce point et déclare que, depuis une dizaine d'années, il a été frappé de la fréquence du ténia chez les enfants.

La question des helminthes, surtout en ce qui concerne le ténia et ses variétés, a fait des progrès considérables grâce aux études des naturalistes, et les vieilles théories de l'helminthiase, aujourd'hui ruinées, sont remplacées par des notions précises qui donnent la clef des faits dont les pathologistes ne pouvaient se rendre compte. On connaît aujourd'hui la filiation qui existe entre le cysticercue et le ténia ; on a distingué exactement les divers variétés du ténia et leur provenance. Le ténia armé provient du porc atteint de ladrerie, tandis que le ténia inermis a sa source dans la viande de bœuf.

Au point de vue clinique, M. Roger déclare n'avoir jamais observé chez les enfants aucun des symptômes attribués depuis un temps immémorial à la présence du ver solitaire (dilatation des pupilles, démangeaisons du nez, accidents nerveux, convulsions, épilepsie, boulimie, sensation de reptation à l'épigastre, etc.). A peine a-t-il rencontré chez les enfants atteints du ténia un peu de dyspepsie ou d'embarras gastrique. Quand parfois il administra des vermifuges chez des enfants atteints de convulsions que l'on soupçonnait d'être causées par des vers, il a vu les convulsions continuer malgré l'expulsion des parasites.

En ce qui concerne le traitement M. Roger dit qu'il a constaté, chez l'enfant, l'efficacité des ténifuges employés chez l'adulte. La dose du remède seule doit varier. L'écorce de racine (sèche ou fraîche) de grenadier, à la dose de 45 à 20 grammes en décoction sucrée et aromatisée avec le citron ou l'orange ; le kouso (10 grammes) en poudre délayée dans 70 à 100 grammes d'eau aromatisée, ou mieux sous la forme de bonbons ou de granules ; la semence de courges mondées surtout (15 à 20 grammes), dont on fait une pâte avec du sucre aromatisé ou incorporée dans un looch ; enfin l'extrait éthéré de fougère mâle (2 à 4 grammes) en électuaire ou en émulsion avec l'oléo-saccharure de citron ou d'orange, sont très-bien acceptés par les enfants et ont toujours donné de bons résultats à M. Roger à la condition d'en faire suivre l'administration d'une dose d'huile de ricin.

En définitive, le ténia inermis est devenu fréquent depuis ces dernières années, et cette fréquence est exclusivement due à l'usage de la viande de bœuf cru ; ce ténia inermis est la transformation du cysticercue du bœuf, tandis que le ténia armé provient du cysticercue du porc. La conclusion à tirer de ces faits, c'est qu'il faut apporter une grande réserve dans l'administration de la viande crue chez l'adulte, comme chez l'enfant. La viande crue ne devra être donnée qu'en cas de nécessité urgente et après l'épuisement des moyens propres à arrêter la diarrhée du sevrage. De même il faut se garder de sortir trop de viandes saignantes aux enfants, et faire en sorte que la viande soit échauffée au delà de 48 à 50 degrés au centre, afin de détruire les cysticercues (expériences de M. Vallin).

Il est un moyen simple d'ailleurs d'éviter la propagation du ténia inermis par la viande crue, ce serait de recourir à la chair du mouton ; le cœur du mouton, qui loge d'ailleurs dans le cerveau, devient le ténia du chien ou du loup ; il ne peut devenir celui de l'homme.

— M. *Isambert* présente, au nom du docteur *Bailly*, de *Chambly* (Oise), une pièce anatomique, et résume verbalement l'observation prise par cet honorable confrère. Il s'agit d'un *cancer volumineux* qui, de l'entrée pharyngienne et de l'œsophage, s'est étendu au larynx et a effacé successivement les ventricules et les cordes vocales pour oblitérer la glotte. Les symptômes ont été au début ceux des rétrécissements de l'œsophage : dysphagie avec gargouillement spécial, expectoration saignée, fétide, etc. Plus tard, ces symptômes se sont amendés par la chute spontanée d'une partie de la tumeur, mais alors le malade a succombé aux progrès de la cachexie et de la dyspnée. Le diagnostic, très-bien porté par le docteur *Bailly*, et d'ailleurs confirmé par plusieurs antécédents de cancer dans la famille du malade, a été nié avec persistance par un spécialiste de Paris, qui a opposé à cette maladie un traitement antiphlogistique fort irréaliste. M. *Isambert* insiste à cette occasion sur la nécessité de ne jamais séparer les études spéciales des notions de la pathologie générale. Dans l'espèce, le cancer pharyngo-laryngien présentait cette circonstance curieuse qu'il s'est développé chez un gouteux, déjà frappé de nombreuses attaques de goutte. M. *Isambert* cite plusieurs cas où il a observé lui-même cette coïncidence, qui semblerait établir une relation étiologique entre l'arthritisme ou l'herpétisme et le cancer laryngien, comme on a signalé depuis assez longtemps la relation du cancer de la langue avec le psoriasis lingual.

— M. *Vidal* montre un malade auquel il a fait une ponction pour un kyste hydatique situé à la région épigastrique et qui occupait, selon toute probabilité, le lobe gauche du foie. La ponction, a eu pour effet de diminuer la tumeur, qui est aujourd'hui réduite à une masse indurée adhérente à la peau.

A. LEGROUX.

Société de biologie.

SÉANCE DU 4 MARS 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. PARROT.

SOUFFLE OMBILICAL : M. PINARD. — ÉLECTRISATION DU BOUT PÉRIPHÉRIQUE DU NERF GRAND SCIATIQUE : M. LÉPINE. — VOL DES INSECTES : M. KUNCKEL. — EMPLOI DU PNEUMOGRAPHIE DANS LES LÉSIONS DES MUSCLES RESPIRATOIRES : M. CH. RICHEL. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES CORNÉES TATOUÉES : M. PONCET.

M. *Pinard* rappelle combien est encore incertaine la pathogénie du souffle ombilical ; pour élucider cette question, il a entrepris depuis plusieurs années des recherches cliniques et anatomiques ; ces recherches l'ont conduit aux résultats suivants : L'auscultation attentive de l'abdomen d'une femme enceinte peut permettre d'entendre certains souffles qu'il classe de la manière suivante : 1° Un souffle double ou simple qu'on entend au niveau de la région axillaire gauche du fœtus ; ce souffle synchrone aux pulsations fœtales est évidemment un souffle produit par le cœur du fœtus ; c'est un souffle permanent ; 2° Un souffle fugace qui peut séjurer en tous les points de l'abdomen, souffle simple que l'auteur attribue à la compression exercée sur le cordon par le stéthoscope. M. *Pinard* ne s'étend pas davantage sur ces deux premiers souffles ; 3° Un souffle simple, synchrone aux pulsations du cœur fœtal, dont le siège est en un autre point que les bruits du cœur qui sont alors bien frappés et non soufflants ; 4° Un bruit de souffle offrant des caractères identiques avec ceux du précédent, mais souffle à double courant. Dans tous les cas où M. *Pinard* avait perçu ces deux derniers souffles, il a bien surveillé l'accouchement, et il a pu constater que le cordon ne formait de circulaires ni autour des membres ni autour du cou du fœtus ; puis il a examiné les cordons avec le plus grand soin et voici ce qu'il a constaté : Dans les cas de souffle simple, les valvules décrites par M. *Berger*, et qui sont d'ordinaire à l'état rudimentaire, atteignent dans la veine des dimensions beaucoup plus considérables, au point qu'elles oblitéraient le tiers, la

moitié ou même les deux tiers du calibre du vaisseau ; elles se présentaient sous forme de croissant ou de diaphragme. Dans les cas où le souffle était double, les valvules offraient ces dimensions anormales et dans la veine et dans les artères. M. *Pinard* croit donc que le souffle ombilical, quand il n'est ni un souffle cardiaque ni un souffle par compression du cordon, peut être attribué à ce développement anormal des valvules dans les vaisseaux ombilicaux. Dans des cas où les souffles des deux dernières variétés n'existaient pas, M. *Pinard* a examiné un nombre considérable de cordons, et jamais il n'a rencontré les valvules anormalement développées.

— M. *Lépine* a cherché à se rendre compte d'une contradiction entre les résultats obtenus par tous les physiologistes d'une part, et *Goltz* d'autre part, dans l'électrisation du bout périphérique du nerf grand sciatique ; pour tous les physiologistes, il y a excitation des vaso-constricteurs et refroidissement, pour l'auteur allemand, excitation des vaso-dilatateurs d'où élévation de température. M. *Lépine* croit que cela dépend des conditions dans lesquelles on se place ; il y aurait élévation de température quand on agit dans une atmosphère froide, chez des chiens refroidis, surtout quand le nerf sciatique est coupé depuis trois jours.

— M. *Künckel* à propos de la communication de M. *Bert* (voy. *Gaz. heb.*, 1876, Soc. biol., n° 9), dit que les crins de l'aile des papillons nocturnes sont destinés à maintenir la synergie entre les ailes supérieures et les ailes inférieures. Il entre dans quelques développements à propos du vol des insectes.

— M. *Ch. Richet* a pris le tracé de la respiration au moyen du pneumographe chez deux tétaniques. Le premier était en expiration forcée au moment des spasmes ; il est mort par asphyxie, le second avait au contraire des spasmes en inspiration forcée comme dans le tétanos physiologique ; il est mort par épuisement. M. *Charles Richet* émet sous forme d'hypothèse que le tétanos avec spasme en inspiration, permettant mieux l'hématose, aurait plus de chances de guérison que le tétanos avec expiration forcée.

— M. *Poncet* présente des préparations histologiques provenant des cornées tatouées à l'encre de Chine. Elles démontrent que sur une cornée atteinte de leucome cette opération n'a même pas la destruction des éléments soit épithéliaux, soit conjonctifs profonds. L'épithélium dentelé est dissocié par les globules sanguins, et subit une légère irritation nucléaire. Le tissu cornéen est aussi dissocié par le sang et les endothéliums (corpuscules) se séparent en grande quantité de leurs faisceaux tendineux. Ils possèdent aussi des noyaux multiples.

La matière colorante se localise dans les couches inférieures de l'épithélium, et supérieures du tissu conjonctif, soit sur les éléments lymphatiques, soit sur les corpuscules cornéens ; et surtout sur le noyau de ces cellules.

Les solutions d'encre de Chine étant entièrement composées de vibrations noires, ce sont ces organismes inférieurs qui, digérés par les cellules de la cornée, colorent le leucome.

Le tatouage ne doit pas être pratiqué sur une cornée vasculaire, et les séances doivent être assez espacées pour permettre la résorption des petites hémorragies.

Cette opération, dans ces conditions, est exempte d'accidents.

H. CHOUPEE.

REVUE DES JOURNAUX

Nutrition artificielle à l'aide d'injections sous-cutanées, par le docteur J. KATZ.

Des expériences sur les animaux ont permis de constater que des substances nutritives, par exemple la graisse, le jaune

d'œuf et même des peptones, sont résorbés sans accidents locaux quand ils sont introduits dans le tissu cellulaire sous-cutané. Des essais analogues ont déjà été tentés sur l'homme par Stricker et Ose. M. Krueg rapporte l'observation d'un aliéné sur lequel il a fait des injections de même nature.

Ce malade, refusant obstinément toute espèce d'aliments, avait été nourri pendant vingt-sept mois à l'aide d'une sonde œsophagienne. Il s'était remis à manger pendant quelques jours; mais lorsqu'après une nouvelle abstinence on voulut recourir à l'introduction d'une sonde, on vit survenir des accidents assez sérieux pour rendre cette opération impossible. Les lavements n'étaient pas gardés. On eut alors recours aux injections hypodermiques. On fit usage d'une seringue pouvant contenir 15 centimètres cubes de liquide et qui, à l'aide d'un tube de caoutchouc, était ajustée à une seringue de Pravaz ordinaire. Au moyen d'une aiguille adaptée à celle-ci, on faisait la piqûre. On injecta par jour d'abord une, puis deux seringues remplies d'huile. La durée de l'opération varia d'une heure à une demi-heure; plus l'injection était lente moins elle était douloureuse. Les piqûres furent faites aux pieds, sur le ventre ou sur les côtés. Une seule fois, après l'injection assez rapide du contenu d'un œuf, survint un abcès. Le malade subit ces injections pendant dix-huit jours.

Ces expériences, si elles ne montrent pas la possibilité de nourrir exclusivement par cette voie, établissent au moins que l'absorption est possible. (*Wiener medicin. Wochenschr.*, 1875, n° 34.)

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude de l'acclimatement des Français en Algérie, par le docteur R. RICOUX. — Paris, G. Masson.

En plusieurs articles du DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE, M. Bertillon a déjà recherché les conditions dans lesquelles la colonisation française pourrait réussir en Algérie; mais, sans repousser d'une manière absolue l'espérance d'un certain acclimatement, encore moins la possibilité de l'acclimatation, il n'a pu s'empêcher de faire de nombreuses réserves sur la faculté d'acclimatation du peuple français dans notre colonie. M. Bertillon n'avait eu à sa disposition que des statistiques assez incomplètes et des documents administratifs recueillis dans diverses provinces de l'Algérie avec une négligence dont il s'est plaint à plusieurs reprises. Cependant, bien des faits précis avaient permis au savant démographe d'affirmer que si l'acclimatation des Allemands en Algérie était irréalisable, celui des Français restait problématique. Ces conclusions ont ému l'auteur du travail, qui vient d'être couronné par l'Académie des sciences. Né en Algérie, fixé à Philippeville depuis plusieurs années, M. Ricoux a voulu montrer que l'on pouvait conserver plus d'espoir que n'en donnent les travaux qui ont paru jusqu'à ce jour. Ses observations recueillies avec beaucoup de soin, de nombreuses recherches puisées dans les archives de la municipalité, lui ont permis d'arriver, au moins pour la ville qu'il habite, à une série de déductions plus rassurantes pour l'avenir de notre colonie. L'auteur n'avait à sa disposition que les mouvements de l'état civil de Philippeville depuis 1838. Il en a tiré le meilleur parti, et il est arrivé à ce résultat que, dans l'ensemble des quinze dernières années, les coefficients moyens pour 100 vivants sont de 3,035 pour les naissances et de 2,902 pour les décès. Ces chiffres, qui ne sont pas encore très-brillants, indiquent cependant une amélioration très-notable, puisque, dans les dix premières années, la mortalité était de 3,57 et la natalité de 3,24 seulement, et que, dans la période décennale suivante, la mortalité était de 3 et la natalité de 2,9. Ils prouvent donc que la mortalité, excessive au début, s'est graduellement améliorée pour devenir actuellement inférieure à la natalité. Les recherches de M. Ricoux montrent, de plus, que l'augmentation de la population est due à la vitalité croissante des enfants nés en Algérie lorsqu'ils ont franchi les pre-

mières années. Enfin, elles nous démontrent que le nombre des mariages entre hommes et femmes nés en Algérie de parents français est relativement assez élevé, puisque de 1854 à 1874, sur 1777 mariages on trouve déjà 86 hommes et 456 femmes nés en Algérie, sur lesquels 30 hommes et 210 femmes issus de parents français et ayant épousé des Français.

Nous n'avons pas à apprécier ici toutes les conclusions que M. Ricoux déduit de ces recherches et qui ont surtout pour objet d'indiquer les réformes à introduire dans l'administration de notre colonie. Contentons-nous de constater que les travaux de ce genre, bien que bornés à l'appréciation d'un petit nombre de résultats statistiques, ou plutôt par cela même qu'ils se limitent à la discussion d'un petit nombre de faits, seront toujours consultés avec fruit en raison de l'exactitude avec laquelle ces faits ont été recueillis et de la rigueur avec laquelle ils ont pu être interprétés. On ne saurait donc assez encourager les médecins fixés dans les diverses localités de l'Algérie à publier des travaux analogues. Lorsqu'ils seront plus nombreux et qu'ils fourniront les résultats précis du mouvement de la population dans les diverses provinces, on pourra en déduire une série de préceptes qui s'imposeront avec plus d'autorité à l'attention du gouvernement et modifieront peut-être les lois exceptionnelles qui régissent encore l'administration de l'Algérie.

L. L.

Index bibliographique.

AMOUR ET ONANISME, par Xavier PRADEL. In-8°. V. Delahaye.

Sous ce titre l'auteur développe quelques considérations sur l'hygiène de la jeunesse et réédite les principaux arguments qu'on cite depuis Tissot pour combattre les habitudes de masturbation. La brochure de M. Pradel contient donc peu de faits nouveaux, mais son titre est exposé avec méthode et dans un style convenable et parfaitement en rapport avec l'importance du sujet. Nous en recommandons la lecture aux personnes qui s'intéressent aux questions d'hygiène et sont chargées de veiller à l'éducation de l'enfant.

VARIÉTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La Faculté ouvrira ses cours d'été le mercredi 15 mars 1876. Ils auront lieu dans l'ordre suivant :

Histoire naturelle médicale. — M. Baillon : Étude spéciale des plantes qui intéressent la médecine (troisième partie du programme imprimé). Lundi, mercredi, vendredi, à onze heures.

Physiologie. — M. Bédard : Digestion, absorption, circulation, sécrétion (en général), nutrition. Lundi, mercredi, vendredi, à midi.

Anatomie pathologique. — M. Charcot : Anatomie pathologique spéciale : organes digestifs, poumons. Lundi, mercredi, vendredi, à deux heures.

Pathologie chirurgicale. — M. Trélat : Maladies des régions. Lundi, mercredi, vendredi, à trois heures.

Médecine légale. — M. Tardieu, suppléé par M. Lancereaux : Étude médico-légale des empoisonnements. Lundi, mercredi, vendredi, à quatre heures.

Pharmacologie. — M. Requinad : Exposé général des applications de la pharmacologie à la thérapeutique. Étude des différents groupes de médicaments, considérés spécialement au point de vue des formes pharmaceutiques et de l'art de formuler. Mardi, jeudi, samedi, à onze heures.

Pathologie expérimentale et comparée. — M. Vulpian : Études de pathologie expérimentale sur le système nerveux. Mardi, jeudi, samedi, à deux heures.

Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. Pajot : Anatomie obstétricale : gestations et parturitions naturelles, résumé de la dystocie; opérations, puerpéralité. Mardi, jeudi, samedi, à midi.

Pathologie médicale. — M. X... mardi, jeudi, samedi, à trois heures.

Thérapeutique et matière médicale. — M. Gubler : Médications hypnotique, aphrodisiaque, emménagogue, cures d'émaciation et d'engraissement, traitement des diabètes, de la goutte, etc. Mardi, jeudi, samedi, à cinq heures.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE PLEIN EXERCICE DE MARSEILLE. — Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 19 février dernier, le personnel de l'école de médecine et de pharmacie de plein exercice de Marseille est ainsi constitué :

Directeur, M. Seux père. — Clinique chirurgicale (première chaire), M. Chaplain ; clinique chirurgicale (deuxième chaire), M. Combalat. — Clinique médicale (première chaire), M. Girard ; clinique médicale (deuxième chaire), M. Fabre. — Gynécologie, M. Villeneuve. — Physiologie, M. Roberty. — Thérapeutique, M. Seux père. — Chimie médicale, M. Favre. — Pathologie interne, M. Bertulus. — Pathologie externe, M. Pirondi. — Matière médicale, M. Housset. — Anatomie pathologique, M. Demeules. — Clinique obstétricale, M. Magail. — Hygiène et médecine légale, M. Seux fils. — Botanique et zoologie élémentaire, M. Reynes. — Pharmacie, M. Roustan. — Suppléments : des chaires de médecine, M. Villard ; d'anatomie et physiologie, M. Livon ; d'accouchements, M. Queirrol. — Chef des travaux chimiques, M. Robert.

(*Stud. medical.*)

NOUVELLE FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — La nouvelle faculté de médecine Bordeaux vient d'entrer dans la voie de l'exécution. Le Conseil municipal a voté à l'unanimité, dans la séance du 25 février, une somme de 2 500 000 fr. pour subvenir aux dépenses de l'installation. Le maire est autorisé à acquérir, au nom de la ville, l'hospice des incurables et l'hôpital de la Maternité, situés à l'est de la place d'Aquitaine ; c'est l'emplacement choisi. Une somme de 50 000 fr. est inscrite au budget supplémentaire pour subvenir aux frais d'acte ; enfin, il a été décidé que le projet de construction de la nouvelle faculté sera mis au concours.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — Il est créé une deuxième chaire de clinique chirurgicale. M. Bonnemaison, professeur adjoint de clinique médicale, est nommé professeur titulaire de la seconde chaire de clinique médicale. — M. Hippol, professeur adjoint de clinique chirurgicale, est nommé professeur titulaire de la seconde chaire de clinique chirurgicale.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — BACCALAUDEAT ÈS SCIENCES. — Une session extraordinaire de baccalauréat s'ouvrira, le lundi 27 mars prochain, devant la Faculté des sciences de Paris : les inscriptions seront reçues du 6 au 18 mars, de dix heures à midi, au secrétariat de la Faculté.

CRÉMATIION DES MORTS. CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS. (Séance du 4 mars.) — M. Cadet demande à M. le préfet de police où en sont les études faites par le conseil d'hygiène et de salubrité sur le projet dont le conseil municipal de Paris a pris l'initiative, et qui consiste à mettre au concours le meilleur mode d'incinération des corps.

M. le préfet de police donne lecture au conseil d'un rapport qui lui a été adressé, le 25 février dernier, par une commission formée dans le sein du conseil d'hygiène et de salubrité, auquel la question avait été soumise. Cette commission a été d'avis qu'en employant des foyers à gaz tels que ceux en usage dans la métallurgie, les corps peuvent être promptement et complètement consumés sans odeur ni fumée, et sans qu'il en résulte de dangers pour la salubrité publique. Elle a signalé les inconvénients de la crémation dans le cas où la police aura à rechercher la trace d'un empoisonnement. Il est établi que les poisons organiques, l'arsenic, le phosphore et le sublimé corrosif, disparaîtraient complètement par l'incinération. Quant aux sels de cuivre et de plomb, si le métal se retrouvait dans les cendres, il serait, par contre, trop facile de faire disparaître les cendres mêmes.

Si la crémation était adoptée, la loi qui en réglerait l'usage devrait prescrire l'autopsie des cadavres. En tout cas la crémation devrait être facultative et non obligatoire.

M. Cadet demande l'impression du rapport et le renvoi à l'une des commissions du conseil. Après un court débat, l'assemblée décide que le rapport sera imprimé.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE. — Cette Société tiendra sa prochaine séance mercredi 8 mars, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

OMBRE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE À NANCY ET À MONTELLIER. — Le nombre des étudiants qui ont fréquenté les cours de la Faculté de Nancy pendant l'année scolaire 1874-1875, s'est élevé à 252, savoir : en cours d'inscription, 180 (dont 65 de première année, 41 de deuxième, 46 de troisième et 34 de quatrième) ; en cours d'examen, 46 ; auditeurs bénévoles, 17 ; total, 252. Ce chiffre est supérieur à celui de l'année dernière de 36. (*Revue médicale de l'Est.*)

Le Paris médical estime à 300 le nombre des étudiants à la Faculté de médecine de Montpellier.

Nous avons donné récemment le chiffre authentique des élèves de la Faculté de Paris (voy. le n° 7, p. 111).

NANISME. — On peut voir à Belle-Plain, dit la *Gazette d'Iowa* (États-Unis), une femme nommée Maggie Minot, qui est certainement la personne la plus petite que l'on connaisse. Sa taille ne dépasse pas 27 pouces ; elle pèse 31 livres ; elle a dix-huit ans. Le fameux Tom Pouce (Tom Thumb) a 6 pouces de plus que Maggie Minot.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Warburton Begbie, un des médecins et physiologistes les plus distingués de l'Écosse. Quoique jeune encore, M. Begbie était médecin de la *Royal Infirmary*, du *Royal Hospital for sick Children*, examinateur au Collège royal des médecins et à l'Université d'Édimbourg. Il a présidé l'année dernière la section de physiologie au congrès d'Édimbourg et a prononcé un remarquable discours inaugural dont nous avons donné le compte rendu dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE.

— Le docteur E. Lee Sones vient de mourir à Oakland. Après avoir exercé pendant de longues années à New-York, ce praticien s'était retiré dans cette dernière ville. Il était, au moment de sa mort, président de l'*Alameda county medical Association*.

— Nous avons encore à annoncer la mort de M. James Kuttledge, membre du Collège royal des médecins, et qui a exercé à Londres pendant trente-deux ans. Ce praticien est mort à Brighton à l'âge de soixante-huit ans.

COURS DE TECHNIQUE MICROSCOPIQUE. — M. le docteur Latteux, sous-chef du laboratoire d'histologie des Cliniques, commencera un nouveau cours le lundi 20 mars à quatre heures et le continuera tous les jours excepté le samedi.

Le cours comprend l'étude des tissus sains et des principaux tissus pathologiques ainsi que les exercices suivants (coupes, injections, montage et conservation des préparations).

On s'inscrit chez le concierge de l'hôpital des Cliniques ou chez le docteur Latteux, rue Jean-Lantier, n° 4, (près le Châtelet) de midi à une heure.

DEMANDE D'UN POSTE MÉDICAL. — On demande un docteur à Saint-Georges-du-Vivier, chef-lieu de canton (Eure), circonscription médicale 7 à 8000 habitants, clientèle assurée.

État sanitaire de Paris :

Du 25 février au 2 mars 1876, on a constaté 1016 décès, savoir :

Variéole, 6. — Rougeole, 8. — Scarlatine, 6. — Fièvre typhoïde, 13. — Erysipèle, 4. — Bronchite aiguë, 51. — Pneumonie, 124. — Dysentérie, 1. — Diarrhée cholériforme des enfants, 0. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 13. — Group, 15. — Affections puerpérales, 3. — Autres affections aiguës, 197. — Affections chroniques, 509, dont 170 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 51. — Causes accidentelles, 12.

SOMMAIRE. — Académie de médecine : Election aux places d'associés nationaux. — Le myopie dans les écoles. — HISTOIRE ET CRITIQUE. De l'émulsion de codons cérébrales. — TRAVAUX ORIGINAUX. Pathologie interne : Des conditions de la raréfaction des embolies. — CORRESPONDANCE. Dégagement de l'osmo comme défébrifant. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de biologie. — REVUE DES JOURNAUX. Nutrition artificielle à l'aide d'injections sous-cutanées. — BIBLIOGRAPHIE. Contribution à l'étude de l'écoulement des Français en Algérie. — VARIÉTÉS. — FLEULETON. La science arabe, ou autrement sa transmission par les traductions de Paris en latin.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

ERRATUM. — Dans le dernier numéro (*Correspondance*), p. 154, à ce titre : DÉGAGEMENT DE L'OZONE COMME DÉSINFECTANT, substituez celui-ci : DOSAGE DE LA GLYCOSE DANS L'URINE.

Paris, le 16 mars 1876.

LES EXCURSIONS MÉDICALES DE M. LASÈGUE. — L'ENSEIGNEMENT DE LA PAROLE ARTICULÉE AUX SOURDS-MUETS : M. MAGNAT.

Nous avons assisté dimanche dernier à une réunion intéressante à plus d'un titre et sur laquelle nous croyons devoir attirer l'attention de nos confrères. M. le professeur Lasègue a eu l'heureuse idée d'instituer des excursions scientifiques qui peuvent être considérées comme un complément des études médicales. Il a voulu que les élèves ou les praticiens pussent se rendre compte de certaines méthodes spéciales de traitement. Dernièrement, à Bicêtre, une conférence clinique et des démonstrations pratiques faisaient connaître les méthodes d'éducation des épileptiques et les résultats obtenus. Une autre fois, l'excursion se fera chez un fabricant d'appareils balnéaires, à un établissement hydrothérapique, à un établissement d'air comprimé, etc. Il est inutile d'insister sur l'intérêt que présentent de telles excursions, et nous souhaitons qu'elles ne soient pas entravées par des difficultés administratives, comme cela semble avoir eu lieu pour certains établissements publics; nous espérons que, grâce à l'appui de l'opinion du corps médical, l'initiative de M. Lasègue ne rencontrera plus que bon vouloir et accueil empressé.

La dernière excursion avait lieu à l'école des sourds-muets de l'avenue de Villiers, où M. Magnat élève plus de trente enfants sourds-muets d'après la méthode d'articulation de Jacob Pereire, qui fut si célèbre au siècle dernier. La séance se composait d'une conférence ou partie théorique et d'épreuves d'examen d'enfants sourds-muets ou partie pratique. Plus de cent étudiants praticiens et même plusieurs agrégés assistaient à des démonstrations qui ont fait grand honneur à M. Magnat et à sa méthode d'éducation. L'exposé théorique fait par M. Félix Hémet, inspecteur des écoles, résumait les bases sur lesquelles repose la méthode; il ne s'agit plus ici de méthode française, ou méthode de l'abbé de l'Épée, ou méthode par signes, mise en opposition depuis si longtemps avec la méthode dite allemande, dans laquelle l'articulation des sons est au contraire le moyen principal de l'éducation. M. Magnat a d'ailleurs démontré que la méthode dite allemande a eu pour origine la méthode de Jacob Rodrigue Pereire, qui vint se fixer à Bordeaux en 1732 et dont tous les élèves étaient des Français. Parmi ceux-ci, Saboureux de Fontenay, homme très-distingué, acquit lui-même une certaine célébrité; il a écrit de nombreux mémoires qui prouvent

l'étendue et la variété de ses connaissances. Cette méthode, qui semblait oubliée, a été reconstituée par M. Magnat à l'institution des sourds-muets de Genève; ce n'est que plus tard que, des manuscrits de Pereire lui ayant été communiqués, M. Magnat y retrouva l'exposition même de la méthode qu'il avait, de son côté, édiflée sur des études pratiques persévérantes. Cette méthode a pour bases l'enseignement de la parole articulée aux sourds-muets, l'éducation de ces enfants en commun, leur enseignement mutuel. L'enfant, dit M. Magnat, apprend d'abord à articuler des sons isolés, puis à réunir ces sons pour la formation de mots. Ces mots correspondent à des gravures. Lorsque l'élève a terminé son cours d'articulation, il connaît de 600 à 700 substantifs auxquels il apprend alors à attribuer des qualités par l'emploi d'adjectifs convenables et du verbe être à la troisième personne du singulier du présent de l'indicatif, puis vient l'emploi de l'auxiliaire avoir, des pronoms, des verbes et des mots invariables les plus usuels. L'élève commence à entrer en relation avec les entendants-parlants par la parole articulée; il abandonne les signes. On lui fait connaître successivement deux livres de lecture comprenant des sujets de la vie journalière, et enfin lui enseignant l'emploi de mots nouveaux de toutes les personnes et de tous les temps des verbes; lorsque l'élève en a terminé l'étude, il sait parler. Il est alors, quant à la parole, à peu près au niveau de l'enfant entendant à son entrée à l'école; mais il est supérieur à ce dernier quant à l'orthographe, l'écriture et l'arithmétique. Dorénavant, toutes les leçons lui seront données par la parole articulée comme à un enfant entendant-parlant. L'enseignement de l'articulation est complet en trois ans; la quatrième et la cinquième année sont consacrées à l'enseignement primaire, et la sixième et la septième année à l'enseignement secondaire. On comprend qu'il y a des résultats variables suivant l'état cérébral du sourd-muet. Dans tous les cas, ceux que M. Magnat a obtenus sont remarquables. Il en a été jugé ainsi par l'assistance, ainsi que l'ont plusieurs fois prouvé les exclamations de surprise et les acclamations. Nous résumerons cette partie pratique de la séance en suivant l'ordre même des examens qui ont été subis par les élèves.

M. Magnat a pu démontrer, sur un sujet neuf, comment il procède dès la première leçon. Cet enfant, âgé de six ans, était entré depuis quelques jours à l'institution; il n'avait pas encore reçu de leçon du professeur, et ainsi que je m'en suis assuré depuis, il n'avait pas appris le langage mimique; il n'avait en somme aucune éducation; la démonstration a donc été faite en toute sincérité et conserve toute la valeur qu'elle a présentée au moment où elle a été faite devant nos confrères. Voici comment le professeur a procédé: il a d'abord appris à l'enfant à respirer par la bouche, lui faisant sentir par la main les mouvements de respiration du thorax, lui soufflant doucement sur le dos de la main de manière à lui faire percevoir la chaleur de l'haleine; l'enfant imita à

son tour ces mouvements, il aspira sur les mains et parut comprendre ce qu'était la respiration par la bouche ; le professeur lui fit alors percevoir le souffle, l'enfant souffla ; prenant la main de l'enfant et l'appliquant sur son propre larynx, M. Magnat fit sentir les vibrations des cordes vocales en prononçant un *a* prolongé, et l'enfant, mettant la main sur son larynx à lui, put répéter le souffle, enfin il put prononcer à son tour *a*, puis il prononça l'*a* prolongé, et même il arriva, avec quelque difficulté il est vrai et avec quelque imperfection, à prononcer *o*, *ou*, *eu*, *i*. La leçon n'avait pas duré plus d'un quart d'heure, mais elle a produit une profonde sensation, et le petit sourd-muet n'était ni moins étonné ni moins satisfait que les entendants-parlants.

Une série d'examen nous a montré les divers degrés de l'éducation ; un enfant de cinq ans avec six semaines d'étude a prononcé et écrit au tableau *a, o, ou, e, i*, suivant qu'on articulait devant lui l'une de ces voyelles ; un enfant de six à sept ans écrit au tableau et prononce divers mots : *poupée, tabac, bateau* ; ensemble, ces enfants peuvent déjà reproduire des sons, des lettres, des syllabes, des mots et des signes dont ils connaissent l'application. Trois autres enfants de six à sept ans ont montré des aptitudes variées, et les divers phases de progrès dans l'articulation ; d'ailleurs tous écrivent sur le tableau les sons articulés.

Un garçon de neuf ans, avec neuf mois d'étude, a prononcé ou lu sur les livres du professeur, ou écrit sur le tableau, les phrases telles que « *le lion est méchant* », ou même corrigeant d'autres phrases ; ainsi on lui dit : « *le pupitre marche* », il répond et écrit « *non, le pupitre ne marche pas* ».

Le véritable succès a été pour deux élèves beaucoup plus avancés, qui se sont dictés des mots, des phrases même ; ils ont répondu à des questions adressées par un assistant, et l'un d'eux a résolu au tableau un problème assez compliqué pour un enfant de sept ans, puisqu'il comportait plusieurs séries de multiplications et d'additions.

En résumé, c'était l'enseignement pris sur nature, exposé sans préparation ; on pouvait constater, avec les progrès, quelques erreurs, des imperfections ; mais on ne pouvait ne pas être frappé de résultats si remarquables, et plus d'un d'entre nous, au sortir de cette séance, a fait des vœux sincères et très-justifiés en faveur de la vulgarisation de la méthode de Percire et de Magnat. D'ailleurs, nous ne voulons pas pour cette fois établir aucun parallèle, ni préjuger en rien des débats qui pourront survenir ; lorsque M. Magnat aura présenté la méthode et ses résultats à l'Académie des sciences, peut-être alors nous aurons à examiner plus complètement un enseignement que, pour cette fois, il nous suffit d'avoir signalé.

A. HENOCQUE.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

NOTE SUR UN ACCIDENT POSSIBLE A LA SUITE DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE CHLORHYDRATE DE MORPHINE ; PRÉCAUTIONS A PRENDRE POUR L'ÉVITER, lue à la Société de biologie, dans la séance du 11 mars 1876, par le docteur H. CHOUPEE.

Un malade auquel je venais de faire une injection de 3 centigrammes de chlorhydrate de morphine fut pris tout à coup de fourmillements qui, après avoir débuté par les mains, gagnèrent rapidement tout le corps, et furent suivis de rougeur de

la face avec battement des artères et sensation de pesanteur de tête tellement prononcée que je conçus des inquiétudes ; cependant au bout de quelques minutes tout rentra dans l'ordre. Au moment où je retirai la canule, un petit fil de sang s'écoula de la piqûre.

Je n'avais pas éclairci ce premier fait, quand quelques mois plus tard j'en observai un second de tous points semblables, si ce n'est que, la dose étant moins forte (1 centigram.), les accidents furent plus légers et plus passagers.

Je résolus de rechercher ce qui pouvait donner lieu à ces symptômes insolites, car il m'était impossible de les mettre sur le compte de la susceptibilité individuelle des deux malades dont je parle ayant, avant et après, reçu d'autres injections sans rien présenter d'analogue.

Pour éviter ces phénomènes, j'avais pris le parti de ne plus pousser l'injection que très-lentement, le but de m'arrêter aussitôt qu'un malade accuserait l'existence de fourmillements dans les mains. Plusieurs mois s'écoulèrent encore sans que je vis rien de semblable, mais au bout de ce temps, un malade, après l'injection de la moitié du contenu d'une seringue de Pravaz, 15 milligr., se plaignit de l'accident que je redoutais. J'arrêtai l'injection et j'enlevai la seringue en laissant la canule en place pour pouvoir reprendre l'injection s'il était nécessaire. Aussitôt je vis le sang couler goutte à goutte par la canule. Ce que j'avais pensé était donc exact : les accidents reconnaissent pour cause l'introduction directe du liquide dans une veine. Je poussai la canule plus profondément, de manière à traverser le vaisseau, et je pus alors terminer mon injection sans que les accidents s'accroissent.

Tels sont les faits que j'ai observés.

Pour me résumer : Quand la canule de la seringue s'engage dans la cavité d'une veine, le malade est pris au bout de vingt-cinq à trente secondes de fourmillements dans les mains, bientôt ils envahissent tout le corps et s'accompagnent de démangeaisons très-vives ; presque en même temps les veines du cou se gonflent, la face devient rouge, les artères battent violemment, le pouls s'accélère (120, 140 et même 160). La tête est lourde, le malade éprouve une angoisse profonde, il lui semble qu'il va tomber. Puis au bout d'une minute et demie environ, une sueur froide perle de tous côtés, les phénomènes s'amendent peu à peu et tout rend dans l'ordre au bout de trois à quatre minutes ; le cœur reste cependant agité, et cela quelquefois pendant plusieurs heures. Ces accidents sont ceux qu'on observe après l'injection d'une dose ordinaire ; que se passerait-il avec une dose notablement plus élevée, ou une substance plus toxique ? Il est malheureusement facile de le prévoir.

Il semblerait impossible, de prime abord, que la canule pointée d'une seringue de Pravaz s'arrêtât dans le calibre d'une veine sous-cutanée, cependant la chose, comme on vient de le voir, peut arriver, et cela n'est pas indifférent, éroyons-nous ; il faut l'éviter.

Dans la pratique journalière, on introduit dans le tissu sous-cutané la canule montée sur la seringue toute chargée, on pousse immédiatement l'injection. Or, averti par l'expérience, nous croyons qu'on ne doit pas procéder ainsi pour éviter tout accident. Il faut introduire la canule, s'assurer qu'il ne s'écoule pas de sang ; dans le cas contraire, ou bien piquer à un autre endroit, ou bien l'enfoncer plus profondément de manière à traverser la veine ouverte ; ne faire l'injection qu'après ces précautions.

CORRESPONDANCE

Nouvelles considérations sur la rage spontanée.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

«Nilhil est tam arduum humanum sedulitati quam
investigatio causæ illius principem et proxima
quæ singulos morbos in actum provocat.»

(BAGLIVI, *Opera omnia*, 1751, p. 204.)

Le 28 octobre 1875, devant nombre de mes savants collègues, j'ai eu l'honneur, suivant l'ordre du jour, de lire un mémoire intitulé : DE LA RAGE SPONTANÉE, à la Société de médecine de Nancy. Ce travail, inspiré par la connaissance de l'article *Rage* du DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES, a été composé pour le Congrès international des sciences médicales. Aujourd'hui, il est imprimé dans les annales du Congrès; publié par l'excellent JOURNAL DE MÉDECINE DE BRUXELLES, et reproduit par M. H. Bouley dans le JOURNAL DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE PRATIQUE (voy. le numéro de décembre 1875 et celui de janvier 1876).

Dans le n° du 15 décembre de la REVUE MÉDICALE DE L'EST, je viens de lire, outre l'analyse de ce mémoire, communiquée par M. le secrétaire de la Société de médecine de Nancy, un savant travail dû à M. Bernheim. C'est de cet article que je dois m'occuper d'abord. Je vais donc exposer quelques-unes des réflexions qu'il m'a suggérées, bien persuadé que si je n'admets point la théorie de M. Bernheim je n'en continuerai pas moins à mériter l'estime de son auteur. Lui et moi n'avons-nous pas en vue le même but : la recherche du vrai dans l'intérêt de l'humanité, suivait cette maxime : *Utilitate hominum, nil debet esse homini antiquius*?

M. Bernheim, à l'aide de faits cliniques bien connus, et dont l'induction, suivant lui, est applicable au cas présent, propose, mais avec prudence, une nouvelle explication de la rage spontanée, qui ne serait alors qu'une exaspération subite, causée par une influence, morale ou physique, d'une rage latente saturant l'organisme.

On le voit, il rejette la nouvelle opinion de MM. Tardieu et Gros, que l'on sait être celle-ci : « La morsure d'un chien enragé inocule la maladie virulente ou rage; la morsure d'un chien non enragé peut produire une maladie absolument identique qui n'est point virulente et qui est l'hydrophobie non rabique. » Il a certes raison, car on ne peut comprendre que « ce qui est même qu'un autre » (voy. le *Dict. de l'Acad.*, t. II, p. 3, et celui de Littré, t. III, p. 5), et surtout « absolument même qu'un autre », ne soit point même que cet autre.

L'explication de M. Bernheim, à la première vue, a quelque chose d'attrayant; mais bientôt, ou après réflexion, elle laisse du doute, plus est rejetée.

Ne pouvant prendre un meilleur modèle que M. Bernheim, je vais procéder, comme lui, par des faits cliniques et des comparaisons, desquels je tirerai des conséquences.

Et d'abord, est-il vrai que certaines affections, même transmissibles à l'homme par la contagion, se développent spontanément sous l'influence d'une étiologie bien connue, chez quelques animaux?

Chaque jour, l'observation clinique répond affirmativement à cette question. La morve et le farcin, sous l'influence de certaines causes connues, se montrent spontanément chez le cheval, s'inoculent au cheval et, comme la rage virulente, se transmettent par l'inoculation à l'homme. Le charbon malin se développe spontanément sous l'influence de certaines causes (nature du sol, émanations putrides, misère, mauvais traitements, etc.) chez certains animaux (1), se transmet par l'inoculation à d'autres animaux et même à l'homme, exactement comme la rage virulente. Est-ce que le typhus des bêtes à cornes, si facilement contagieux, ne se montre pas spontanément, sous l'influence de causes appréciables; le surmenage, par exemple? Ne sait-on pas que, au moment du rut, la chair de quelques animaux prend une odeur spéciale; que celle de plusieurs poissons (le harbeau, par exemple), au moment du frai, est malsaine? L'homme lui-même n'est-il pas frappé spontanément de plusieurs affections contagieuses, ainsi la variole, la scarlatine,

la fièvre typhoïde (1), etc.? N'a-t-il pas aussi certaines autres maladies qui lui sont propres, comme le zona et la diphtérie (2); comme la syphilis (3), qu'Azarias-Turenne n'a pu efficacement inoculer, même à un singe anthropomorphe?

De ces faits incontestables et que je pourrais rendre plus nombreux, il découle forcément que rien n'est plus naturel que d'admettre une maladie virulente, nommée *rage*, pouvant, sous l'influence de causes connues aujourd'hui, se développer spontanément, chez le chien. Et pourquoi la théorie de M. Pasteur ne serait-elle pas applicable dans ce cas?

Ainsi, quand même des observations authentiques, entre autres celle du jeune Gadon, que j'ai rapportée avec de minutieux détails dans mon mémoire sur la rage spontanée, n'existeraient pas, celle-ci chez le chien peut être admise à priori ou, mieux, en se rappelant que, dans l'échelle animale, chaque espèce a une et même plusieurs maladies spéciales qui naissent spontanément, et que l'homme lui-même est soumis à cette loi.

Cela bien compris, allons plus au fond de notre sujet.

De même, dit M. Bernheim, que chez l'homme saturé d'un poison (arsenic, plomb, alcool, strychnine, etc.), et sans qu'on le reconnaisse, il suffit d'un accident pour compléter, révéler cette saturation générale latente, et même la rendre dangereuse immédiatement, ainsi chez le chien que l'on dit être subitement frappé de la rage spontanée, la rage virulente, à l'état général et latent dans l'organisme, ou pas encore assez intense pour donner des signes certains de sa présence, éclate subitement sous l'influence de certaines causes survenues accidentellement. En pareil cas, il n'y a point rage spontanée, mais simplement une subite apparition de la rage, qui était jusque-là à l'état latent, saturant l'organisme.

Cette argumentation est plus spéieuse que probante. Tout d'abord, j'accorde ceci, parce que c'est un fait réel, bien connu : la rage virulente qui coïncide chez le chien et infecte son organisme après inoculation, peut subitement apparaître visible sous l'influence d'une violente commotion (frayeur, douleur, colère, fureur génitale non satisfaite) reçue par l'animal; mais dans ce cas le virus rabique n'est plus localisé seulement dans la salive, comme dans mon observation; les vibrations, s'ils sont admis, ont largement proliféré.

Si chez l'homme une vive impression morale inattendue et un excès de travail, etc., peuvent faire apparaître subitement les symptômes d'une rage inoculée, encore latente ou en incubation, cela se comprend à merveille, puisque tout le monde est d'accord sur ce point : jamais chez l'homme la rage virulente n'est spontanée, toujours elle est la conséquence d'une inoculation.

Nous savons, quoique petit praticien, que chez un alcoolisé un accident (fracture, pneumonie (4), etc.), peut subitement faire éclater des symptômes graves de l'alcoolisme, non soupçonné par le public, mais bien connu du médecin, qui a observé ces phénomènes : caractère irascible, appétit dépravé ou perdu, sommeil troublé, honte, regard incertain, agitation, tremblements, conjonctives d'un jaune rougeâtre, etc. Ainsi l'alcoolisme n'était pas dans ce cas à l'état latent.

Ce que je dis de l'intoxication alcoolique s'applique aux intoxications par le plomb, l'arsenic, la digitale, etc., qui offrent des signes précoces et certains aux yeux du praticien.

Il n'y a donc pas, dans ces cas, un état latent, caché, comme dans la rage inoculée, qui couve : donc entre ces empoisonnements végétaux et minéraux et celui par le virus rabique, il n'y a pas de comparaison possible.

Un fait important, dont M. Bernheim ne tient pas compte, c'est que l'empoisonnement par une substance, soit minérale, soit végétale, n'est pas le même que celui produit par un virus. Dans ce dernier cas, il y a des vibrations qui se multiplient. On connaît les belles recherches de M. Davaine sur le sang charbonneux et celles de M. Christof et Rieuer qui démontrent la présence de bactéries dans les mucosités nasales de chevaux atteints d'une affection farcino-morveuse.

Tamahanj, ajoute M. Bernheim, a réuni dix-neuf faits, dans lesquels les chiens dix-huit fois communiquèrent la rage mortelle à des hommes; or ces chiens étaient sains au moment de la mor-

(1) Voyez notre ouvrage, deux fois couronné, intitulé : *Nature, contagion et génie épidémique de la fièvre typhoïde*, 1 vol. in-8.

(2) Voyez notre article sur le zona ophthalmique dans le tome LVI du *Journal de médecine de Bruxelles*.

(3) Voyez notre *Traité de la syphilis infantile*, 1 vol in-8.

(4) Voyez notre compte rendu, très-détaillé, de la seconde édition du *Traité de la pneumonie par Grisolé*, dans le tome XII du *Journal de médecine de Bruxelles* et le tome II de notre *Traité des maladies du système respiratoire*.

(1) Voyez mon analyse très-détaillée des ouvrages de MM. Raimbert et Bourgeois, dans les tomes XXX et XXXII du *Journal de médecine de Bruxelles*, et, dans le tome XXXI du même recueil scientifique, un long mémoire que j'ai publié sur la pustule maligne et le charbon malin.

sure, mais devinrent euragés plus tard. Il y avait donc chez ces chiens une vraie diathèse rabique, une rage latente.

Cette argumentation ne peut subsister devant cette mienne observation : un chien, sain jusqu'au 1^{er} janvier, mord ce jour un enfant qui meurt de la rage au bout de quarante-huit jours, et ledit chien ne donne, pendant six mois ou jusqu'à sa mort accidentelle, aucun symptôme de rage et même d'une maladie quelconque. Aucune théorie, du moins suivant mon humble appréciation, ne peut renverser ce fait.

Cela ne me suffit pas cependant, je veux aller plus loin ou essayer de ne pas laisser le moindre doute sur mon opinion. J'aborde ici un point de physiologie étiologique très-grave et digne de grands développements, que cependant je ne puis donner, attendu le plan de ce modeste travail.

Tout d'abord j'ai à prouver, ce que déjà j'ai fait dans mon mémoire sur la rage spontanée, que le virus rabique peut rester localisé dans la salive du chien. Rien n'est plus probant qu'un fait bien vu, bien recueilli ; en voici un tel celui dont j'ai parlé ci-dessus. Un chien bien portant, puisque pendant six mois il n'a donné aucun signe de maladie quelconque, mord un petit garçon au moment où il est sous l'influence d'une grande frayeur, de la douleur, d'une colère extrême et du désir furieux mais interrompu, de couvrir une chienne en folie, et quarante jours après ce jeune garçon meurt de la rage, diagnostiquée par trois docteurs. Evidemment dans ce cas le virus rabique, né spontanément et subitement, était localisé et est resté localisé dans la salive du chien, certaine-ment l'organisme de cet animal n'a point été infecté par le virus rabique.

Qu'y a-t-il d'extraordinaire dans ce fait ?

Ici encore imitons M. Bernheim, en répétant ce que nous avons dit dans notre précédent mémoire : citons des faits connus.

Est-ce que l'extrême frayeur ou un violent et subit chagrin ne peut pas concentrer son funeste effet sur un point de l'organisme humain ? Ne voit-on pas les cheveux blanchir subitement et tu icère arriver promptement à la suite d'un grand chagrin, d'une frayeur, d'un excès de colère ? Ne sait-on pas que le lait de la nourrice peut être influencé instantanément par la colère, la frayeur, le chagrin, la douleur ? Ignore-t-on que, dans une attaque d'épilepsie, même légère, les glandes salivaires sont impressionnées ? qu'elles le sont sous l'influence de la vue et de l'odeur de certains aliments ? que les glandes lacrymales le sont par la joie, le chagrin et la douleur ? et que les reins le sont aussi pendant le déclin d'une migraine ? Eh bien, pourquoi chez le chien une modification subite et spéciale des glandes salivaires n'aurait-elle pas lieu sous l'influence de certaines causes ? Pourquoi aussi cette modification spéciale ne disparaîtrait-elle pas lorsque les causes qui l'ont produite cessent d'exister ? Est-ce que le lait de la nourrice, modifié subitement par l'impression qu'a reçue la glande mammaire, sous l'influence de la colère, de la frayeur, de la douleur, d'une attaque d'hystérie, etc., ne reprend pas bientôt ses qualités antérieures ou normales, quand l'impression malative a disparu ? Est-ce que, dans ce cas, l'organisme ne suffit pas à lui seul pour se débarrasser du poison ? N'est-ce pas ce qui a lieu dans l'urémie, par exemple, comme l'a fort justement rappelé M. Bernheim ?

Rien encore de plus facile, ce me semble, de s'expliquer la rage dont sont morts les dix-huit chiens de Tambayn. Qu'est-ce qui prouve que ces chiens, bien portants au moment où, par leurs morsures, ils donnèrent la rage mortelle, ne furent point inoculés depuis par une morsure ? Où est la preuve que, chez eux, il n'y eût point une *auto-inoculation* ?

On sait que le chien qui a une blessure la léche fréquemment. Eh bien, dans ce cas il peut lui-même, par sa salive, contenant spontanément, subitement et passagèrement, du virus rabique, s'inoculer ledit virus, et de la sorte infecter tout son organisme. Alors, au bout d'un certain temps d'état latent ou d'incubation, soit naturellement, soit sous l'influence d'une cause (frayeur, douleur, colère, extrême désir génésique non satisfait, etc.), la rage apparaît avec ses symptômes effrayants.

Où est la preuve aussi que ces chiens n'avaient pas reçu, dans les combats livrés avec fureur pour la possession d'une chienne en folie, une plaie à une lèvre (1), à la langue, qui facilement a ouvert une porte à l'*auto-inoculation*, par le contact de la salive, contenant du virus rabique, et alors seule partie de l'organisme atteinte spontanément et subitement, sous l'influence des causes connues aujourd'hui et admises, avec timidité, il est vrai, par nos non spontanéistes ?

(1) C'est à la face, sur les lèvres et au pourtour de la bouche, dit le professeur Rey, que chez les animaux l'absorption, à la suite de l'inoculation du virus rabique, est plus facile. (*Journal de médecine de Lyon*, 1847, t. III, p. 474.)

N'appuyant sur une observation qui est mienne, sur nombreuses autres anciennes et récentes, sur des inductions physiologiques bien connues, je me crois le droit de dire :

Le virus de la rage, inoculable et donnant la mort à l'inoculé, peut, sous l'influence d'une et surtout de plusieurs causes réunies, être fabriqué spontanément et subitement par les glandes salivaires du chien ; il peut rester localisé dans la salive ou ne point infecter l'organisme de l'animal ; il peut disparaître par la cessation des causes qui l'ont produit et par l'effet de certaines autres, comme cela a lieu quelquefois, par exemple dans l'intoxication urémique ; il peut, par l'*auto-inoculation* de l'animal, infecter tout l'organisme de celui-ci ; il peut par son inoculation donner la rage virulente à un autre animal et à l'homme.

Ainsi, pour moi, un chien peut devenir euragé ou avoir tout son organisme empoisonné par le virus rabique, dans deux circonstances :

1^o Par l'inoculation de la salive d'un animal atteint de la rage virulente, fait hors de toute contestation.

2^o Par son *auto-inoculation* de la salive contenant du virus rabique.

Dans ce dernier cas, sous l'influence d'une et principalement de plusieurs causes réunies, les glandes salivaires du chien, modifiées spécifiquement, sécrètent subitement de la salive contenant du virus rabique.

Si cette salive rabique, qui perd sa funeste qualité par la disparition subite des causes qui l'ont engendrée ou par suite de certaines circonstances physiologiques, comme cela se voit dans l'intoxication urémique, est inoculée à un homme ou à un chien, l'un ou l'autre, au bout d'un certain temps dit période d'incubation, présente, soit naturellement, soit sous l'influence d'une cause accidentelle, les signes de la rage virulente et meurt infailliblement.

Si le chien à salive spontanément et subitement rabique, porte une plaie nouvelle, et principalement à une lèvre (ce qui a lieu assez fréquemment pendant les combats livrés autour d'une chienne en folie ou au moment de l'action puissante de certaines causes qui agissent d'une manière spéciale sur les glandes salivaires du chien), il s'inocule lui-même son propre virus et infecte tout son organisme.

C'est ainsi que, ce me semble, peut être expliquée et comprise la rage du chien non inoculé ; c'est ainsi qu'on peut comprendre comment un chien non blessé par un chien atteint de la rage virulente mortelle peut devenir euragé ou ne pas le devenir.

Ainsi encore l'on peut comprendre comment un chien, point blessé par un animal atteint de la rage virulente, mortelle, peut devenir euragé et peut donner la rage virulente par la morsure, quoique n'étant point curagé.

Je livre ces explications simples, nouvelles, très-attractives par leur vraisemblance, à la sagacité des habiles expérimentateurs, qui, comme moi, ont adopté cette devise de Morgagni : *Longe mihi prior cura est veritatis quam novitatis*.

PUTEGNAT, de Lunéville,

Membre honoraire de l'Académie de médecine de Bruxelles.
Correspondant des Académies de médecine de Paris et de Turin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 6 MARS 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

PROPRIÉTÉS ANTISEPTIQUES DE LA RACINE DE GARANCE. M. de Rostaing adresse une note sur ce sujet. — Un échantillon de viande a pu être conservé, du 27 juillet 1875 au 27 février 1876, dans un pot qui contenait de la garance en poudre, et qui a été ouvert une douzaine de fois pour constater les résultats obtenus. Le poids de la viande a diminué de 149 grammes à 25 grammes, sans qu'il se soit manifesté aucune odeur ni aucun développement d'organismes vivants. De ces expériences, l'auteur conclut à l'opportunité de faire des essais analogues pour la conservation des cadavres ; peut-être trouverait-on là le moyen de concilier la présence des cimetières, au voisinage des grandes villes, avec les conditions de salubrité dont on s'est si fortement préoccupé de-

puis quelque temps. (Commissaires : MM. Chevreul, Larrey, Bouley.)

ACTION CALORIFIQUE DE CERTAINES RÉGIONS DU CERVEAU (APPAREILS VASO-MOTEURS SITUÉS À LA SURFACE HÉMISPÉRIQUE), par MM. *Eulenburg et Landois*

« Les expériences que nous croyons devoir soumettre au jugement de l'Académie ont été faites sur des chiens, spécialement sur de jeunes animaux. Les observations de température, pendant l'opération et immédiatement après, se faisaient généralement par la méthode thermo-électrique, à l'aide d'un électro-galvanomètre de Meissner et Meyerstein, d'une extrême sensibilité, et permettant, à cause du prompt arrêt de l'aiguille, de suivre les plus rapides changements de température dans les tissus avec une exactitude vraiment graphique. Comme éléments thermo-électriques, nous employons deux aiguilles (vernies) de Dutrochet, enfoncées l'une et l'autre sous la peau des deux pattes de devant ou de derrière; ou bien encore, l'une enfoncée sous la peau, tandis que l'autre était maintenue à une température constante. Seulement, pour les cas d'observation prolongée et de mesures fréquemment reprises, il fallait recourir au procédé thermométrique habituel.

» Pour obtenir une abolition fonctionnelle de certaines régions du cerveau, les animaux, plongés d'abord dans une narcose chloroformique profonde, furent trépanés, l'ouverture fut dilatée au besoin, la surface cérébrale fut mise à nu et brûlée avec des fils de cuivre ardents, à une profondeur de 1 ou de 1 millimètre 1/2. Pour obtenir, au contraire, des effets d'excitation totale, non compliqués d'ailleurs de troubles de motilité dans les mêmes régions, les animaux trépanés furent soumis à l'action d'une injection intra-veineuse de curare et à la respiration artificielle. L'excitation totale fut pratiquée par des courants d'induction, deux fils de platine servant comme conducteurs métalliques. Quelquefois, à la trépanation, nous avons substitué la perforation du crâne en deux points voisins, au moyen de petits poinçons, et nous avons fait pénétrer les rhodophores jusqu'à la surface du cerveau. D'autres expériences ont été faites de même sur des animaux non curarisés. L'examen des cerveaux, enlevés en totalité, avait lieu également sur les organes frais ou durcis par l'alcool.

» Voici les résultats sommaires de nos expériences :

» 1° La destruction de certaines régions corticales antérieures du cerveau est suivie d'une augmentation de température très-considérable dans les extrémités contra-latérales. Cette augmentation se manifeste immédiatement, avant même le réveil des animaux chloroformés et avant l'exécution de quelques mouvements spontanés; elle peut monter à 5 ou 7 degrés C. On remarque aussi qu'elle se manifeste plus nettement, tantôt dans la patte de devant tantôt dans celle de derrière: le résultat dépend surtout de la situation et de l'étendue de la partie détruite, ainsi que de l'importance relative de la destruction.

» 2° La région efficace, calorifique, de la surface corticale s'étend en avant jusqu'au sillon dit *croisé*, selon Leuret; elle comprend surtout la partie postérieure et latérale de cette grande circonvolution uniforme répondant, dans les chiens, au pli central antérieur de l'homme et du singe (circonvolution post-frontale d'Owen). Les régions agissant sur les membres antérieurs et postérieurs sont séparées l'une de l'autre; la première se trouve située un peu en avant et de côté, touchant ainsi à la terminaison latérale du sillon croisé. La destruction superficielle des plus situés en avant de ce sillon n'exerce aucun effet calorifique, ou cet effet est très-faible et probablement secondaire. De même, la destruction des circonvolutions pariétales; postérieures et occipitales n'est suivie d'aucun effet calorifique dans les membres en question.

» 3° Après les destructions suivies de succès, on observe assez régulièrement, après le réveil des animaux chloroformés, des troubles de motilité et de conscience musculaire dans les extrémités contra-latérales, troubles qui dépendent apparemment de la lésion des appareils moteurs situés dans cette même région de la surface hémispérique....

» 4° L'augmentation de température dans les membres opposés se maintient généralement assez longtemps après la lésion, bien qu'il existe à cet égard des différences graduelles très-prononcées (de deux jours à plusieurs semaines)....

» 5° L'excitation électrique isolée de la région corticale en question, pratiquée avec des courants assez faibles, est suivie d'un abaissement de température très-faible et très-fugitif, mais facilement appréciable par le procédé thermo-électrique, dans les extrémités contralatérales. Cet abaissement, qui varie entre 0,2 et 0,6 C., se produit également sur des animaux curarisés et non

curarisés; il est donc indépendant de l'action motrice de l'irritation....

» 6° L'irritation et la destruction de la moelle épinière (région lombaire) et des troncs périphériques (nerf ischiatique), pratiquées dans un assez long intervalle après la destruction des régions mentionnées du cerveau et le rétablissement de l'uniformité de température, agissent encore de la manière habituelle sur la température des extrémités postérieures....

ACTION DES SELS BILIAIRES SUR LE POULS, LA TENSION, LA RESPIRATION ET LA TEMPÉRATURE. Note de MM. *V. Feltz et E. Ritter*. — « Les auteurs établissent, par des injections de bile en nature dans le sang, en proportions non toxiques, que le pouls diminue de fréquence, que la respiration se ralentit et que la température et la tension artérielle baissent. Ces troubles fonctionnels ne se produisent pas sous l'influence d'injections plus ou moins fortes ou plus ou moins répétées de différentes matières colorantes de la bile ou des solutions étherées de cholestérine. Les sels biliaires, tauro- et glycocholates de soude, mélangés dans les proportions où ils existent dans la bile, introduits dans le sang veineux à des doses modérées, reproduisent chez le chien les modifications fonctionnelles signalées dans les injections de la bile en nature. Il est donc prouvé que ce sont les sels biliaires qui agissent dans la bile pour déterminer le ralentissement du pouls, la diminution de la respiration et l'abaissement de la température et de la tension artérielle.

» L'action des sels biliaires s'exerce principalement sur le sang et, par l'entremise de ce dernier, sur le système musculaire; en effet, on obtient encore les troubles fonctionnels dont il s'agit, en injectant les sels biliaires à des animaux auxquels on a préalablement sectionné les pneumogastriques et les grands sympathiques. L'action des sels biliaires sur les muscles se démontre encore par le rapide épuisement de la contractilité musculaire chez des animaux curarisés ou non, si l'on prend soin d'imbiber les muscles avec une solution biliaire plus ou moins diluée. Les auteurs ont opéré comparativement avec des solutions biliaires de chlorure de sodium de même densité.

» Les sels biliaires, administrés à si faibles doses qu'il n'en résulte pas d'altérations évidentes des globules rouges, modifient cependant ces derniers, si bien que le sang, contaminé par des quantités à peine appréciables de sels biliaires, s'écoule plus lentement à travers les tubes capillaires que le sang normal. Ce ralentissement est dû manifestement à l'action des sels biliaires sur le globe sanguin, car le sérum du sang, traité par les mêmes agents et dans des conditions identiques avec le sang dilué, n'éprouve pas de ralentissement sensible dans son écoulement à travers les tubes de Poiseuille. »

— M. *Bouillaud* fait remarquer, à l'occasion du travail précédent, qu'il a signalé il y a bien des années, pour la première fois, le ralentissement du pouls chez les sujets affectés d'*ictère* ou de *jaunisse*. Depuis la doctrine du célèbre *Stoll* sur les *fièvres bilieuses*, on avait généralement considéré la présence de la bile dans le sang comme la cause de l'*excitation fébrile* dans les affections ci-dessus nommées. C'est tout le contraire. Chez des personnes dont le pouls est normalement à 60 ou 72, il peut descendre à 40.

« J'aurais bien voulu, ajoute M. *Bouillaud*, rechercher quel était dans la bile, liquide des plus composés, l'élément *spécial* auquel était dû le ralentissement du pouls dont il s'agit. Les circonstances ne me l'ont pas permis. J'apprends, avec une vive satisfaction, que MM. *Feltz et Ritter* s'occupent de la solution de ce curieux et important problème de physiologie pathologique, et je suis heureux de leur en adresser toutes mes félicitations. »

HYGIÈNE MILITAIRE. — M. *Larrey* présente à l'Académie, de la part de M. le général *Barnes*, chirurgien général de l'armée des États-Unis d'Amérique, un volume récemment

publié en anglais et intitulé : RAPPORT SUR L'HYGIÈNE DE L'ARMÉE DES ÉTATS-UNIS, AVEC LA DESCRIPTION DES POSTES MILITAIRES.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 14 MARS 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. CHATIN.

M. le ministre de la guerre adresse à l'Académie un exemplaire du XXXI^e volume du Recueil des MÉMOIRES DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE MILITAIRES.

M. le ministre de l'Agriculture et du Commerce transmet à l'Académie : a. Le compte rendu des maladies épidémiques observées dans le département de la Savoie pendant l'année 1875. (Commission des épidémies.) — b. Le rapport de M. le docteur Martin-Duclos sur les épidémies observées pendant l'année 1875 dans l'arrondissement de Villefranche (Haute-Garonne). (Même commission.) — c. Des pièces relatives à une demande faite par le docteur Passard d'exploiter pour l'usage médical la source sulfureuse dite du Puits-Salé, qu'il possède sur le territoire de Lons-le-Saulnier. (Commission des eaux minérales.) — d. Les tableaux des vaccinations et revaccinations pratiquées pendant l'année 1875 dans le département de la Vaucluse. (Commission de vaccination.)

L'Académie reçoit : a. Une lettre annonçant l'ouverture d'un congrès médical international à Philadelphie pour le mois de septembre 1876. — b. Un travail de M. le docteur Maragliano (de Bologne) sur le diétisme et le polytisme. (Comm. : MM. Bouilland, Béhier, Hardy.) — c. Un travail de M. le docteur Colombat sur l'articulation pour le prix Harzé de 1876. — d. Un mémoire de M. le docteur Casanove de la Roche sur l'action sédative du climat de Pau, sa véritable cause. — e. Une série de mémoires pour les prix du l'année 1876.

M. Béclard offre à l'Académie : 1^o Au nom de M. le docteur Leveque, un volume intitulé : ÉTUDES DE MÉDECINE ET D'HYGIÈNE PUBLIQUE ; 2^o au nom de M. Picot (de Tours), un ouvrage ayant pour titre : LEÇONS DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE ; LES GRANDS PROCESSUS MORBIDES.

M. Henri Roger dépose sur le bureau : 4^o L'ÉLOGE DE NÉLATON, par M. Guyon ; 2^o un rapport de M. Marjolin sur l'insuffisance des ressources thérapeutiques dans les affections chirurgicales des enfants pauvres de Paris.

M. Hirtz présente, au nom de M. le docteur Herrgott (de Nancy) un mémoire sur la spondylite.

M. Béclard présente, au nom de MM. Vergnes et Ghose, de nouvelles sondes en gomme à double courant.

LUPUS DE LA MAIN. — M. Devergie vient discuter le diagnostic porté par M. Hardy sur une maladie présentée le 2 novembre par M. Armand Després comme atteint d'un lupus de la main. Pour MM. Hardy et Hillairet, la maladie en question était une gangrène symétrique des extrémités. M. Devergie en faisait une variété de lèpre.

Il expose les raisons qui ne lui permettent pas d'accepter le diagnostic de ses collègues ; il rejette d'abord comme eux l'idée de lupus de l'avant-bras et de la main. Le lupus, en effet, occupe 99 fois sur 100 la figure et le nez, et jamais le bras ou l'avant-bras. Quant à la gangrène des extrémités décrite par M. Maurice Raynaud dans sa thèse de 1862, elle présente un ensemble de caractères qui ne permettent pas de la confondre avec d'autres maladies : la peau, en effet, est rouge, épaisse, et présente un empiètement qu'on ne trouve pas chez la malade en question, dont les téguments sont rosés, souples et sans induration. La gangrène offre une disposition symétrique tout à fait remarquable et occupe les deux membres, les deux oreilles ou les parties latérales du nez, ce qu'on ne trouve pas chez la malade de M. Després. Un autre caractère essentiel de la gangrène symétrique, c'est d'être sèche ; la malade en question offre aux extrémités des doigts des bourgeons, des espèces de champignons qui laissent suinter une sanie fétide. La gangrène sèche détruit les parties molles et n'attaque jamais assez complètement les os pour les faire tomber. Enfin, un dernier caractère essentiel, c'est la sensation de froid et les douleurs vives qui marquent le début de la gangrène des extrémités : cette impression de froid et les douleurs n'ont jamais existé chez la malade de M. Després. Enfin, ici l'affection a débuté non par les doigts, mais par le coude et l'avant-bras sous forme d'ulcérations qui ont été en s'agrandissant et se sont guéries en laissant des cicatrices indélébiles.

M. Devergie a revu la malade de M. Després il y a quelques jours ; ces phénomènes de gangrène ont disparu en grande partie, et ce qui domine actuellement ce sont les ulcérations qui présentent les mêmes caractères et la même évolution qu'autrefois.

Il conclut de cet examen différentiel que la malade en question n'est certainement pas atteinte d'une gangrène des extrémités. Quelle est donc la nature exacte de son affection ? M. Devergie avance qu'il est fort embarrassé, et que ce diagnostic est difficile en ce sens que l'ensemble des caractères ne se rapporte à aucune maladie connue. Ce n'est ni la syphilis, ni la scrofule, ni aucune des maladies de peau qu'on observe journellement, c'est une sorte de maladie composée et une variété de lèpre plutôt que toute autre chose. Sans doute, cette dernière affection a disparu à peu près complètement de nos pays, mais on en trouve encore dans certaines régions, en Provence par exemple ou dans les Pyrénées.

La malade de M. Després serait donc atteinte d'une lèpre anormale, sorte de lèpre modifiée, transformée par des conditions de milieu ou de climat et justifiable d'un traitement composé s'adressant à la fois à toutes les diathèses comme l'arsenic, le mercure, l'iode de potassium, l'huile de foie de morue et de bonnes conditions hygiéniques.

MM. Hardy et Hillairet se réservent de discuter à leur tour le diagnostic de M. Devergie.

L'LYMPHORRHAGIE. — M. Armand Després donne lecture d'un travail intitulé : DE LA LYMPHORRHAGIE CONSÉCUTIVE AUX ADÉNITES SUPPURÉES ET AUX LYMPHANGITES SUPPURÉES.

M. A. Després arrive aux conclusions suivantes :

1^o Les adénites suppurées et les lymphangites suppurées sont généralement suivies, pendant les vingt jours qui suivent l'ouverture des abcès, d'un écoulement de lymphes qui retarde la cicatrisation de l'incision.

2^o Cet écoulement de lymphes peut acquérir des proportions énormes et constituer une lymphorrhagie.

3^o La lymphorrhagie consécutive aux adénites suppurées est plus considérable que la lymphorrhagie consécutive à une lymphangite suppurée.

4^o La lymphorrhagie plus ou moins abondante est la cause réelle des fistules consécutives aux adénites suppurées chez les sujets sains ou scrofuleux.

5^o La compression, toutes les fois qu'elle est applicable, arrête en quelques jours la lymphorrhagie ; les cautérisations produisent à la longue le même effet quand la compression n'a pu être employée.

6^o L'écoulement de la lymphes et la lymphorrhagie, après les angioleucites et les adénites suppurées, sont la démonstration rigoureuse de la lésion primitive des ganglions et des lymphatiques dans les adénites et les angioleucites suppurées.

7^o Enfin, il résulte des conclusions précédentes, que la compression faite quelques jours sur les adénites suppurées est le meilleur moyen de prévenir la formation des fistules lymphatiques.

RAPPORT. — M. Briquet commence la lecture d'un rapport officiel sur les épidémies observées en France pendant l'année 1874.

Académie de médecine de Belgique.

SÉANCE DU 11 MARS 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. SOUPAERT.

M. le ministre de l'Intérieur invite la compagnie à s'occuper des présentations qu'elle est appelée à faire au gouvernement pour la période quinquennale de 1871 à 1875. — M. Coustot soumet à l'Académie, de la part de M. le docteur Motte, de Dinan, un travail manuscrit intitulé : QUELQUES OBSERVATIONS PRATIQUES SUR LES MALADIES DE L'ORREILLE. — M. le docteur Palazzius, membre honoraire, offre un exemplaire de l'ouvrage qu'il vient de publier sous le titre de : MÉMOIRES ET OBSERVATIONS DE CASUS PRATIQUES. — M. le docteur Vlecken présente une publication intitulée : MORPHOLOGIE CHIRURGICALE, traduction d'un discours publié par le docteur Levinstein à la Société de médecine de Berlin. — M. le docteur Neller, de Nivelles, offre une brochure sur le même sujet.

M. le Président fait part de la perte douloureuse que vient de faire l'Académie en la personne de M. le professeur Hubert, et M. Galles lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe de ce maître regretté.

RAPPORTS. — *Luxation congénitale du tibia*. M. Michaux donne lecture du rapport sur le travail de M. Motte, de Dinan, intitulé : CHIRURGIE INFANTILE. Une seule observation est intéressante, c'est la quatrième; elle est relative à une luxation congénitale complète du tibia en arrière avec renversement de la jambe contre la partie antérieure de la cuisse, et produite par une cause extraordinaire, extra-utérine et toute hypothétique. Cette difformité constitue un cas bien extraordinaire et peut-être unique dans la science, et ce qui est vraiment remarquable, c'est que M. Motte est parvenu à réduire cette luxation et que les fonctions du membre se sont complètement rétablies.

Conclusion : Remerciements à l'auteur; publication de son travail dans le BULLETIN.

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR. — M. Deroubaix prononce un discours sur l'état de l'esprit scientifique et de l'enseignement supérieur en Belgique. L'orateur est d'avis que l'esprit scientifique fait défaut en Belgique, qu'il y règne une dépréciation du savoir, un manque de confraternité, une absence de reconnaissance des élèves envers leurs professeurs; qu'on n'y fait pas d'ouvrages en collaboration sous le patronage d'une direction supérieure. Il indique divers moyens propres à faire cesser cet état de choses, et en particulier la création d'un ministère de l'instruction publique.

— M. Gallez, membre titulaire, lit une note sur deux cas de luxation fort rares : *Luxations de la symphyse pubienne et de l'appendice xiphoïde*.

1° *Luxation de la symphyse pubienne*. — En voulant jeter dans le four une masse de fer du poids de 80 kilos, le nommé Créstin Strinel, âgé de trente-cinq ans, fit un effort qui dut se produire quasi exclusivement dans le côté gauche du corps; le pied gauche glissa, entraînant tout le membre abdominal en arrière et déterminant aussi, pour continuer l'effort, une contraction des plus énergiques des muscles abducteurs.

Le pubis, formant tumeur sous les téguments, s'était déplacé en se portant en bas, en avant et en dehors. L'épine gauche se trouvait à un niveau inférieur d'un travers de doigt de celui de l'épine droite. Le bord postérieur de la surface articulaire était venu affleurer et même dépasser le bord antérieur de la branche descendante droite. Dans ces nouveaux rapports, les deux branches se trouvaient sensiblement écartées l'une de l'autre. Ni ecchymoses, ni troubles du côté de la vessie, ni douleur.

2° *Luxation traumatique de l'appendice xiphoïde*. — François Légis, ouvrier en coke, âgé de cinquante-trois ans, cu voulant prendre un morceau de coke demeuré au fond d'un cylindre en tôle de 88 centimètres de haut, glissa, et dans la chute qui en résulta la région épigastrique porta avec violence sur le rebord du cylindre, dont l'épaisseur ne dépasse guère 1/2 centimètre.

À l'inspection de la région douloureuse, on constatait l'existence d'une petite tumeur du volume d'une forte amande. La manœuvre destinée à réduire cette luxation et à la reproduire provoquait une douleur vive mais qui n'avait que la durée du mouvement pinnimé à l'appendice. Le phénomène qui se produisait alors peut se comparer au défilé sec de l'opercule des petites boîtes à bougies pour fumeurs, faites de carton mince, et dont l'ouverture comme la fermeture s'opère brusquement au moyen d'une petite charnière en caoutchouc. Absence de vomissements et d'ecchymoses.

— M. le docteur Hagoil, professeur à l'université de Louvain, lit le résumé d'un travail sur la pathogénie de l'encéphalopathie albuminurique.

Le docteur Hagoil divise les théories émises sur ce sujet en trois groupes : théories chimiques ou humorales; théories mécaniques ou physiques; théories mixtes. De toutes ces théories les seules vraies sont celles de Scholten (altération du sang par maladies extractives ou excrémentielles), prise dans sa plus large acception, et celle de Traube (adéno et

anémie cérébrale) avec certaine restriction; mais ni l'une ni l'autre n'est applicable à tous les cas.

L'auteur cherche à établir par des statistiques et un grand nombre d'arguments que l'hydrocéphalie existe très-fréquemment, même quand elle n'est pas appréciable à la seule inspection et qu'elle n'est pas l'effet mais la cause des symptômes. Cependant l'absence de lésions, les rapports évidents qui relient les accidents à la suppression ou à la diminution de la sécrétion urinaire, et même la coexistence de certains autres symptômes avec les phénomènes nerveux, autorisent à reconnaître l'altération du sang comme étant la cause des accidents. L'auteur conclut en terminant que dans l'albuminurie scarlatineuse, dans l'état purpéral, dans l'albuminurie aiguë ou récente, la cause de complications dépend de l'hydrocéphalie, et que celle-ci peut occasionner également des accidents dans l'albuminurie chronique. L'urémie toxique s'observe, au contraire, rarement dans ces conditions, mais elle survient dans les périodes ultimes de la maladie rénale, alors que la désorganisation des reins est considérable.

Quant à la nature de l'altération du sang dans l'urémie toxique, elle résulte de la rétention de l'ensemble des produits excrémentiels (urémie-urémie). Ce n'est pas à dire cependant que l'excès de tel ou tel principe (urée, carbonate d'ammoniaque, matières extractives) ne puisse prédominer. Ces faits particuliers ne sont que des modalités du fait primitif, lui-même susceptible de s'expliquer par les modifications de la désassimilation, par le degré d'oxydation des matières excrémentielles ou les transformations ultérieures qu'elles ont subies.

Enfin, le siège de l'urémie dyspnéique ou respiratoire doit être placé dans la moelle allongée, la protuberance ou la partie supérieure de la moelle épinière. Mais, vu le peu de précision des recherches anatomo-pathologiques, il est impossible de dire si elle dépend toujours de lésions matérielles de ces organes ou de l'altération du sang.

NOMINATION. — M. le professeur A. Boddart a été nommé membre titulaire dans la 1^{re} section (anatomie et physiologie).

Société médicale des hôpitaux.

SEANCE DU 25 FÉVRIER 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. LABOULBÈNE.

RAMOLLISSMENT DE LA RATE DANS UN CAS DE LEUCOCYTHÉMIE. — RAPPORT DES OREILLES AVEC LES FIÈVRES ÉRUPTIVES. — VARIATION DU NOMBRE DES GLOBULES BLANCS DU SANG DANS QUELQUES MALADIES. — ÉLECTIONS.

Au début de la séance, M. le Président fait part de la mort de M. Andral et prononce quelques paroles émus sur l'éminent collègue que la Société vient de perdre.

— M. Potain présente la rate d'un malade qui a succombé à une leucocythémie, rate volumineuse et entièrement ramollie.

Le malade en question était entré une première fois, en 1873, dans le service de M. Potain, qui avait constaté alors une augmentation notable de la rate et un certain degré de leucocythémie. Cet homme toussait depuis longtemps et était affaibli et maigre. Un régime tonique produisit en quelques mois une notable amélioration : le nombre des globules blancs diminua sensiblement. Le malade étant alors sorti de l'hôpital fut obligé d'y rentrer au mois d'août 1875. Cette fois, M. Potain constata non-seulement que le sang était chargé d'un tiers de globules blancs, mais aussi que la rate remplissait complètement le flanc gauche, l'hypogastre, et dépassait même la ligne blanche. Cet organe était dur comme du bois. A quelque temps de là, la tumeur splénique diminua de près de moitié et devint molle et fluctuante, tant même que M. Potain fit une première ponction, laquelle donna issue à un magma violacé semblable à la boue splénique. Trois autres ponctions

furent pratiquées à deux ou trois semaines d'intervalle, et la dernière livra écoulement à du pus.

Il y a peu de temps, le malade fut pris d'accidents fébriles et présenta les signes d'une endocardite valvulaire : puis survint une douleur vive dans l'articulation du genou gauche avec gonflement. On put croire un instant à un rhumatisme articulaire aigu. Enfin, le malade fut pris d'une variole grave à laquelle il succomba.

L'autopsie, encore incomplètement faite, a montré tout d'abord que la rate était complètement ramollie, ce qui constitue une lésion rare dans la leucocythémie.

M. Potain fait remarquer que, pendant le cours de la maladie, il avait observé que le nombre des globules blancs du sang diminuait lorsque la rate augmentait de volume, et réciproquement.

M. Lancereaux a vu dans la leucocythémie des foyers de ramollissement de la rate, mais ces foyers étaient dus à une oblitération d'une ou de plusieurs branches de l'artère splénique. Peut-être un examen plus complet de la pièce de M. Potain démontrera-t-il une obstruction artérielle.

En ce qui concerne le gonflement douloureux du genou présenté par le sujet dont vient de parler son collègue, M. Lancereaux pense que s'il y a eu de l'endocardite végétante, il a pu se faire aussi quelque obstacle circulatoire dans le membre, d'où le gonflement, qui d'ailleurs a été signalé souvent dans les cas d'embolie.

M. Potain donnera à la Société les détails complémentaires de l'autopsie, qui n'était pas terminée à l'heure de la séance.

— M. Léon Colin lit un travail intitulé : RAPPORT DES OREILLONS AVEC LES FIÈVRES ÉRUPTIVES. En voici le résumé :

Les oreillons sont-ils produits par le froid humide, comme une autre inflammation, ou bien constituent-ils une affection spécifique relevant d'un germe déterminé pouvant se transmettre de l'homme à l'homme, analogue en cela aux fièvres éruptives ? Tels sont les deux points encore mal élucidés que M. L. Colin discute, en se basant sur un grand nombre de faits qu'il a observés dans l'armée.

S'il est incontestable que le froid humide joue un grand rôle dans l'étiologie des oreillons ; s'il est vrai que ceux-ci sont plus fréquents dans les pays brumeux, au bord de la mer, dans les saisons à brusques variations thermiques ; si la soudaineté de l'Intumescence parotidienne, sans prodromes préalables, éloigne l'idée d'une période d'incubation ou d'une période d'invasion analogues à celles qui sont propres aux affections éruptives, on ne peut cependant méconnaître les *similitudes épidémiques* et les *similitudes cliniques*, qui rapprochent singulièrement les oreillons des fièvres exanthématiques.

Parmi les *similitudes épidémiques* on trouve en effet :

1° Le mode de transmissibilité. Il est aujourd'hui certain que les oreillons sont transmissibles.

2° L'immunité conférée par une première atteinte, laquelle est peut-être plus absolue encore que pour la rougeole ou la variole.

3° La non-sporadicité, aujourd'hui reconnue pour les oreillons comme pour les fièvres éruptives.

4° La fréquence chez les jeunes sujets et chez les soldats. En effet, les oreillons constituent parfois des épidémies exclusives aux enfants, et d'autre part dans les villes de garnisons les soldats sont plus souvent atteints que les adultes civils, et cela en raison de leur vie en commun, qui favorise le contagion.

5° L'atteinte lente et successive des divers groupes de population sans que la durée de l'épidémie puisse y apporter une influence considérable. Comme les épidémies de variole et de rougeole, les épidémies d'oreillons durent assez longtemps (dix-huit mois à trois ans), et la maladie, au lieu d'apparaître, comme les maladies saisonnières, dans les divers quartiers d'une ville simultanément, n'éclate dans un milieu

favorable à son développement que lorsque le germe morbide y a été transporté.

6° Enfin similitude épidémique très-importante entre les oreillons et les fièvres éruptives, la coïncidence des épidémies d'oreillons avec celles des fièvres exanthématiques, et en particulier avec celles de rougeole, qui les précèdent ou les accompagnent.

Non-seulement il y a dans les allures épidémiques de la maladie en question des similitudes incontestables avec les fièvres éruptives, mais il semble y avoir une affinité considérable entre les conditions qui créent les constitutions exanthématiques et celles dont relèvent les épidémies d'oreillons. Il faudrait cependant se garder de transformer ces similitudes en identités, car ce qui se passe dans nos contrées ne se passe pas de même sur le littoral atlantique de l'Europe et de l'Afrique.

Les *similitudes cliniques*, pour être moins nombreuses et moins précises, sont cependant encore dignes d'être notées. Dans beaucoup de cas l'affection évolue, il est vrai, avec un calme qui ne rappelle cu rien l'appareil fébrile de la rougeole ou de la variole. La fièvre qui précède quelquefois la tuméfaction des parotides et que l'on a considérée comme un phénomène d'invasion est encore le plus souvent causée par une complication de voisinage, telle que l'angine. Enfin, on a cherché des analogies dans la fièvre secondaire qui annonce le début de l'orchite méastatique, mais nombreux sont les cas où le testicule est pris soit d'emblée, soit secondairement, sans que cette détermination morbide éveille la moindre réaction générale.

Malgré ce peu d'analogie au point de vue clinique entre les oreillons et les fièvres éruptives, dans la majorité des cas, il faut tenir compte des faits dans lesquels, au contraire, les symptômes généraux prennent une intensité qui rappelle l'allure des variolés et des rougeoles graves. Les auteurs citent un assez grand nombre de faits de ce genre ; M. Colin en a tout récemment observé deux exemples. Chez deux soldats, il a vu un véritable état typhoïde se développer au moment de la résolution des parotides : épistaxis répétées, insomnie absolue, fièvre, adynamie. Cet état dura cinq ou six jours et s'amena brusquement en même temps que se manifestait l'orchite secondaire.

On a cité des cas qui se compliquèrent de convulsions mortelles ou des douleurs articulaires rappelant le rhumatisme des scarlatineux, ou bien d'une desquamation furfuracée avec taches cuivrées sans éruption préalable, ou encore d'une coloration spéciale de la muqueuse buccale, sorte d'exanthème analogue à celui des fièvres éruptives (Gueneau de Mussy). En 1872, Pratolongo (de Genève) a cité un cas compliqué d'anasarque. M. Léon Renard a également observé cet épiphénomène. Enfin, M. Erlman, médecin stagiaire au Val-de-Grâce, a recueilli une observation d'orchite avec oreillons suivie d'albuminurie aiguë, puis d'accidents urémiques auxquels le malade succomba.

— M. Brouardel présente une thèse faite sous son inspiration par un de ses élèves, M. Henri Bonne, et intitulée : VARIATION DU NOMBRE DES GLOBULES BLANCS DU SANG DANS QUELQUES MALADIES.

L'examen journalier du sang par les procédés et avec les appareils de M. Malassez ou de M. Hayem chez un grand nombre de malades du service de M. Brouardel par quelques élèves zélés, a donné quelques résultats précis qui sont consignés dans le travail de M. Bonne.

On y voit, par de nombreuses analyses, que la formation du pus dans un foyer coïncide toujours avec une augmentation considérable de leucocytes dans le sang, et que l'ouverture de ce foyer coïncide avec la brusque disparition de l'excès des globules blancs du sang.

De même dans les maladies suppuratives. Dans un cas de variole, par exemple : au cinquième jour, 1 leucocyte pour

450 globules rouges; à sixième jour, 4 pour 48; à septième jour (fièvre de suppuration), 4 pour 150; à neuvième jour, 1 pour 236; à dixième jour on ne trouve plus de leucocytes sous le champ du microscope.

Dans un cas de pneumonie suppurée, les leucocytes atteignent la proportion de 4 pour 40 globules rouges au neuvième jour, jour de la mort du malade.

Les éruptions d'herpès, la fièvre herpétique, s'accompagnent aussi d'un excès de leucocytes dans le sang.

Dans une fièvre typhoïde, les leucocytes, très-nombreux jusqu'au septième jour de la maladie, tombèrent de 4 pour 70 à 1 pour moins de 500 au neuvième jour; mais leur nombre se releva lorsque survinrent des abcès.

L'étude de la leucocytose dans les maladies aiguës, même dans celles non suppuratives, mérite, on le voit, de fixer l'attention; mais il faudra encore un grand nombre d'observations pour saisir les lois qui président à l'oscillation du nombre des globules blancs du sang.

ÉLECTIONS.—MM. *Lerrouillet* et *Laveran*, du Val-de-Grâce, sont élus, à l'unanimité des suffrages, membres de la Société médicale des hôpitaux.

A. L.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. HOUEL.

SUR LE PANSEMENT DE LISTER. — DE L'OSTÉOTOMIE DANS LE TRAITEMENT DES COURBURES RACHITIQUES DES MEMBRES. — CYSTICERQUES MULTIPLES CHEZ L'HOMME. — PRÉSENTATION D'UN MALADE.

M. *Berns* (de Fribourg en Brisgau) adresse à la Société de chirurgie le résumé statistique des observations recueillies à la clinique de Volkmann (de Halle) sur les résultats du pansement de Lister.

Sur 4 amputations traumatiques du bras et 3 amputations pathologiques, on note 2 cas de mort; 4 amputations d'avant-bras, 4 guérisons; 5 amputations traumatiques de la cuisse, 5 morts; 3 amputations pathologiques, 3 morts; sur 14 opérations pratiquées sur le pied, 5 morts.

Ces résultats sont peu satisfaisants. M. *Le Fort* se propose de comparer cette statistique à celle de son service, de l'année 1874 à l'année 1876. On sait que M. *Le Fort* emploie les pansements à l'alcool camphré.

— M. *Le Président* annonce la mort de M. *Letenneur* (de Nantes), membre correspondant de la Société de chirurgie depuis l'année 1845.

— M. *Le Fort* n'est pas partisan de l'ostéotomie pour redresser les courbures rachitiques des membres; cette opération, jugée par Malgaigne, n'a pas donné de bons résultats: le plus souvent les appareils redressent les membres déviés.

M. *Labbé* a vu de bons résultats à la suite de l'ostéotomie dans le service de Billroth.

M. *Alph. Guérin* tient à rappeler que Jobert (de Lamballe) a fait cette opération il y a longtemps pour redresser une incurvation rachitique.

M. *Panas* croit que l'ostéotomie peut rendre des services. Avec le ciseau remplaçant la scie on a moins d'accidents à redouter.

M. *Blot* demande quelles sont les indications de l'ostéotomie. Jusqu'à dix ans, avec des appareils convenables, on peut redresser les os incurvés.

M. *Depaul* fait remarquer que dans le rachitisme le tibia n'est pas le seul os incurvé; le fémur présente aussi des courbures notables. Ces courbures s'atténuent et s'effacent par l'usage d'appareils et surtout par l'hygiène.

M. *Tillaux*. Les chirurgiens qui font l'ostéotomie tentent d'abord le redressement des os à la main; l'opération n'arrive qu'en dernière ressource.

M. *Blot*. Le temps seul et l'hygiène font plus que les moyens violents et instantanés.

M. *Le Fort*. Il est regrettable que Jobert n'ait point publié l'observation dont parle M. Alph. Guérin. Meyer (de Wurtzbourg) a pratiqué l'ostéotomie en 1852, M. Langenbeck en 1874; l'observation de Jobert serait de 1838.

L'ostéotomie a été faite au milieu des os ou au voisinage des articulations pour le *genu valgum*. Il ressort des observations que ce n'est pas une opération grave par le procédé sous-cutané et en employant le ciseau. M. *Le Fort* n'est donc pas absolument opposé à cette opération, surtout pour les enfants de dix à douze ans, quand on a peu d'espoir de redresser les membres par les moyens mécaniques. Chez les enfants plus jeunes, on obtient avec des appareils des redressements très-appreciables. M. *Le Fort* en rapporte un exemple: l'enfant, âgé de huit ans, a porté son appareil pendant deux ans. L'enfant de deux ans opéré par M. Boeckel aurait pu être redressé par les mécaniques. Pour ces cas, M. *Le Fort* n'admet pas l'utilité de l'ostéotomie.

M. *Verneuil* a examiné les moules en plâtre représentant les malades de M. Boeckel avant et après l'opération. Avec des appareils on peut en un an redresser des déviations semblables à celles qui y sont figurées; M. *Verneuil* en a vu des exemples. L'ostéotomie donne une mortalité de 8 à 10 pour 100, et il faut remarquer que toutes les opérations réussissent bien chez les enfants; sur les adultes, la mortalité serait encore plus considérable.

M. *Marjolin*. Pour avoir le droit de proposer l'ostéotomie sur les sujets rachitiques, il faudrait d'abord démontrer que les autres modes de traitement sont impuissants. Or, les rachitiques soumis à une bonne hygiène voient disparaître ou s'atténuer leurs déformations, même sans le secours des appareils. M. *Marjolin* a demandé à M. *Perrochaud*, médecin de l'hôpital de Berk-sur-Mer, un relevé des rachitiques traités à cet hôpital et une appréciation de leur état avant et après le traitement maritime. M. *Perrochaud* a envoyé à la Société de chirurgie un travail très-complet duquel il résulte que sur 79 sujets, 30 ont été complètement redressés et 32 très-améliorés. De 2 à 8 ans, les résultats du traitement maritime sont excellents; de 12 à 14 ans ils sont moins bons; au delà de cet âge il ne faut plus compter sur l'hygiène seule pour redresser les incurvations. Jamais l'ostéotomie n'a paru nécessaire à M. *Perrochaud* ni à M. *Cazin* (de Boulogne). M. *Bouvier*, qui connaissait les expériences de Meyer, disait qu'il ne se déciderait à une opération que chez un adulte ayant sa volonté et assez infirme pour mener une vie misérable.

M. *Panas*. L'ostéotomie ne doit pas être employée dans tous les cas; elle n'a pas encore des indications précises. M. *Panas* a vu un enfant de quatorze ans qui ne pouvait marcher à cause de ses jambes torses; les moyens mécaniques n'ont rien produit chez ce malade; si l'ostéotomie est une opération qui présente peu de gravité, on est autorisé à la pratiquer en pareil cas.

Dans le tome XVIII des ARCHIVES DE LANGENBECK on trouve l'observation d'un enfant de cinq ans qui fut opéré en août 1872 pour une courbure rachitique du tibia droit. Le ciseau cassa et un des angles resta dans l'os. L'enfant guérit. Un mois après, la même opération faite sur le tibia gauche fut aussi couronnée de succès. L'enfant mourut de variole en décembre 1872, et à l'autopsie on constata une consolidation parfaite des deux tibias, malgré la présence du corps étranger.

M. *Trelat*. Les faits de M. *Perrochaud* établissent un point: le redressement complet des courbures rachitiques par l'hygiène. Mais dans les cas analogues à celui cité par M. *Panas* on est autorisé à faire l'ostéotomie.

M. Blot. La statistique de M. Porrochand est importante et doit figurer au BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. A quel âge peut-on commencer à user du traitement maritime pour la cure du rachitisme? On présenta à M. Blot un enfant de douze mois qui tournait au rachitisme; après un court séjour à Trouville l'amélioration fut très-grande. On peut donc trouver dans l'influence maritime un bon moyen de traitement dès les premiers mois de la vie. Le travail de M. Porrochand montre qu'il ne faut pas opérer les enfants de deux ans, quatre ans, jusqu'à dix ou douze ans.

M. Le Fort. Tous les enfants ne peuvent pas aller au bord de la mer; il faut donc à l'hygiène joindre l'application des appareils. On ne fera l'ostéotomie qu'après avoir tout tenté et chez les enfants de douze à quatorze ans. Il ne faut pas juger de la gravité ou de la bénignité de cette opération d'après les observations recueillies sur les sujets de deux à cinq ans.

M. Tillaux n'a aucune expérience personnelle sur l'ostéotomie. Dans la statistique de Nussbaum, sur 38 ostéotomies faites pour ankylose, il y a 40 cas de mort. Dans 34 opérations faites pour redresser les courbures rachitiques, il n'y a pas un cas de mort. Les cas de mort ont donc été observés dans le traitement de l'ankylose. Il ne faut pas rejeter absolument l'ostéotomie; il faut rechercher à quelle époque et à quel signe on peut reconnaître que les os déviés ne peuvent plus être redressés sans opération.

M. Le Fort. Il est juste de faire remarquer que les 40 cas de mort ont été observés sur des adultes atteints d'ankylose et que dans ces cas l'ostéotomie était pratiquée au voisinage des articulations.

M. Verneuil. Il paraît démontré aujourd'hui qu'on a abusé de l'ostéotomie. Quand les moyens mécaniques et hygiéniques ont échoué, est-ce une raison pour faire l'ostéotomie? On voit tous les jours des sujets marcher assez facilement avec leur difformité rachitique, par conséquent, si la marche n'est pas difficile, M. Verneuil refusera d'opérer. C'est ainsi qu'on a traité par la force *legens valgum*, alors qu'on le redresse facilement avec des appareils.

M. Broca présente un homme atteint de cysticerques multiples du tissu musculaire, du tissu cellulaire et des viscères. Le malade a vingt-sept ans et exerce la profession de cocher. Il y a quatre ans, il rendit des fragments de *tenia*, et probablement de *tenia solium*. Voilà donc un cas rare de coïncidence du *tenia solium* avec les cysticerques chez l'homme. Plus tard, le sujet eut une perte de connaissance; depuis, il eut trois autres attaques avec perte de connaissance. Ces attaques n'étaient pas épileptiformes.

Il y a dix mois, le malade remarqua de petites bosselures sur la poitrine; elles étaient indolentes, ellipsoïdes, avec le grand axe parallèle aux fibres musculaires; longueur 12 millimètres; largeur, 5 millimètres. Toutes ces tumeurs, superficielles, ont été opérées par la ponction; elles se sont ratatinées tout en conservant leur longueur. Rien sous la langue. Les accidents cérébraux vont en s'atténuant. Parfois on remarque un peu de surdité. Rien dans les yeux. Une tumeur a été énucléée et examinée: il s'agit bien des cysticerques.

Comme traitement, M. Broca a ponctionné les tumeurs avec une aiguille fine; il a ainsi fait 375 piqûres. Le dernier terme de l'atrophie est une masse ressemblant à un grain d'orge.

M. Marjolin. On trouve dans le JOURNAL DE BLANDIN une observation, publiée par M. Nivert, de cysticerques musculaires et cellulaires chez un individu mort de phlegmon diffus.

M. Lucas Championnière présente un malade auquel il a enlevé une tumeur parotidienne du volume d'un œuf de dinde. Application du pansement de Lister. Pas de suppuration. Le malade était complètement guéri dix-huit jours après l'opération.

SÉANCE DU 1^{er} MARS 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. HOUEL.

CHIEFFE EPIDEMIQUE. — TRAITEMENT DU TÉTANOS PAR LE CHLORAL. — FRACTURE DU CRANE, TRÉPANATION, GÉRISON — DÉSAITICULATION TIBIO-TARSIENNE — PRÉSENTATION DE PIÈCE. — PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. Reverdin (de Genève) lit une observation de brûlure au troisième degré occupant une partie du bras et de l'avant-bras. Application des greffes épidermiques; guérison rapide.

M. Reverdin communique une seconde observation: tumeur épithéliale de la région lombaire du volume d'une mandarine; ablation de la masse morbide et d'une grande étendue de peau qui paraît malade; application des greffes épidermiques; guérison. (Renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Trélat, Ledentu et Verneuil.)

M. Verneuil lit un rapport sur une observation de M. Laurent (de Montpézat), relative à un cas de tétanos traumatique traité par le chloral. Il s'agit d'une femme qui, dans une chute, se fit une petite blessure près de la racine des cheveux; le tétanos s'ensuivit. Traitement par le chloral; guérison. Le chloral donné de temps en temps entretenait le sommeil sans interruption.

M. Verneuil fait un rapport sur une observation envoyée par M. Bresson, médecin militaire. Tétanos traumatique suite de brûlure; traitement par le chloral, mort. C'était cependant la forme chronique du tétanos, ce qui prouve que cette forme n'est pas toujours bénigne. Le malade, qui était en voie de guérison, mourut subitement après un bain d'air chaud; l'action d'essuyer le malade a peut-être provoqué une crise mortelle. Aussi M. Verneuil conseille-t-il d'immobiliser les tétaniques dans un gouttière de Bonnet, de les envelopper d'ouate et de les toucher le moins possible.

M. Verneuil a observé dernièrement deux cas de tétanos foudroyant. L'un des malades, qui avait les deux pieds gelés, est mort en seize heures; l'autre, qui avait un écrasement de la main, a vécu trente-six heures. Les observations seront communiquées à la Société de chirurgie. Sur ces deux sujets, M. Richet, interne du service, a démontré que la mort était survenue chez l'un par un spasme des muscles inspirateurs, et chez l'autre par un spasme des muscles expirateurs. Les tracés ont été pris avec le pneumographe de Marey.

M. Larrey propose d'essayer le jaborandi dans le tétanos.

M. Tillaux. Vers la fin de 1875, on apporta dans le service un individu atteint de tétanos et dans la période d'asphyxie; impossible d'ouvrir la bouche. On injecta dans la veine médiane céphalique 40 grammes de chloral en dissolution dans 50 grammes d'eau distillée. Le malade s'endormit et parut amélioré; il mourut subitement dans la soirée. A l'autopsie, on ne trouva dans les veines aucune trace de caillots ou d'inflammation.

M. Després pense que le malade de M. Bresson est mort empoisonné par le chloral. Un malade de son service est mort dans ces conditions après avoir pris ce médicament.

M. Sée a donné du chloral à des enfants tétaniques; il se demande si les petits malades sont morts du tétanos ou du chloral.

M. Lannelongue, pendant la Commune, a soigné deux tétaniques, forme chronique, qui ont guéri. Chaque fois qu'on enlevait le pansement les convulsions tétaniques se produisaient. M. Lannelongue découvrit une sorte de zone tétanique; c'était un bourgeon charnu qu'il suffisait de toucher pour produire les convulsions.

M. Larrey rappelle que son père a puisé dans ses observations de tétanos l'idée de faire des pansements rases, afin d'éviter les crises produites chaque fois qu'on touchait la plaie.

M. Blot a vu chez les éclamptiques les plus légers attouchements provoquer les crises d'éclampsie.

M. Verneil. L'observation de M. Bresson répond à M. Després : le malade se trouvait très-bien du chloral ; il est mort à la suite d'un bain de vapeur. Pour élucider la question, il faudrait faire le diagnostic de la mort par tétanos et de la mort par le chloral.

M. Le Dentu a observé à la Salpêtrière un fait d'empoisonnement par le chloral. Une malade amputée de la cuisse ne dormait pas ; on lui donnait tous les soirs 1 gramme de chloral ; un soir elle en prit 40 grammes d'un coup. Elle tomba dans un sommeil profond ; pas de convulsions ; un peu d'agitation. Au bout de quatre jours seulement elle revint à l'état normal. Pendant cet état maladif il n'y eut aucune crise, ce qui est en opposition avec la marche du tétanos. On ne doit pas attribuer au chloral le cas de mort dont il est question.

— M. Perrier lit une observation de fracture du crâne avec enfoncement, trépanation, guérison. Une petite fille fut apportée le 30 juillet 1875 à l'hôpital Sainte-Eugénie ; elle avait reçu un coup à la région temporale ; depuis, elle se plaignait de la tête, avait des vomissements ; un érysipèle ayant pour point de départ l'angle antéro supérieur du pariétal droit, où existait une petite plaie, se déclara. Le pouls était lent. Température, 39°, 8. Le 9 août, attaque épileptiforme. Après avoir endormi la malade, M. Perrier fit une incision cruciale au niveau de la petite plaie et appliqua une couronne de trépan ; il enleva cinq esquilles et releva un fragment enfoncé. Pour pansement, compresses trempées dans l'huile phéniquée. Dès le lendemain de l'opération le pouls remonta, l'état général s'améliora et la malade quitta l'hôpital complètement guérie à la fin du mois de septembre.

— M. Panas présente un malade qui était entré à Lariboisière pour un écrasement du pied. M. Panas fit la désarticulation tibio-tarsienne par le procédé de Roux. Aujourd'hui le malade est complètement guéri et marche bien sur son moignon ; il boite très-peu. La malléole externe a été un peu reséquée pour la mettre de niveau avec l'autre ; les cartilages ont été laissés intacts ; quelques fusées purulentes ont eu lieu en arrière de la jambe, ce qui arrive souvent en pareil cas.

M. Verneil a fait trois fois la désarticulation tibio-tarsienne ; l'un des malades, très-débilite, est mort ; les deux autres ont guéri, et dans les deux cas il y eut des fusées purulentes en arrière malgré le drainage.

M. Nicaise a fait une fois cette opération sur un jeune homme atteint d'arthrite fongueuse du tarse ; il reséqua les deux malléoles ; il y eut des fusées purulentes le long de la gaine des péroniers. L'opéré a guéri.

M. Després a aussi observé des fusées purulentes ; elles se produisent surtout dans les gaines où il y avait des fongosités avant l'opération.

M. Tillaux rapporte deux cas qui ont guéri sans fusées purulentes à la suite d'un traumatisme. Il est partisan de cette opération, qui donne des résultats meilleurs que la sous-astragalienne.

M. Perrin n'a pas observé ces fusées purulentes. Il taille le lambeau beaucoup plus long qu'on ne le fait d'habitude. Mais quand elle est possible il préfère la sous-astragalienne, qui est moins dangereuse et donne une meilleure base de sustentation. Il faut tenter la sous-astragalienne et, chemin faisant, transformer l'opération si l'astragale est malade ; on obtient un lambeau trop grand, ce qui est une bonne condition de succès.

— M. Dauvé présente un épithélioma gangrené du pharynx, de la langue et du cou. Le malade a succombé à une hémorragie causée par l'ulcération de la faciale à son origine.

— M. Guéniot présente une ceinture hypogastrique à double pelote.

Société de biologie.

SEANCE DU 11 MARS 1876. — PRÉSIDENCE DE M. PARROT.

LÉSION DE LA SUBSTANCE GRISE DE L'ENCÉPHALE, RÉGION MOTRICE, HÉMIPLÉGIE : M. PITRES. — LÉSION DE L'ENCÉPHALE EN ARRIÈRE DES CENTRES MOTEURS, APOPLEXIE, PAS DE TROUBLES DE LA MOTILITÉ : M. PITRES. — ACCIDENT POUVANT COMPLICHER LES INJECTIONS HYPODERMIQUES : M. CHOUPE. — MÉNINGITE TUBERCULEUSE ; LOCALISATION AU NIVEAU DE RÉGIONS MOTRICES ; ÉPILEPSIE PARTIELLE : M. DREYFUS. — DÉBRIS D'ORANGE TROUVÉS DANS LES SELLES : M. BOCHFONTAINE. — EFFETS DE L'ÉLECTRICITÉ DANS LA CATALEPSIE ET DANS LA TÉTANIE : M. ONIMUS. — ÉLECTIONS.

M. Pitres rapporte les deux faits suivants :

1° Une vieille femme de la Salpêtrière fut atteinte d'hémiplégie gauche à la suite d'une attaque apoplectique. Cette hémiplégie fut des plus simples. A l'autopsie, on trouva un ramollissement superficiel siégeant dans la région motrice (circonvolutions frontale ascendante et pariétale ascendante).

2° Une femme atteinte depuis 1872 d'hémiplégie gauche suivie de contracture secondaire fut frappée d'apoplexie avec coma prononcé et rotation de la tête à gauche ; on ne constata aucun trouble moteur, ni paralysie, ni convulsions, ni contracture. A l'autopsie il existe dans l'hémisphère gauche une hémorragie ancienne au niveau des masses opto-striées et de la capsule externe. Dans l'hémisphère droit, il existe une hémorragie située bien plus en arrière, au niveau de l'hippocampe. Cette hémorragie a refoulé en dehors les masses centrales et la capsule externe qui sont absolument intactes. Ce siège de la lésion, en arrière des points ordinaires et de la région jusqu'ici considérée comme région motrice, ne devait théoriquement s'accompagner d'aucun trouble de la motilité, et c'est ce qui a eu lieu. Cette observation est très-importante au point de vue des localisations cérébrales.

— M. Choupe signale un accident qui peut se produire dans les injections hypodermiques (voy. plus haut, p. 162).

— M. Dreyfus rapporte l'observation d'une jeune femme de vingt-huit ans, morte de méningite tuberculeuse après avoir présenté des phénomènes particuliers, et notamment une épilepsie partielle. A l'autopsie, les granulations tuberculeuses sont rares dans les méninges et accompagnées de très-peu d'exsudat, si ce n'est au niveau du sillon de Rolando du côté opposé à l'épilepsie. En ce point elles sont très-nombreuses et accompagnées d'un exsudat abondant qui a produit le ramollissement des deux circonvolutions médianes. Cette observation vient encore à l'appui des faits nombreux que M. Charcot a fait connaître dans ces derniers temps.

— M. Bochefontaine présente à la Société des débris de pulpe d'orange qui ont été rendus par les selles et recueillis dans le service de M. le professeur Vulpian, à l'hôpital de la Charité. Ce fait intéressant prouve que ces vésicules peuvent traverser le tube digestif sans être détruits.

— M. Onimus a étudié l'état de la sensibilité électrique des muscles et des nerfs moteurs dans deux affections :

1° Dans la *cataplexie* : quand on électrise les nerfs moteurs on remarque qu'on ne peut que très-difficilement faire contracter les muscles auxquels ils se rendent ; si au contraire on excite directement les muscles, on constate que, tout en se contractant moins vivement que dans l'état normal, ils le font cependant plus fortement que sous l'influence de l'électrisation des nerfs. Si l'on provoque dans les muscles une ou deux contractions brusques et isolées, ils reprennent ensuite leur attitude antérieure. Si au contraire on leur fait subir une série de secousses, une sorte de tétanisation, produisant une contraction qui dure une minute à peu près, ils conservent après la cessation du courant l'attitude nouvelle qu'on leur a fait prendre. Toutes ces recherches ont été faites à l'aide de courants faradiques.

2° Dans la *tétanie*, M. Onimus a faites recherches à l'aide

de courants galvaniques très-faibles et dont le passage n'est même pas perçu par le malade. Voici les résultats qu'il a obtenus : Avec un courant descendant, pendant le passage du courant il y a augmentation de la contraction, celle-ci diminue au contraire pendant le passage d'un courant ascendant. De plus, avec ces courants si faibles, M. Onimus a constaté qu'au moment de l'ouverture du courant ascendant il se produit une contraction musculaire. (Il croit pouvoir expliquer ce phénomène par la formation d'un courant descendant au moment où il supprime le courant ascendant.) Dans ces recherches les deux pôles étaient placés sur le trajet des nerfs moteurs.

De ces recherches, M. Onimus croit pouvoir conclure que la tétanie est non pas une contraction réflexe, mais une excitabilité exagérée des nerfs moteurs. Il a en effet, dans ces deux maladies, trouvé les nerfs moteurs tantôt à leur maximum d'excitabilité, tétanie, tantôt à leur minimum, catalepsie.

— Dans cette séance, M. Galippe est élu membre titulaire de la Société.

H. CHOPPE.

Société de thérapeutique

SÉANCE DU 8 MARS 1876. — PRÉSIDENTE DE M. OULMONT

LE NARCISSE DES PRÉS COMME VOMITIF : M. BLACHE. — LE SULFATE DE CUIVRE : MM. DUCHENNE, NOUGAND-MARTIN ET OULMONT.

M. Blache rend compte à la Société des expériences qu'il a entreprises, à l'instigation et d'après les indications du docteur Maingault, sur le *narcisse des prés*; c'est du reste du savant et regretté médecin de l'hôpital des Enfants, de Blache père et de Guersant que nos deux sympathiques confrères semblent avoir recueilli la tradition de l'emploi du narcisse des prés comme vomitif.

La manière de se servir de ce médicament est la suivante : on emploie les fleurs; la dose est de 2-3 grammes pour les enfants; 4 et même 5 grammes pour les adultes. Ces fleurs doivent être mises à infuser dans 150 grammes d'eau bouillante pendant vingt minutes. M. Blache insiste pour qu'on ne dépasse pas les vingt minutes, sans qu'il l'infusion prend un goût trop amer et provoque des maux d'estomac. Le vomissement se produit au bout de dix à douze minutes d'un façon sûre. Sur plus de 50 cas, M. Blache ne l'a pas vu manquer son effet une seule fois. Les enfants prennent cette infusion sans répulsion.

Caventou avait trouvé dans le narcisse un principe toxique auquel il avait donné le nom de *narcissine*. Jourdan, plus tard, en trouva un autre, auquel il donna le nom de *narcitine*. Ce principe serait plus abondant dans le bulbe que dans les fleurs. Il convient donc d'éviter de se servir du bulbe. M. Blache se propose de rechercher prochainement la narcitine dans les fleurs fraîches.

M. Blache pense que ce médicament a sur l'épéca l'avantage d'être plus rapide, plus sûr et moins désagréable à prendre. Il donne d'excellents résultats dans la coqueluche. On n'obtient des effets diarrhéiques que si l'infusion est trop concentrée ou si l'on a laissé les fleurs dans l'eau pendant plus de vingt minutes.

M. Duchenne fait à l'emploi de ce moyen le reproche de nécessiter l'ingestion d'une trop grande quantité de liquide. Il préfère employer le sulfate de cuivre à la dose de 30 à 60 centigrammes, ainsi que, dit-il, le faisait Trousseau.

M. Vigie trouve la dose de 30 centigrammes de sulfate de cuivre un peu forte.

M. Moutard-Martin partage l'opinion de M. Vigie. Il ajoute que de cette prescription qui faisait effet Trousseau, le malade ne prenait généralement que 5 centigrammes de sulfate de cuivre, puisqu'on cessait d'administrer les cuillères quand il avait suffisamment vomé.

M. Oulmont considère le sulfate de cuivre comme un médicament dangereux qui donne des diarrhées rebelles et qu'il convient d'éviter.

A. B.

REVUE DES JOURNAUX

De l'action des alcalins sur la glycose et les diabétiques, par MM. CORNILLON et Henri BRETET.

Pavy remarqua, en 1869, qu'en mettant au contact de la salive de la matière amylicée et une solution de potasse, la transformation glycogénique ne se fait plus. Après avoir obtenu ce résultat il chercha à déterminer si les alcalins qui rendent inerte la diastase salivaire ont la même action sur la matière glycogénique. Il injecta alors une solution de potasse dans la veine porte d'un chien, et l'analyse du foie, faite aussitôt après la mort, démontra qu'il n'y avait pas de glycose produite. Mais si l'expérience était pratiquée quelques instants après la mort, le sucre se produisait et l'injection restait sans effet sur le sucre formé. C'est donc sur la matière glycogénique qu'agit la potasse; elle empêche la formation du sucre, mais ne le détruit pas. M. Pavy a ensuite démontré que le carbonate de soude possédait les mêmes propriétés que la potasse.

Ces conclusions ne sont pas encore acceptées par tous les physiologistes, et M. Brouardel disait, dans sa thèse d'agrégation : « Si cette opinion devait être admise il faudrait placer les alcalins non plus parmi les médicaments destinés à détruire le sucre existant dans le sang, mais parmi les médicaments qui empêchent l'introduction du sucre dans le sang.

Les expériences pratiquées par MM. Cornillon et Brelet confirment cette manière de voir. Elles ont été faites sur un grand nombre d'animaux et ont porté sur la salive humaine et sur le suc pancréatique. Voici les conclusions de ces auteurs :

- 1° Les alcalins sont sans action sur la glycose déjà formée.
- 2° Ils interviennent dans la production de la glycose urinaire en diminuant le pouvoir saccharifiant des liquides diastasiques, et par conséquent en empêchant l'introduction d'un excès de sucre dans le sang.
- 3° Le bicarbonate de soude agit non-seulement sur la diastase salivaire, mais aussi sur le suc pancréatique.
- 4° Dans ce dernier cas, son action est beaucoup plus sensible sur le pancréas des omnivores que sur celui des carnivores. (*Progrès médical*, 12 février 1876.)

Du morphinisme, par le docteur LEVINSTEIN, médecin en chef de la Maison de santé de Schoeneberg.

De l'abus des injections sous-cutanées de morphine, par le professeur WEINLECHNER.

Dans un mémoire présenté à la Société de médecine de Berlin, le docteur Levinstein rapporte l'histoire de plusieurs malades chez lesquels l'abus des injections cutanées de morphine avait produit un état morbide qu'il désigne sous le nom de *morphinisme* (*Morphinismus*) par analogie à l'alcoolisme (*Trunksucht*). Cette nouvelle affection est assez commune et s'observe surtout dans la classe aisée. Le médecin est souvent la cause du mal. Il emploie d'abord les injections de morphine avec prudence et discrétion; puis, encouragé par les résultats obtenus, il augmente les doses et a souvent le tort très-grave de laisser les garde-malades, et quelquefois le malade lui-même, pratiquer les injections. Une fois que le malade a reconnu l'innocuité des premières injections et le bien-être qu'elles produisent, il ne tarde pas à en abuser et à y avoir recours sous les prétextes les plus futiles : pour se procurer un bon sommeil, pour calmer une petite douleur, quelquefois même pour se procurer le bien-être si apprécié

des fumeurs d'opium. En un mot, il arrive au morphinisme comme on arrive à l'alcoolisme.

L'intoxication alcoolique et l'intoxication produite par la morphine présentent du reste la plus grande ressemblance. Comme dans le *delirium tremens* on observe des tremblements, des hallucinations, des complications inflammatoires des poumons, de l'appareil digestif, etc. Les deux affections diffèrent cependant sur plusieurs points : contrairement à ce que l'on observe dans l'alcoolisme, la manie du morphinisme ne constitue pas un symptôme psychique et l'affection se rencontre surtout dans les classes les plus cultivées de la société.

Les trois malades traités par le docteur Levinstein à la Maison de santé de Schenzenberg étaient habitués aux injections depuis plusieurs années et s'injectaient une dose quotidienne de 1 gramme de morphine. Ils présentaient les symptômes suivants : insomnie, grande irritabilité réflexe, perversion et exaltation de la sensibilité, névralgies, contractions musculaires, sécheresse de la langue. Le jugement et la mémoire étaient intacts. Dans deux cas la suppression brusque de la morphine a été suivie d'un collapsus inquiétant ; dans un autre, la suppression, qui avait été graduelle, a produit un affaissement beaucoup moins prononcé.

D'après le docteur Levinstein le pronostic du morphinisme est grave. Presque tous les morphiniques qu'il a traités ont récidivé : deux ont succombé dans le marasme, deux se sont suicidés, cinq se sont livrés à l'ivrognerie. Comme traitement, la première indication est la suppression de la cause du mal, et l'auteur pense que la cessation brusque de l'usage de la morphine est préférable à une diminution graduelle. Lorsque la période de collapsus qui suit cette suppression persiste, on peut donner un peu de vin généreux et pratiquer une injection hypodermique de liqueur ammoniacale anisée. Dans tous les cas on doit isoler les morphiniques, leur donner des gardiens vigilants et les considérer comme de véritables aliénés.

— Le professeur Weinlechner (de Vienne), rapporte une autre observation de morphinisme. Il s'agit d'un médecin qui avait commencé l'usage des injections en 1867 pour calmer les douleurs produites par une périostite traumatique du péroné. Après avoir commencé par les doses ordinaires, il était arrivé, en 1873, à s'injecter jusqu'à 2^{vr},50 de morphine par jour. Outre les désordres du système nerveux que nous avons déjà signalés, ce malade présentait un nombre considérable de petits abcès cutanés ; il était tombé dans le marasme, et les muscles fémoraux de la jambe s'étaient contractés au point de maintenir ce membre dans la flexion.

On supprima les injections et l'on employa la morphine à l'intérieur et le chloroforme en inhalations pour combattre l'insomnie et les accidents nerveux. Les membres inférieurs furent redressés brusquement pendant l'anesthésie, mais le résultat ne put être maintenu. On eut enfin recours à l'iode de potassium, qui produisit les effets les plus inespérés. Sous l'influence de ce médicament le malade reprit des forces et de l'embonpoint et put enfin goûter le sommeil. La guérison était à peu près complète au bout de quelques mois. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 27 novembre 1875 et *London Medical Record*, 15 février 1876. — *Allgemeine Wiener Medizinische Zeitung* et *Medical Press and Circular*, 16 février 1876.)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de pathologie générale : les grands processus morbides, par M. J. Picot, professeur suppléant à l'école de médecine de Tours ; avec une introduction par M. le professeur Robin. — G. Masson, 1876 (1).

Le titre choisi par M. Picot, LES GRANDS PROCESSUS MOR-

(1) L'ouvrage forme 2 volumes gr. in 8, avec nombreuses figures dans le texte. En vente tome I et I^{er} fascicule du tome II. Prix : 20 fr. — L'ouvrage complet sera vendu 30 fr.

BIDES, fait pressentir une œuvre originale, et la lecture du livre confirme en effet l'idée éveillée par son titre.

Les données positives de la physiologie actuelle servent de base à l'enseignement de l'auteur : la maladie est envisagée non plus comme une entité distincte régie par des lois à part que le pathologiste aurait à déterminer, mais comme une déviation du fonctionnement normal des éléments anatomiques, déviation dont le point de départ est toujours un *trouble nutritif*. La nutrition, en effet, commande l'exercice régulier de tous les actes fonctionnels, et quand elle vient à être supprimée ou altérée d'une manière quelconque, on voit simultanément s'alléger ou disparaître les actes d'innervation, de contractilité, de génération ou de développement qui lui sont corrélatifs. Que fait la pathologie expérimentale pour créer la maladie ? Elle introduit dans le milieu intérieur du sujet des substances qui vont faire partie intégrante des éléments anatomiques et modifient leur fonction jusqu'au moment où la désassimilation les a rejetées au dehors : l'oxyde de carbone, par exemple, se fixe au globe sanguin et anéantit la nutrition en supprimant l'hématose.

Si je choisis cet exemple de l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, c'est qu'il met en relief le rôle prépondérant de la nutrition régulière de l'élément sanguin dans la nutrition générale des autres éléments, et que les conditions physiologiques de la circulation et du sang venant à être modifiées, il en découle toute une série de grands processus morbides.

Cette subordination des phénomènes pathologiques à des troubles quantitatifs ou qualitatifs survenus dans le milieu intérieur a été l'objectif de l'auteur dans la plus grande partie de son ouvrage, et je ne puis mieux faire, pour donner un aperçu de l'esprit général de son œuvre, que de résumer ici le plan développé par lui sous deux formes différentes dans son Introduction et au début de ses Notions physiologiques.

L'étude du sang au point de vue chimique, sa constitution histologique, les lois physiques qui président à sa distribution, l'influence qu'exerce sur cette circulation l'innervation cardiaque et vasculaire, tels sont les points successivement envisagés dans une exposition physiologique détaillée servant d'introduction à la partie pathologique. Les troubles nutritifs, autrement dit les *processus morbides*, sont ensuite subordonnés aux modifications survenues dans les conditions physiologiques de la circulation et du sang.

Les anomalies de distribution du liquide sanguin déterminent dans un cas *l'anémie* locale suivie ou non de gangrène, d'atrophie, de dégénérescence ; dans un autre cas, la *congestion* et à sa suite l'hypertrophie, l'hydropisie ; de l'anémie unie à la congestion, résulte l'inflammation.

Le sang vient-il à s'appauvrir en oxygène ou à être privé de cet agent essentiel à la nutrition, est-il surchargé d'acide carbonique ? la nutrition gazeuse des cellules, des fibres, etc., est dès lors profondément atteinte : ce processus morbide prend le nom d'*asphyxie*.

L'accumulation dans le sang des sucres et des graisses produit le diabète ou la polysarcie ; la rétention des principes de désassimilation est, selon toute probabilité, la cause de l'urémie, du rhumatisme, de la goutte, de l'herpétisme, de la cholestérémie.

L'albuminurie clôt la série des processus morbides s'accomplissant de modifications chimiques dans le milieu intérieur.

Si maintenant on envisage les modifications quantitatives des éléments anatomiques du sang, l'*anémie globulaire* et l'ensemble des troubles morbides qui en dépendent, la *leucocythémie* se présente à l'étude.

La double lésion des matières albuminoïdes et des éléments anatomiques du sang est produite par la pénétration au sein de l'économie d'un poison agissant très-probablement à la manière des ferments : de cette *lésion totale* du liquide sanguin résultent les *maladies infectieuses*, et dès lors le *processus infectieux* doit être étudié dans sa marche générale.

L'élevation de la température organique qui se rencontre à chaque pas en pathologie est considérée aujourd'hui comme étant la caractéristique d'un processus morbide d'une importance capitale, la *fièvre*, à laquelle il est nécessaire de consacrer une étude approfondie.

Ce dernier processus se rattache aux troubles nutritifs proprement dits; ceux qui portent plus spécialement le cachet de modifications évolutives, le rachitisme, l'ostéomalacie, la scorbutose, la tuberculose, la carcinose, sont ensuite étudiés à part.

S'il nous fallait choisir dans cette série de processus morbides ceux dont M. Picot a su rendre l'étude plus intéressante, nous n'hésiterions pas à signaler particulièrement l'*anémie*, la *congestion*, l'*embolie*, l'*inflammation* et la *fièvre*. Assurément, quelques-uns pourraient en point adopter les opinions de l'auteur sur la genèse des éléments anatomiques dans les tumeurs, que la théorie le force à présenter comme le résultat d'un processus hypertrophique; on conservera bien encore, malgré la discussion consciencieuse qu'il fait des théories, quelques doutes sur la véritable provenance des leucocytes dans les sérosités inflammatoires; mais, dans un ouvrage comme le sien, ce ne sont là que des questions de second ordre, à notre avis du moins. Ce qu'il faut aux lecteurs d'un traité de pathologie générale, c'est surtout, comme l'a très-bien compris M. Picot, un rapprochement logique entre les phénomènes morbides et les faits constatés par la physiologie; c'est une interprétation rationnelle des manifestations de la maladie et non point un plaidoyer en faveur de telle ou telle doctrine physiologique.

Les grands processus que nous citons tout à l'heure comme des plus savamment étudiés par l'auteur, l'*anémie*, la *congestion*, l'*embolie*, l'*inflammation* et la *fièvre*, sont éclairés par l'heureuse application des données expérimentales. L'anémie locale, envisagée dans ses rapports avec les troubles cardiaques, les altérations artérielles, les perversions de l'innervation vaso-motrice, nous apparaît comme un fait capital en pathologie. Les conséquences de la diminution ou de l'arrêt circulatoire dans une région sur la circulation des régions circonvoisines, sur l'irrigation artérielle des organes éloignés, sont remplies d'enseignements que M. Picot a mis habilement en relief: nous comprenons par des raisons toutes physiques le mécanisme des fluxions collatérales congestives ou hémorragiques. Celui des congestions lointaines consécutives à des anémies importantes; nous voyons le danger des décompressions trop brusques des réseaux vasculaires du poumon, du mésentère, quelque temps anémiés par un épanchement, etc.

À côté de ces troubles dynamiques sont étudiés les troubles anatomiques persistants, lésions provoquées dans les tissus par l'anémie prolongée ou excessive: la gangrène, le processus atrophique, ont particulièrement été envisagés ici par l'auteur.

L'embolie artérielle, l'embolie pulmonaire et celle du système porte sont tour à tour examinées aux divers points de vue étiologique, anatomique et symptomatique. L'étude de l'embolie est comme un vaste terrain aux limites mal dessinées, sur lequel un auteur est pour ainsi dire trop à l'aise; il lui faut se garder de relaire au sujet de l'embolie l'étude de l'anémie, de la gangrène, des hémorragies et congestions collatérales; il est encore un écueil à éviter: les embolies de l'infection purulente, ceux de la mélanémie, de la leucocytémie, etc., pourraient bien l'amener à s'étendre plus que de raison sur les processus générateurs à propos des phénomènes communs produits par tant de causes différentes: c'est donc déjà un mérite que de savoir circonscrire un sujet aussi peu circonscrit; mais M. Picot a su rester dans une juste limite, il a de plus exposé avec beaucoup de talent la symptomatologie des embolies du poumon en particulier.

L'histoire physiologique de la congestion, toute complexe qu'elle soit, nous a semblé grandement facilitée par la re-

présentation schématique des diverses conditions dans lesquelles ce phénomène peut prendre naissance. M. Picot suppose une ampoule à parois élastiques dans laquelle un tube-artère amène des liquides et qui se déverse dans un tube-veine. Cette ampoule à parois élastiques figurant le tissu vasculaire, on comprend que s'il pénètre plus de liquides par le tube-artère, pour une cause ou pour une autre, le débit restant le même par le tube-veine, l'ampoule se dilatera; de même si l'on diminue la dépense, l'afflux restera constant. Ces deux causes de dilataion se trouvant réunies, le volume de l'ampoule augmentera à *fortiori*.

Si enfin pour imiter, dit M. Picot, les effets de la ventouse Junod, on fait le vide autour de l'ampoule élastique placée dans un vase à parois rigides, l'ampoule se dilatera, recevra plus de sang et en émettra moins.

On saisit facilement le parti que l'auteur a pu tirer de son schéma pour la division des congestions *actives* par afflux, *passives* par diminution d'écoulement; on pressent même qu'il a pu être tenté de l'utiliser pour justifier le vœux mot *ubi stimulus, ibi affluxus*, rajouté unguère par l'un de nos plus éminents physiologistes; mais exprimons-nous d'ajouter qu'il n'en a rien fait. Cette reproduction artificielle des causes des congestions reste excellente pour fixer les phénomènes dans l'esprit des élèves, et il est regrettable à ce point de vue que les synthèses schématiques des phénomènes physiologiques et morbides ne soient pas plus répandues.

M. Picot devait relier aux congestions actives les processus hypertrophiques comme résultant d'une suractivité nutritive; il l'a fait dans une mesure que nous n'avons point à apprécier; disons seulement qu'il réunit aux phénomènes hypertrophiques proprement dits, c'est-à-dire aux augmentations de volume des éléments anatomiques, les phénomènes que certains auteurs en distinguent sous le nom de *processus hypertrophiques*.

Il y avait également lieu de rapprocher les hypodropsies des congestions, et c'est là le sujet d'un chapitre plein d'intérêt. La pathogénie des hypodropsies est, comme on sait, fort complexe, et des travaux récents sont venus démontrer que la question était encore bien loin d'être résolue. Les recherches expérimentales de ces dernières années sont passées en revue par M. Picot, mais il paraît peu disposé à admettre les œdèmes de provenance lymphatique. Sur ce sujet, cependant, des travaux assez importants exécutés par Boddard (de Gand) semblent n'être point parvenus à la connaissance de l'auteur: ils viennent à l'appui de la thèse développée par Ludwig, Robin, Tomsa, Renaud, etc., que l'arrêt de la circulation lymphatique peut être une cause d'œdème.

Nous serons forcé d'être bref sur deux points capitaux développés par M. Picot avec beaucoup de détails, et que ses recherches personnelles lui ont permis d'exposer avec autorité: je veux parler de l'*inflammation* et de la *fièvre*.

Contentons-nous donc, puisque l'espace nous fait défaut, d'en signaler les côtés les plus saillants.

L'inflammation est ici définie par ses caractères anatomiques et physiologiques: « C'est un processus morbide caractérisé par un trouble de la circulation capillaire, amenant la réunion, dans les territoires vasculaires, de l'anémie locale et de l'hypérémie avec prédominance de l'un ou de l'autre » de ces états circulatoires, suivant la nature des causes qui ont amené le processus morbide. Ce trouble de la circulation, lorsque l'anémie domine, est toujours accompagné de modifications destructives plus ou moins avancées dans les éléments normaux de la région et de la production d'un liquide dit exsudat, au sein duquel se montrent par genèse des leucocytes. Il aboutit à l'apparition d'éléments nouveaux en même temps qu'à l'augmentation de volume des éléments anciens (hypertrophie), quand au contraire il y a prédominance de l'hypérémie. »

Cette définition trouverait encore son application lorsqu'il s'agit de tissus non vasculaires, si l'on veut remplacer les

expressions d'anémie et d'hypérémie par celles d'excès ou de défaut des matériaux de nutrition.

L'étude expérimentale de l'inflammation à laquelle l'auteur s'est livré depuis plusieurs années, l'amène à repousser la théorie de Cohnheim pour la migration des globules blancs et à considérer la cause originelle de l'inflammation comme pouvant s'adresser dès le début soit aux nerfs vaso-moteurs, soit aux vaisseaux, soit aux éléments anatomiques, cellules, fibres, matières amorphes; le résultat est toujours finalement le même. C'est encore dans ses recherches personnelles que M. Picot a puisé la conviction qu'il est important de distinguer deux formes de l'inflammation, l'une produisant la destruction des tissus, l'autre aboutissant à leur hypertrophie, suivant que domine soit la privation des matériaux nutritifs, soit l'apport plus considérable de ces mêmes matériaux.

Les leçons sur la fièvre nous paraissent former la partie la plus considérable de l'ouvrage de M. Picot; leur ensemble constitue une importante monographie qui résume et critique tous les travaux modernes, et présente la question sous son véritable jour. La vérité du fait principal mis en lumière par les contemporains : « la fièvre est constituée par l'élévation durable de la température animale », ressort nettement de l'exposé de l'auteur. Il émet sur la pathogénie de la fièvre des opinions originales que nous ne pouvons passer en revue. Nous transcrivons simplement ici un passage intéressant qui en résume quelques-unes :

« La fièvre étant considérée comme le résultat de l'exagération des combustions organiques et de la rétention de la chaleur par suite d'un trouble de l'innervation du grand sympathique, il serait nécessaire de savoir quelle est l'origine première de ces phénomènes. A mon sens, la modalité génératrice varie suivant la cause qui a déterminé l'apparition de la fièvre. » Dans les fièvres liées à des phénomènes nerveux, il est probable que les troubles sympathiques dominent la scène; dans les fièvres inflammatoires et infectieuses, ce sont au contraire les modifications du sang d'abord, des tissus ensuite, qui sont prédominantes.

Nous émettons, en terminant, le regret de ne pouvoir résumer ici les leçons sur l'asphyxie et la diabète : nous dirons seulement à leur sujet que la lecture en a été pour nous aussi instructive et intéressante que celle des chapitres précédents.

D^r François FRANCK.

VARIÉTÉS

De l'usage du chloralum dans les cas de leucorrhée.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Voudriez-vous bien me permettre, par l'intermédiaire de votre estimable journal, de demander à vos nombreux lecteurs si quelqu'un d'entre eux pourrait me donner le résultat de ses expériences sur l'emploi des lotions au chloralum dans les cas de leucorrhée. Pour moi, j'ai employé ce médicament avec une efficacité qui ne m'a presque jamais fait défaut, quand il est combiné avec l'usage des toniques externes. Depuis plusieurs années j'en fais un grand usage, et je considère ce médicament comme l'un des plus avantageux qui aient été introduits dans la médecine.

Dans l'affreuse maladie du cancer utérin, j'ai obtenu ce heureux résultat de calmer la douleur et de faire disparaître l'horrible panteur due à cette affection. La dose de chloralum est d'une à deux onces pour une pinte d'eau. Dans la gourme des hommes et des femmes, j'ai trouvé son action des plus satisfaisantes. Pour les hommes, je dissous environ trois dragmes de chloralum dans huit onces d'eau.

Herbert Junius HARDWICKE, M. D. et Ch. D.

Sheffield, février 1876.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

L'Assemblée générale annuelle a eu lieu le dimanche 16 janvier, sous la présidence de M. Harth.

M. Orilla, secrétaire général, a présenté le compte rendu, sous une forme claire, rapide, animée. Dans une des dernières séances de la commission générale, M. Dujardin-Beaumez avait émis le vœu qu'une commission fût nommée, à l'effet d'étudier les modifications qui pourraient être apportées au règlement pour assurer la participation du plus grand nombre des sociétaires aux travaux de la commission générale. Le vœu a été en partie réalisé : les commissaires sont nommés; les études seront prochainement entreprises.

M. Orilla a fait connaître aussi que la bourse d'élève interne au lycée Saint-Louis, fondée par le docteur Moulin au profit d'un fils de médecin, serait attribuée au jeune Charles Ilabouin, et qu'une demande de bourse cutière serait adressée au ministre de l'instruction publique en faveur du jeune Charles Pinguet, fils aussi d'un confrère très-meritant.

Le compte rendu de la gestion financière établit le bilan suivant :

Dépenses et emploi.

Secours à six sociétaires et à trente-sept veuves ou enfants de sociétaires, 27 700 fr.; secours à vingt-cinq personnes étrangères à l'Association, 2625 fr.; recouvrement des cotisations, 500 fr.; Frais d'impression, 609 fr. 35; ports des imprimés, timbres-poste, dépenses diverses, 417 fr. 40; dépenses pour divers legs, 6000 fr. 20; achat de rente, 4980 fr. 35. — Total, 42 967 fr. 30.

Balance.

Recettes	43 331 fr. 55
Dépenses	42 967 fr. 30
Reste	364 fr. 25

Le 1^{er} janvier 1876 le capital de l'Association est de 22 075 fr. de rente 3 pour 100 et de 2895 fr. de rente 5 pour 100.

Voici la liste des legs et dons :

Legs. — M. le docteur Roussel (de Vallière), 400 fr.

Dons. — Madame V^e Bourgeois, 200 fr.; Madame V^e Blandin, 50 fr.; M. V. Masson, 50 fr.; M. Vautier, 20 fr.; M. le docteur Noël Gueneau de Mussy, 40 fr.; M. Asselin, 50 fr.; Madame V^e Marjolin, 50 fr.; M. et Madame Casenave-Fouquier, 200 fr.; M. G. Marjolin, 20 fr.; M. le docteur Barth, 200 fr.; anonyme, 20 fr.; M. le docteur Labarraque, 500 fr.; M. le docteur Millard, 1000 fr.

Pour perpétuer les cotisations. — M. le docteur Roger, 120 fr.; M. le docteur Perdrix, 400 fr.; M. le docteur Ganuet, 400 fr.; M. le docteur Lesourd, 400 fr.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — Concours public pour la nomination à deux places de chirurgien au bureau central d'admission dans les hôpitaux et dans les hospices civils de Paris. Ce concours sera ouvert le lundi 1^{er} mai 1876, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

M. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le samedi 1^{er} avril 1876, et sera clos définitivement le samedi 15 avril, à trois heures.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 29 février 1876, rendu sur la proposition du ministre de la guerre, M. Coulier (Paul-Jean), professeur de médecine et de pharmacie militaires, a été promu au grade de pharmacien inspecteur, en remplacement de M. Jarnel, passé dans le cadre de réserve.

MUSEUM D'HISTOIRE NATURELLE. — Par décret en date du 7 mars 1876, M. Milne Edwards (Alphonse), docteur ès sciences, docteur en médecine, aide naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, est nommé professeur titulaire à la chaire de mammalogie et ornithologie audit établissement, en remplacement de M. Milne Edwards (Henri), démissionnaire.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés officiers de l'instruction publique : MM. Arlaud (François-Joseph-Charles), directeur du service de santé de la marine, à Toulon; Jossic (Henri-André-Jules), directeur du service de santé, à Brest; Roux (Eustache-Antoine-Benjamin), pharmacien, inspecteur de la marine; Barralier (Jacques-Marie), directeur du service de santé, à Rochefort.

— Sont nommés officiers d'Académie: MM. Héraud (Auguste-Frédéric), pharmacien, professeur de l'école de médecine navale du port de Toulon; Azéma (Mazac-François-Jean-Pierre), docteur en médecine.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE. — M. Girard, suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchements à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble, est autorisé à suppléer M. Beniat, pendant la durée de son congé.

LE PHYLLOXERA. PRIX DE 300 000 FRANCS. — La commission du phylloxera a décidé qu'il n'y avait pas encore lieu cette année de déclencher le prix de 300 000 francs voté par l'Assemblée nationale. Elle a reconnu la nécessité d'organiser dans chaque département un comité central d'études et de vigilance destiné à guider les intéressés dans les mesures à prendre pour mettre obstacle à la propagation du fléau.

La commission a été unanime à déclarer, avec l'Académie des sciences, que le moment favorable pour combattre le phylloxera était celui qui est compris entre le 1^{er} février et le 1^{er} avril. A cette époque de l'année, en agissant comme elle le propose, sur le cep, par l'ébouillantage ou la badigeonnage, afin de détruire l'œuf d'hiver, et, sur les racines, au moyen des insecticides qui se trouvent à la disposition des vigneron, et en choisissant de préférence ceux qui ont à la fois la propriété de tuer l'insecte et de donner de la vigueur à la vigne, ou permettrait au végétal, mis à l'abri des nouvelles invasions, de résister aux pucerons dont la plus grande partie d'ailleurs serait détruite.

ACADÉMIE DE SÉVILLE. — L'Académie royale de médecine de Séville met au concours les sujets suivants: 1^o Biographie de Nicolas Monardes et histoire critique de ses travaux; 2^o De la glycosurie et de l'albuminurie; étiologie, symptômes, diagnostic différentiel, anatomie pathologique et traitement. L'auteur du mémoire couronné recevra une médaille d'or et le titre de membre correspondant. Les mémoires écrits en espagnol, latin, français, anglais, italien ou portugais, devront être remis au Secrétaire de l'Académie avant le 30 novembre prochain.

LE LONDON HOSPITAL. — Cet établissement, un des plus importants de Londres, vient d'être l'objet d'un agrandissement considérable. Le reine, qui a assisté à l'inauguration des nouveaux bâtiments, a fait don de 50 guinées.

HOMICIDE PAR INFECTION. — Nous avons parlé, l'année dernière, d'une sage-femme anglaise, madame Marsden, qui avait été condamnée pour avoir communiqué la fièvre puerpérale à plusieurs de ses clientes après que le coroner lui avait interdit la pratique obstétricale. Une enquête vient d'avoir lieu à Hedsnesford, dans laquelle un chirurgien, M. Suffield, comparait sous la prévention d'avoir communiqué la fièvre puerpérale à six de ses malades qui avaient succombé. Le jury a rendu un verdict négatif, mais les commentaires de son jugement méritent d'être reproduits: « Nous pensons que les six accouchées ont succombé aux suites d'une péritonite puerpérale, mais les circonstances ne nous paraissent pas de nature à instituer des poursuites contre le chirurgien. Le jury est d'avis que tous les médecins devraient interrompre leur pratique obstétricale pendant six semaines lorsqu'ils auraient soigné un cas de fièvre puerpérale. »

LE MARCHEUR WESTON. — L'exploit que vient d'accomplir Weston, qui a parcouru 275 milles (366 kilomètres) en soixante-quinze heures consécutives, est l'objet d'intéressantes considérations scientifiques dans les journaux de médecine anglais. Ce voyage s'est accompli de la manière suivante: Après une première marche de 90 milles il se reposa vingt-trois minutes; il se remit ensuite en marche et fit une halte de quatre heures cinquante minutes après avoir atteint le cent vingt-trois mille. Il fit ensuite quelques haltes fort courtes et marcha pendant les 88 derniers milles sans se reposer un instant. La vitesse moyenne de ce marcheur célèbre s'est élevée à près de 5 milles par heure. Weston doit prochainement entreprendre un voyage dans lequel il se propose de parcourir 500 milles (666 kilomètres) en six jours consécutifs. La quantité d'urée contenue dans l'urine pendant la marche a été deux fois plus considérable qu'à l'état de repos. (*Brit. med. Journ.*)

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE OU DE LA PHARMACIE. — En septembre 1875, des poursuites avaient été exercées par la Société des pharmaciens des Bouches-du-Rhône contre plusieurs droguistes et liquoristes: la Cour d'appel d'Aix avait jugé, entre autres, que le vin de quinquina n'était et ne saurait être qu'une boisson hy-

giénique. Cette solution ne pouvait être acceptée par les pharmaciens, et l'affaire fut déferée à la Cour de cassation. Aujourd'hui, gain de cause vient d'être donné à la Société de pharmacie. L'arrêt de la Cour d'Aix a été cassé, et la Cour suprême a déclaré que le vin de quinquina n'était pas seulement une boisson hygiénique, mais, avant tout, un médicament.

NÉCROLOGIE. — M. Hubert père, professeur d'accouchements à la Faculté catholique de médecine de Louvain, vient de mourir. Il a été empoisonné, nous dit L'ART MÉDICAL, par l'intoxication du virus d'un érysipèle de mauvaise nature, qui envahit bientôt toute l'économie et finit par abattre cette nature robuste pour laquelle rien ne faisait redouter une mort prochaine. M. Hubert est l'auteur d'un Traité complet d'accouchements.

— Le docteur John Morgan vient de mourir à Dublin, à l'âge de quarante-sept ans. Il occupait avec distinction la chaire d'anatomie au Collège royal des chirurgiens d'Irlande et était chirurgien du *Mercers Hospital* et du *Lock Hospital*. M. Morgan a publié plusieurs mémoires sur le redressement brusque de l'ankylose, sur le traitement des affections contagieuses; il a pris une part active aux discussions qui ont eu lieu récemment sur la valeur relative de l'éther et du chloroforme.

État sanitaire de Paris :

Du 3 au 9 mars 1876, on a constaté 982 décès, savoir :

Variole, 8. — Rougeole, 8. — Scarlatine, 1. — Fièvre typhoïde, 40. — Erysipèle, 9. — Bronchite aiguë, 35. — Pneumonie, 94. — Dysentérie, 0. — Diarrhée cholériforme des enfants, 1. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 1. — Angine couenneuse, 3. — Croup, 21. — Affections puerpérales, 2. — Autres affections aiguës, 272. — Affections chroniques, 441, dont 182 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 61. — Causes accidentelles, 15.

SOMMAIRE. — PARIS. Les excursions médicales de M. Lasèque. — L'enseignement de la parole articulée aux sourds-muets: M. Magnan. — TRAVAUX ORIGINAUX: Thirapuzhisai: Note sur un accident produit à la suite des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine; précautions à prendre pour l'éviter. — CORRESPONDANCE. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Académie de médecine de Belgique. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — REVUE DES JOURNAUX. De l'action des alcalins sur la glycose et à s diabétiques. — De morphinisme. — BIBLIOGRAPHIE. Leçons de pathologie générale: les grands processus morbides — VARIÉTÉS.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie pour 1876, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et hygiéniques publiés en 1875 et les formules des médicaments nouveaux, suivi d'un mémoire sur le traitement hygiénique des maladies chroniques et des convalescences, par le professeur A. Bouchardat (30^e année). 1 vol. in-18. Paris, Germer Baillière et C^e. 1 fr. 50

La phthisie pulmonaire et la médication arsenico-phosphorée comparée avec les divers traitements connus, étude basée sur de nombreuses observations et les données les plus récentes de la science, par le docteur Lescaimel. In-8. — Paris, V. A. Delahaye. 3 fr. 50

Assainissement des régions chaudes et insalubres, par le docteur Régulus Carloti. Ajaccio, 1875. In-8 de 67 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 2 fr.

Leçons cliniques sur les maladies mentales, professées à la Salpêtrière par le docteur Auguste Voisin, avec photographies, planches lithographiques et figures intercalées dans le texte. 1876. In-8 de 196 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 6 fr.

De la rupture des anévrysmes de l'aorte dans la trachée et les bronches, par le docteur Ordonneau. In-8 avec 4 planches. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 2 fr. 50

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 23 mars 1876.

Académie de médecine de Belgique : PATHOGÉNIE DE L'ENCÉPHALOPATHIE ALBUMINURIQUE. — *Académie des sciences* : ACTION DES SELS BILIAIRES SUR L'ORGANISME. — *Société médicale des hôpitaux* : LE TÊNIA ET LA VIANDE CRUE.

Les conclusions du travail communiqué dans sa dernière séance à l'Académie de Belgique par le docteur Hagoil, professeur à Louvain, ne modifient point les idées généralement admises sur la pathogénie des accidents urémiques. On a vu (*Gaz. heb.*, p. 167) que des nombreuses théories émises à ce sujet l'auteur n'en retenait que deux : celle de Schottin (ou plutôt encore l'ensemble des théories de Schottin, de Wilson et de Frerichs), qui admet l'altération du sang par l'ensemble des matières extractives ou excrémentielles de l'urine et celle de Traube, défendue avec talent par Marchal (de Calvi) et de nombreux savants français, qui soutient qu'un œdème cérébral dû à une tension artérielle ou veineuse exagérée peut comprimer les capillaires de l'encéphale et amener à sa suite l'anémie du cerveau, condition indispensable à l'explosion des convulsions urémiques. Le coma dépendrait dans ces cas d'une lésion limitée aux hémisphères et les convulsions d'une altération analogue de la moelle allongée.

Comme tous les médecins qui ont étudié cette question si intéressante et si complexe, M. Hagoil reconnaît d'ailleurs que ni l'une ni l'autre de ces deux théories n'est applicable à tous les cas ; mais il s'efforce de prouver que l'hydrocéphalie existe toujours et donne lieu aux accidents éclamptiques dans l'état puerpéral ou dans les albuminuries aiguës et récentes, tandis que l'urémie toxique ne surviendrait guère que dans les néphrites interstitielles arrivées à leur dernière période.

Il faudrait passer en revue toutes les observations citées par l'auteur pour démontrer que, tout éclectique qu'elle puisse

être encore, cette théorie ne répond pas à tous les faits. Dans les cas de convulsions puerpérales, pour ne citer qu'un seul exemple, ne sait-on pas que les femmes les plus infiltrées ne sont nullement celles qui sont le plus fréquemment atteintes d'éclampsie ? N'a-t-on pas démontré que, dans bien des observations où l'on avait nié l'albuminurie et l'empoisonnement urémique, celle-ci avait échappé aux recherches parce qu'elle était non permanente mais transitoire ? Il est vrai que parmi les observations citées par Rosenstein il en est encore un assez grand nombre au sujet desquelles il faut bien admettre que l'insuffisance urinaire n'était pas suffisante pour expliquer les accidents constatés. Mais dans les observations de ce genre ce n'est point l'œdème ni l'anémie cérébrale que l'on a trouvés à l'autopsie, c'est plutôt encore l'hypertrophie due à l'excès de tension artérielle provoquée par l'hypertrophie cardiaque.

Les partisans trop exclusifs de la doctrine humorale se sont exposés à des objections bien mieux fondées encore, puisque l'on a pu impunément injecter de l'urée dans le sang, puisque Christison a démontré que les accidents urémiques peuvent manquer tandis que le sang en est chargé, et que, de leur côté, Berthelot et Wurtz n'ont pu retrouver que des proportions d'urée tout à fait insignifiantes dans le sang des urémiques, alors que Jaksch montrait la différence qui existe entre les accidents déterminés par le carbonate d'ammoniaque et ceux de l'éclampsie urémique, et que l'on ne pouvait préciser le rôle ou le mode d'action des matières dites extractives. Que faut-il conclure de toutes ces observations, sinon qu'il est encore impossible de préciser toujours le mode pathogénique suivant lequel se développent les convulsions urémiques ?

Dans la grossesse, ou bien au moment de l'accouchement il survient dans le sang et du côté du système nerveux une série de modifications pathologiques telles que l'excitabilité réflexe du cerveau et de la moelle se trouvent augmentées, et qu'il ne faut souvent qu'une irritation des plus faibles, tout à

FEUILLETON

La science arabe en Occident, ou autrement sa transmission par les traductions de l'arabe en latin.

(Suite. — Voyez les n° 9 et 10.)

CONSTANTIN L'AFRICAIN.

Nous avons laissé Constantin au monastère du Mont-Cassin, nous bornant alors à indiquer sommairement ses travaux et son influence sur le mouvement scientifique en Occident. Il nous a semblé qu'il était plus à propos d'en poursuivre ici le développement, afin de présenter en un seul faisceau tous les emprunts faits par le moyen âge à l'école arabe.

Nous avons vu Constantin quitter l'Afrique après une carrière de quarante années consacrées à l'étude. Que ce soit le choix, le hasard ou la nécessité qui l'ait conduit à Salerne, on l'ignore. Cependant on peut supposer que la renommée

de la célèbre école avait passé la mer. Il paraît même que la médecine arabe était déjà connue des médecins de Salerne, ce qui ne doit pas étonner quand on se rappelle l'avènement de Gerbert au pontificat et la proximité des États musulmans de Sicile. Constantin arrivait donc sur un sol bien préparé pour recevoir la semence qu'il allait y jeter. D'autre part, une certaine culture intellectuelle s'était établie au monastère du Mont-Cassin, comme l'attestent les biographies données par Pierre Diaire.

Les ouvrages de Constantin sont de deux sortes : des traductions et des ouvrages plus ou moins originaux. Avant de parler de chacun d'eux en particulier, nous croyons devoir donner la liste de ses écrits, laissée par son biographe.

Dans ce monastère, dit Pierre Diaire, il traduisit de plusieurs langues un grand nombre d'ouvrages, parmi lesquels se distingue le PANTÉNY, qu'il divisa en douze livres, où il expose tout ce que doit savoir un médecin ; la PRACTIQUE, où il traite de la conservation de la santé et du traitement des ma-

fait insignifiante dans des conditions normales, pour déterminer les convulsions. Cette cause déterminante dépend le plus souvent dans l'éclampsie puerpérale, comme dans les convulsions urémiques, d'une hyperémie cérébrale survenue brusquement.

La cause prédisposante est l'altération du sang; or, celle-ci, même dans les cas de néphrite interstitielle, n'a pu être déterminée avec précision. Il faut donc que de nouvelles et patientes recherches nous disent quel est le rôle dans l'économie, quelle est l'évolution de ces matières extractives que l'on retrouve en proportions si variables dans les urines normales et pathologiques. Il faudrait pouvoir les doser exactement et journellement dans les maladies fébriles, dans les affections qui déterminent une congestion active ou passive du rein, dans les maladies de Bright, etc. Il faudrait déterminer les modifications qu'elles subissent dans le sang, connaître les rapports qui existent entre l'urée, l'acide urique et ces produits plus ou moins oxygénés. Enfin, il faudrait, comme on l'a fait dans le but de montrer l'action sur l'organisme des produits de la sécrétion biliaire, étudier plus complètement, par des vivisections, l'influence qu'exercent sur le sang, qu'ils soient isolés ou réunis, les principes excrémentiels contenus dans l'urine. Alors seulement on arriverait à comprendre la pathogénie des convulsions urémiques.

Cette analogie entre les accidents urémiques et ceux qui sont dus à la cholémie nous engage à rapprocher des observations de M. Hagoil les expériences qu'ont entreprises il y a quelques années MM. Feltz et Ritter dans le but de préciser la pathogénie des diverses manifestations de l'ictère. Ces expériences ou d'autres analogues avaient été tentées il y a un assez grand nombre d'années par les physiologistes qui cherchaient à reproduire artificiellement les accidents de l'ictère grave. Dans le cours de leurs expériences, l'action des acides biliaires sur les globules sanguins, sur le tissu musculaire, sur le poul, la température, la respiration, etc., avait pu être montrée à diverses reprises. Leyden avait constaté la lenteur de la respiration; Ræhrig, le ralentissement de l'action du cœur; Traube avait, à l'aide du kymographion, prouvé la diminution de la pression sanguine. Nous ne citons pas toutes les observations qui montraient l'action toxique des sels biliaires injectés à haute dose. En variant, en multipliant ces expériences, en comparant l'action des sels biliaires injectés directement à celle qu'ils produisent lorsque, à la suite d'un empoisonnement par l'acide arsénieux par exemple, ils viennent à être sécrétés en plus grande abondance, MM. Feltz et

Ritter avaient déjà indiqué une partie des résultats que signale la note qu'ils viennent de soumettre à l'Académie des sciences et qui leur a valu les félicitations de M. Bouillaud. Mais cette action des sels biliaires, ils l'ont précisée en annonçant qu'elle s'exerce par l'intermédiaire du sang sur le tissu musculaire, de telle façon que les troubles respiratoires et circulatoires se constatent encore chez des animaux auxquels on a préalablement sectionné les pneumogastriques et les grands sympathiques. Ils ont observé, de plus, que le sang contaminé par des proportions inappréciables de sels biliaires s'écoule plus lentement à travers les tubes de Poiseuille, de telle façon que l'on peut affirmer une altération des globules sanguins, alors même que celle-ci n'est pas directement constatable. Toutefois, ne reste-t-il pas encore à rechercher, et c'est là ce qui intéresse surtout le médecin, pourquoi la résorption de la bile détermine si rarement les accidents formidables qui caractérisent les ictères graves, ce que deviennent dans le sang, après leur résorption, les acides biliaires lorsqu'ils ne provoquent ni hémorragies, ni coma, ni convulsions, pourquoi enfin surviennent rapidement dans d'autres circonstances ces stéatoses du foie et des reins qui suppriment en même temps la fonction hépatique et la fonction rénale et d'où paraissent dépendre la plupart des accidents dont l'ensemble constitue l'ictère grave?

— A la Société médicale des hôpitaux, la discussion sur la fréquence du tœnia inermis, les conditions de son développement et l'influence qu'exerce l'alimentation par la viande crue ou les viandes saignantes n'est point encore terminée. Nous attendrons qu'elle le soit pour signaler les conclusions de cette enquête, qui intéresse à un si haut degré l'hygiène publique et la thérapeutique.

L. LEREOULLET.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

DES CONDITIONS DE LA CURABILITÉ DES EMBOLIES, par le docteur BOUILLON-LAGRANGE père, ancien interné des hôpitaux de Paris et membre de la Société médicale d'observation, etc.
(Suite. — Voyez le n° 10.)

DEUXIÈME PARTIE.

I. Anatomie pathologique des embolies étiologiques. — Pour justifier la singularité d'un pareil titre, il me suffira de dire que je viens ici simplement exposer des détails nécropsiques

ladies, en XII livres; le Livre des XII degrés; le Régime des fièvres, traduit de l'arabe; le Livre de l'urine; Des organes internes; Du coït; le Viatique, en VII parties (le dénombrement en est mal concluë, ce qui entraîne de la confusion); les Aphorismes; le Tegni, le Metategni et le Microtegni; l'Antidotaire; Des opinions d'Hippocrate et de Platou; Des médicaments simples; Du corps et des organes de la femme; Du poul; Des pronostics; Observations; Remarques sur les plantes; Chirurgie; Traité d'oculistique.

Cette liste est inexacte en plus d'un endroit.

Le Pantegni et la Pratique sont à tort dédoublés, attendu qu'ils constituent ensemble un même ouvrage.

Sous le titre Aphorismes, on ne se donnerait pas qu'il s'agit du commentaire de Galien.

Il se pourrait que certains numéros ne fussent que des parties du Pantegni.

Le mot Tegni, qui précède le Megategni et le Microtegni, est de trop, à moins qu'on ne lise: Les deux Tegni.

On nous dit que Constantin traduisit de nombreux écrits des diverses langues, et l'on nous signale seulement le Traité des fièvres comme traduit de l'arabe.

La notice de Pierre Diacre n'en est pas moins le seul document qui nous soit resté comme biographie de Constantin, mais nous trouvons d'autres renseignements ailleurs, à savoir dans les intéressantes préfaces qui accompagnent un certain nombre de ses écrits. Elles sont adressées à quelques-uns de ses amis: ainsi Didier, abbé du Mont-Cassin; Alfano, archevêque de Salerne; Atto et Jean, ses élèves.

On ne s'est pas assez occupé de ces préfaces dans ces derniers temps, où l'on a fait beaucoup de bruit autour du nom de Constantin, et l'on a fait des oublis plus graves encore.

Nous avons remarqué déjà que Pierre Diacre n'a signalé que le Livre des fièvres parmi les nombreuses traductions qu'il dit avoir été exécutées par Constantin. Il nous apprend ailleurs que Jean, son disciple, mourut à Naples, où il laissa les écrits de son maître. Jean donna-t-il à ces écrits la forme

puisés dans des observations bien complètes d'embolies, dans lesquelles, après une lutte plus ou moins prolongée entre la vie et la mort, durant laquelle des effets subits de transports emboliques ont cédé jusqu'à permettre le rétablissement des fonctions des parties du corps qui en étaient atteintes, les malades ont, en définitive, succombé. L'examen cadavérique, dans ces faits, en démontrant les causes physiques et des symptômes observés *paragragement* pendant la vie, et de ceux qui ont produit la mort, vient nous fournir une preuve palpable de la possibilité de la réparation des désordres emboliques, et de ses divers modes en même temps qu'une *première* explication de ceux dont nous avons rapporté l'heureuse terminaison.

Citons d'abord une des plus belles observations faites en France au début de la propagation des doctrines allemandes : c'est à une école bien française par le cœur et l'intelligence, deux fois française, que nous l'emprunterons, à notre ancienne école de Strasbourg, aujourd'hui Faculté de Nancy. Patience germanique dans l'observation et l'expérience, esprit bien logique, bien clair dans l'exposition, telles sont les qualités qui la distinguent en général, mais qui doivent surtout la faire admirer dans l'investigation et la propagation des découvertes sur l'*embolie*.

1^o M. Schutzenberger a rapporté à la Société de médecine de Strasbourg, en 1856, un fait très-remarquable dans lequel, chez un malade de vingt-deux ans atteint d'affection des orifices du cœur, une série d'embolies se produisit du 24 octobre 1855 au 1^{er} mars 1856 : d'abord, une simple douleur à l'aîne gauche gênant la marche ; le 21 novembre, fourmillements dans le membre supérieur gauche, main froide, cadavéreuse, pouls nul aux artères radiale et cubitale ; aux deux tiers inférieurs du bras, cordon gros comme une plume à écrire jusqu'au-dessous de l'aisselle ; les jours suivants, douleur en ce point, puis aménagement des accidents. Au 1^{er} janvier 1856, pouls radial à peine développé, très-fort de l'autre côté ; le même jour, mêmes phénomènes dans les membres inférieurs ; les crurales sans battements, en cordons durs, pas douloureux. Après quelque temps, amélioration, mais sans retour des battements ni dans les crurales ni dans les tibiales postérieures, ni dans les poplitées, et enfin une hémiplegie gauche le 24 février et la mort le 1^{er} mars.

L'autopsie montra des concrétions détachées du cœur gauche dans tout l'arbre artériel ; on constata au cœur la trace de l'*arrachement* de végétations ou de portions suillantes de celles-ci ; dans les artères, des concrétions adhérentes à des degrés divers avec phlegmasie périphérique plus ou moins *avancée*, tantôt de la fibrine pure, tantôt une matière d'un blanc jaunâtre, *enchaissée* dans la fibrine.

Dans l'artère humérale gauche, le coagulum, très-adhérent, et elle-même convertie en une corde imperméable ; les

artères *collatérales très-développées* ; et dans les viscères (cerveau, rate, reins), où se rendaient les branches oblitérées, infarctus rosés ou jaunâtres avec ramollissement du tissu, notamment à la partie antérieure et supérieure de l'hémisphère droit (*Gazette hebdomadaire*, 1856, p. 290).

2^o Dans le résumé des travaux de Virchow sur l'embolie, publié dans les *Archives*, par M. Lasègue, en 1857 (*Archives*, octobre 1857, p. 413 et suiv.), après l'analyse des expérimentations sur les animaux, on trouve classés en trois séries les faits cliniques, et dans la *seconde*, comprenant une *seule observation*, l'occlusion des plus petits vaisseaux, sans symptômes consécutifs locaux ou généraux ; on y voit : une femme de quarante-sept ans, sur laquelle, après une profonde cachexie, l'autopsie montre un corps fibreux, la nécrose du cartilage de plusieurs vertèbres avec abcès consécutif dans la gaine des psoas, des tubercules ulcérés, des pneumons, de l'intestin, un catarrhe chronique de l'estomac avec ulcération et hémorrhagie, néphrite, dégénérescence du foie, etc. L'artère pulmonaire gauche *était le siège* de productions dégénérées, cavernueuses, sinuées, adhérentes, en partie cartilagineuses, sans lésions du poumon gauche, mêmes productions également dégénérées dans les veines crurale, iliaque et hypogastrique gauches ; ainsi, le transport de matières emboliques semblables avait pu être produit dans l'artère pulmonaire sans qu'aucune lésion se produisît dans le poumon correspondant.

3^o Dans une observation d'*embolie cérébrale* due au docteur Calloch, de Nantes (*Gaz. hebdom.*, 1861, p. 847), un peintre de soixante ans fut tout d'un coup, le 18 novembre 1860, frappé d'affaiblissement des facultés intellectuelles, surtout de la mémoire, après un accès d'oppression sans cause bien déterminée ; les battements de la carotide gauche à peine perceptibles sont rétablis quelques jours après, puis trente-sept jours plus tard, coma, hémiplegie droite, esclaire au sacrum, affaiblissement graduel et mort dans le cours de juin. Il y avait dès le début souffle sternal persistant, signes d'hypertrophie du cœur et d'insuffisance aortique. On trouve à l'autopsie : hypertrophie, dilatation de l'orifice aortique, aorte athéromateuse jusqu'au diaphragme, non suivie au delà, un caillot fibrineux de 1 centimètre d'épaisseur sur 21 de longueur, partant du ventricule et adhérent à l'aorte. La carotide primitive comme injectée remplie d'un caillot *blanc dense, stratifié*, un peu ramolli au centre de son origine à la bifurcation, les sous-clavières et la carotide droite libres ; dans le *cerveau*, l'hémisphère gauche affecté surtout dans la région pariétale, circonvolutions déformées, peu distinctes, ventricule gauche très-dilaté ; la couche de substance cérébrale est mince, ramollie, altérée dans tout l'hémisphère. Dans les artères cérébrales antérieure et moyenne, plusieurs petits caillots *anciens*, filiformes, adhérents ; leur calibre est

et les titres sous lesquels ils nous sont parvenus ? Nous l'ignorons.

Quoi qu'il en soit, ses traductions ont un caractère qui les distingue de celles de ses successeurs. Dans ses préfaces, il ne semble préoccupé que d'une chose : signaler une lacune que son écrit vient de combler. Il lui semble inutile de déclarer explicitement si l'écrit est original ou simplement traduit ; c'est assez pour lui qu'il réponde à un besoin général ou particulier. Une fois seulement, il nous donne le nom de l'auteur qu'il a traduit. Ailleurs, dans la plus importante de ses traductions, non-seulement il fait le nom de l'original, mais il met en avant des noms de médecins grecs, comme s'il voulait donner le change. Malgré les réticences de ces préfaces, il n'est pas cependant de ces traductions dont quelques manuscrits n'accusent formellement qu'elles proviennent de l'arabe.

L'attention se porta sur ces faits quand on put comparer la traduction du Maleky d'Ali ben el Abbas par Étienne d'An-

tioche avec le Pantegni. L'identité fut reconnue et Constantin passa pour un plagiaire.

On a de nouveau, dans ces derniers temps, agité ces questions, mais d'une façon incomplète. On s'est, d'une part, borné à deux traductions de Constantin, le Pantegni et le Viaticque, et de l'autre on a négligé d'étudier les préfaces qui accompagnent diverses autres traductions. Avant de formuler l'opinion que nous croyons devoir nous faire sur les procédés de Constantin, nous croyons devoir examiner en particulier chacune de ses œuvres et recueillir le plus de renseignements possibles.

I. *Le Pantegni*. — Ce qui nous est donné de Constantin sous le titre de Pantegni n'est autre chose que la traduction du Maleky d'Ali ben el Abbas, avec quelques additions et modifications.

Constantin a remanié l'importante préface du Maleky, et il y a ajouté la mention des seize livres de Galien, déjà signalés

rétréci sans être oblitéré. Les capillaires cérébraux (sans doute les petites artères) examinés au microscope sont partout athéromateux, et l'on y voit des caillots *autochthones*, mais non *emboliques migrateurs*. L'amélioration du débuts explique par la disposition des caillots artériels non complètement oblitérants. Bien qu'ici l'affection ne soit pas véritablement embolique, mais conséquence de l'état local athéromateux du système artériel et même capillaire (artériel), elle montre très-bien les modifications qu'auraient pu subir des caillots *migrateurs* dans les mêmes conditions.

4° Dans une très-belle description d'enclonchisme du bassin, avec généralisation par embolie par Weber (Clinique d'Heidelberg, *Gaz. hebdom.*, 1866, p. 638), on trouve comme explication d'une légère dyspnée avec hémoptisie précédant la mort d'un mois environ, au milieu de lésions diverses, des embolies cartilagineuses dans les branches de troisième ordre de l'artère pulmonaire siègeant sur l'éperon et au milieu d'infarctus de diverses dates, de volume variable, hémorrhagiques, purulents, des infarctus avec cavités *cinéiformes*, à parois lisses, comme celles qu'on trouve dans les expériences que nous rapporterons.

5° On voit, dans l'analyse que la GAZETTE HEBDOMADAIRE a donnée d'une remarquable observation rapportée à sa clinique par M. le professeur Michel, de Strasbourg (*Gazette hebdom.*, 1867, p. 733, extrait de la *Gazette médicale de Strasbourg*, n° 10 et 11): que, dans une congélation des pieds qui, au bout de vingt-quatre heures, produisit brusquement des troubles circulatoires et pulmonaires, et la syncope, *symptômes passagers suivis d'amélioration*, et qui huit jours après fut terminée par un tétanos mortel, on voit, dis-je, comme causes des premiers accidents, des embolies capillaires multiples de l'artère pulmonaire ayant pour point de départ les caillots des veines saphènes.

L'analyse est ici trop restreinte pour juger si la complication mortelle du tétanos a eu aussi quelque source embolique, mais la valeur de l'observateur nous est garant que la nécessité d'une telle recherche ne lui a pas échappé et que ce rapport n'existait pas, puisqu'il n'est pas indiqué.

Mais nous notons ces embolies capillaires ayant produit, au début, des symptômes effrayants et qui sont devenues ensuite en quelque sorte indifférentes pour la santé pendant huit jours. Nous verrons qu'en effet ce malade, au point de vue de ces embolies, se trouvait dans les conditions que les expériences ont signalées comme celles de la curabilité possible.

6° Dans la très-curieuse observation de M. Laveran (*Gaz. hebdom.*, 1869, p. 515 à 518) d'un encéphalode des ganglions carotidiens avec généralisation par embolies capillaires, on remarque des symptômes éphémères qui trouvent leur explication à l'autopsie. Deux pleurésies successives, à gauche d'abord, avec douleurs s'irradiant dans le bras pendant trois

jours, des deux côtés, ne donnant qu'un simple froissement plural à l'auscultation. Sur le cadavre, on constate que le cancer a pénétré dans la jugulaire interne et dans la veine brachio-céphalique gauche. Les poumons sont farcis de marrons cancéreux, dont un grand nombre saillants à la surface pleurale, entre eux le tissu sain à droite; à gauche, les noyaux sont plus gros, plus ramollis dans le lobe inférieur, entre eux plusieurs points d'hépatisation grise. La plèvre droite est saine; dans la gauche, épanchement purulent peu abondant, fausses membranes jaunâtres, adhérentes presque partout.

Ici, la pitteuse des fragments du cancer détachés par la colonne sanguine, dans laquelle trempe le ganglion cancéreux, explique l'absence d'oppression subite, de caillots dans les branches de l'artère pulmonaire, les cellules cancéreuses sont en quelque sorte greffées sur les parois des capillaires qu'elles ont perforées. N'en est-il pas ainsi en cas de caillots purement fibrineux, allant produire des dépôts sous-pleuraux dans les poumons et stimuler la pleurésie partielle quand ils ne la produisent pas, comme dans les expériences de Panum, de Feltz, etc., sur lesquelles nous aurons à insister bientôt.

7° Nous le constaterons aussi, M. Feltz explique la généralisation des abcès métastatiques par des embolies secondaires que Virchow a vues dans un cas de gangrène du poumon et lui-même chez un typhoïde, et il les comprend très-bien par les observations nombreuses dans lesquelles il a trouvé au voisinage des lésions pulmonaires chroniques les veines remplies de caillots plus ou moins anciens. Disons-le tout de suite, voilà la raison incontestable des embolies secondaires dans les cas que j'ai signalés et sur le mécanisme desquelles nous aurons à revenir.

8° Dans les embolies osseuses, les lésions ne sont pas non plus incurables, car on voit dans la huitième observation de la thèse de M. Mollière, de Lyon (*Gaz. hebdom.*, 1871, p. 649), sur les thromboses et les embolies osseuses, chez une femme morte de leucocythémie avec des infarctus viscéraux multiples, des caillots leucocytiques dans tout l'arbre artériel, dans la dernière vertèbre dorsale et à son centre: « Un noyau cailléux puriforme, dans une petite caverne de la contenance d'un pois, à surface lisse, à parois de tissu éburné. »

9° Johnson, qui est aussi favorable à la production d'embolies secondaires, comme nous le verrons, rapporte dans son livre que, dans l'autopsie d'une femme qui, après avoir eu une atteinte d'endocardite rhumatismale, succombait un an plus tard à la suite d'un accouchement et d'une oblitération d'abord artérielle, puis veineuse du bras gauche, on vit les valves aortiques couvertes de végétations verruqueuses, et il dit que l'on peut admettre comme très-probable que les débris fibrineux, en passant des artères dans les capillaires et les veines du bras gauche, avaient occasionné la thrombose

par Darenberg, et sur lesquels nous nous sommes amplement étendu.

C'est au Viatique ainsi qu'au Pantegni que Constantin doit son renom de plagiaire; c'est à propos de ces deux ouvrages que l'on a fait récemment quelque bruit autour de son nom.

Telle est la dédicace du Pantegni: « A son seigneur abbé du Mont-Cassin, très-révérend père et même la perle brillante de tout l'ordre ecclésiastique, Constantin l'Africain, son moine, bien qu'indigne. »

On lit ensuite, entre autres choses, dans cette dédicace:

« Comprenant l'utilité de l'art et parcourant les ouvrages latins, je me suis retourné vers nos anciens et nos modernes. J'ai parcouru Hippocrate, le maître de l'art, ainsi que Galien, et parmi les nouveaux Alexandre, Paul et Oribase. »

Certes, on ne voit guère comment une pareille dédicace et les souvenirs qui sont évoqués peuvent servir d'introduction

au Pantegni, lequel n'est en définitive que le Malcky d'Ali ben el Abbas (1).

Pour expliquer cette incohérence, à quelle hypothèse recourir?

Nous nous contenterons maintenant d'en rappeler une émise par Darenberg. Constantin n'aurait-il pas cru pouvoir faire passer plus avantageusement sa traduction en la donnant sous le couvert des grands médecins de la Grèce, au lieu d'avancer son origine arabe et sa qualité de traduction?

A cette hypothèse nous en ajouterons une autre. Constantin n'aurait-il pas plutôt obéi à un mot d'ordre donné par l'abbé Didier? Cette science et ces noms arabes n'auraient-ils point paru mal sonnants dans l'enceinte du monastère? Constantin doit évidemment à son passé de musulman tout son savoir de médecin. Pierre Diacre ne semble-t-il pas atténuer ce fait

(1) Pour qui la collation des deux écrits serait par trop longue et fastidieuse, lire les deux préfaces mises en regard l'une de l'autre par Darenberg, Archives des missions, IX.

ultime et les autres accidents de *phlegmasia alba dolens*. Il admet que des coagulums puissent se former dans les capillaires du poumon, passer ensuite dans le courant de la grande circulation et déterminer de la sorte une obstruction capillaire ou veineuse secondaire (analyse de Labadie-Lagrave, *Gaz. hebdom.*, 1873, p. 56).

10° Dans un cas de thrombose très-étendue de la branche droite de l'artère pulmonaire, on observa pendant la vie un bruit de frottement du côté droit du thorax, où existait un point de côté depuis la veille (23 février) et qui cessa le 4 mars. A l'autopsie (10 mars), on trouva une pleurésie hémorragique. Les deux lobes inférieurs du poumon droit, comme dans la pneumonie fibrineuse, une énorme dilatation du cœur et en certains points à peine 1 millimètre d'épaisseur de parois, caillots dans toutes les branches de l'artère pulmonaire en couches stratifiées; au microscope, on voyait les alvéoles pulmonaires remplis de sang avec hyperémie capillaire considérable; dans les caillots, fibrine en voie de régression (*Gaz. hebdom.*, 1873, p. 684. Note de M. Humbert-Molière, de Lyon).

Après avoir exposé ces analyses d'autopsies cadavériques, qui nous montrent des embolies antécédentes, leur marche et celle des lésions produites par elles, faits dont nous tirerons parti plus tard pour justifier la curabilité de ces accidents, objet spécial de notre examen, il me reste à rappeler les notions que l'expérimentation et la clinique ont établies et qui serviront de base à la physiologie pathologique des observations que nous avons rapportées et de celle terminaison du processus en général; mais, disons-le, la conséquence première à tirer de ces conquêtes de la science, c'est que l'embolie est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit, qu'elle explique la genèse de nombreux états morbides graves, aussi terribles souvent qu'inattendus, et cependant assez souvent suivis de guérison, états morbides parfois mal appréciés dans leur principe originel.

Avant d'exposer les faits cliniques et les opinions des savants observateurs qui les ont fait connaître, rappelons les diverses expérimentations qui, en établissant bien l'anatomie et la physiologie des embolies et de leurs effets sur les organes, ont rendu incontestables aussi les conditions dans lesquelles la guérison est possible.

II. *Notions expérimentales sur l'embolie.* — Nous savons, par les expériences de Virchow et par celles de M. Claude Bernard, que l'endocardie est peu sensible et que des corps relativement considérables et de diverse nature ont pu traverser impunément les cavités cardiaques, sans troubles marqués dans la santé des animaux, et que ce n'est que dans l'arbre artériel pulmonaire ou général et dans les organes dans lesquels il se ramifie qu'ils ont été produire des désordres que nous allons examiner à notre point de vue.

en nous énumérant la liste fabuleuse des langues sues par Constantin?

On pourrait même se demander si la lettre à l'abbé Didier ne vise pas aussi bien un ensemble de travaux qu'un travail particulier. L'élève de Constantin, Jean, qui recueillit à Naples tous les écrits de son maître, ne les aurait-il pas remaniés?

Quoi qu'il en soit, il n'en est pas moins vrai que plusieurs manuscrits de Constantin nous donnent le Pantegni comme une simple traduction, *translatum*. Nous citerons particulièrement les n° de la Bibliothèque nationale de Paris 6885, 6886, 7042, 11 223.

D'autre part, on peut supposer aussi que Constantin a bien pu conserver les habitudes des Arabes, chez lesquels on voit constamment des écrivains s'assimiler de longs passages de leurs devanciers, sans en indiquer la paternité, et comme s'ils étaient de droit tombés dans le domaine public, par cela seulement qu'ils étaient admis comme faisant autorité.

Un auteur allemand, Thierfelder, suivant en cela certains

Laissons d'abord parler Virchow, à qui, s'il est possible de disputer l'honneur de la découverte de l'embolie, il faut du moins reconnaître celui d'en avoir fixé les lois par des observations et des expérimentations aussi multipliées que variées, et dont la portée a été en générale très-sûre. Il dit, dans une lettre adressée à la GAZETTE HEBDOMADAIRE (1858, p. 2) :

« J'ai expérimenté avec des corps de grandeur et de constitution chimique et mécanique très-différentes; c'est ainsi que j'ai obtenu l'embolie des gros vaisseaux, l'embolie des capillaires, l'embolie foudroyante et l'embolie chronique, les inflammations métastatique franche, suppurante, gangréneuse, et le pneumothorax même, enfin l'embolie bénigne avec cicatrisation et développement de la circulation collatérale. »

Dans cette dernière proposition, ne trouve-t-on pas la raison de la guérison observée chez l'homme? Et nous allons voir par l'exposé de quelques faits empruntés à divers expérimentateurs et rapprochés de ceux que nous avons rapportés, que cette relation est parfaite en effet. Dans les expériences de Virchow, avec le caoutchouc il observe dans les premiers jours oblitération, caillots sans lésions des organes alimentés par les vaisseaux; après l'injection de substances organiques, au contraire, le parenchyme pulmonaire est compacte, rouge foncé, presque sec, imperméable; au microscope, les cellules se montrent remplies de granules de graisse (*granules inflammatoires*), d'autres ont les caractères des globules du pus; plus tard, on y voit des points gris rosés plus résistants, à peu près transparents, puis de plus en plus troubles (hépatisation grise, mais lisse, sans granulations), mais sans l'exsudation fibrineuse dans les vésicules qui constitue la pneumonie légitime; plus tard encore, la transformation purulente qui, chez les animaux, est plutôt une fonte en bloc qui se rapproche plus du sphacèle, la plèvre, quand les lésions s'étendent à la périphérie, présente des pseudo-membranes et surtout l'exsudation hémorrhagique, étendue même au côté sain (sans doute à la plèvre costale).

Toute cette évolution a lieu en moins de cinq jours, et les effets de l'oblitération pulmonaire ne sont pas en proportion avec le volume, mais avec la nature du corps obturant, la nutrition du lobe pulmonaire oblitéré se continue par les artères bronchiques, et une circulation collatérale s'établit par elles-ci et les intercostales (extr. de l'Exposé par Laségue, *Archives*, 1857, p. 413).

Panum de Kiel, dans ses RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES EMBOLIES (*Archives*, 1863, p. 280 et suivantes, n° de septembre), mémoire trop concis pour le nombre de faits qu'il renferme et qui pêche par l'excès des détails présentés sous une forme sèche et souvent trop peu claire, parce qu'il n'est que l'analyse, par son auteur, d'un long travail publié dans

errements du moyen âge, et même de certains éditeurs, a voulu revendiquer le Pantegni pour Isbaq ben Soleiman, opinion que nous ne prendrons pas la peine de réfuter.

Le Pantegni parut aussi avec le titre de *Theorica et Practica*.

II. *Le Viatique.* — Il en est du Viatique ainsi que du Pantegni. Constantin a passé sous silence le nom de l'auteur arabe Ebn Edjezzar, tout comme il avait tu celui d'Ali ben el Abbas.

Il y a plus. Il se met lui-même en garde contre les fautes, qui pourraient lui voler son œuvre. On lit entre autres choses dans la préface du Viatique :

« Comme dit Tullius dans la Rhétorique, on peut rechercher une chose pour elle-même ou pour d'autres motifs. Quelques-uns pensent que la médecine doit être recherchée pour elle-même et s'attache à la théorie. D'autr. s la recherchent pour les dignités auxquelles elle conduit.

» Moi donc, Constantin, moitié du Mont-Cassin, travaillant

les Archives de Virchow; Panum, dis-je, a rapporté les résultats les plus remarquables.

Il dit, par exemple, que dans ses injections variées dans les artères cardiaques (cire, graisse, huile et noir de fumée), après leur oblitération, les mouvements rythmiques continuent plusieurs heures, et l'on conclut que l'angine de poitrine ne peut être attribuée à cette cause, malgré l'opinion de Virchow et les observations de Friedrich Stollés, Damberger, et malgré même le cas intéressant du sculpteur Thorvaldsen observé par Fenzler et Dahlirap (rupture d'un athérome dans l'artère coronaire).

En injectant l'artère pulmonaire, il observe que la quantité de sang contenue dans le cœur gauche est toujours fort petite, et d'autant moindre que la mort est plus soudaine; que les mouvements du cœur continuent après l'agonie, que l'arrêt ne succède à celui de la respiration que dans les cas exceptionnels, l'arrêt du cœur causé par l'irritation du nerf vague est le fait de l'anémie de la moelle allongée; que l'arrêt a lieu dans le diastole par expansion du cœur droit et par l'accumulation de l'acide carbonique dans le sang, qui le paralyse. C'est, pour lui, le manque de sang artériel au cerveau et à la moelle allongée, conséquence de l'embolie de l'artère pulmonaire, qui est la vraie cause prochaine de cette espèce de mort subite, dans laquelle on voit d'abord des phénomènes d'irritation plus ou moins longs, suivant la rapidité et l'intensité de l'interruption de la circulation par anémie locale. Les *ultima morientia* sont les parties animées par le grand sympathique (cornée).

Les phénomènes sont les mêmes dans les injections, dans le cœur gauche que dans celles dans le droit, avec agonie plus ou moins courte, suivant la quantité de globules de cire injectée, mais beaucoup plus rapide à gauche qu'à droite quand l'injection est abondante.

Il dit qu'il est très-vraisemblable que les inflammations circonscrites du poumon par l'oblitération de l'artère pulmonaire peuvent produire des caillots secondaires dans les veines pulmonaires qui arriveront dans la grande circulation et produiront même la mort secondaire après quelques jours ou quelques semaines, surtout quand les caillots secondaires seront fixés dans le cerveau ou la moelle allongée.

En examinant les altérations anatomiques par embolies des artères pulmonaires, il fait remarquer que les bouchons qui ne produisent ni irritation mécanique ni irritation chimique (globules de cire), quand ils ne tuent pas par leur quantité, s'enveloppent d'une capsule d'autant plus épaisse que le bouchon est plus petit, et, par contre, il conclut des expérimentations les plus curieuses relativement à l'infection putride ou septique, que l'extrait de chair ou de tissu cellulaire putréfiés obtenu par l'eau distillée et la solution filtrée, est un poison fixe non volatil, non décomposé par la cuisson ni

même par l'évaporation poussée à l'extrême, insoluble dans l'alcool ab olu; que les matières albuminoïdes qui peuvent s'y mêler ne sont vénéneuses que par le poison déposé à leur surface. Il compare son intensité à celle du venin du serpent, du curare, des alcaloïdes des plantes, et dit que 0,0012 (sic), même après cuisson, évaporation ou traitement par l'alcool absolu, tuent un petit chien, prélude des expériences de M. Davaine. Il dit que les altérations produites par le mercure dans le poumon, dans les injections par l'artère pulmonaire, sont spéciales au mercure, et non le résultat de l'oblitération mécanique des vaisseaux, comme le prétendait Cruveilhier.

Il expose que des foyers inflammatoires sont produits autour des matières albuminoïdes déjà décomposées, injectées, mais qu'autour de celles rendues indécomposables par le dessèchement, il n'en est pas ainsi, et qu'elles agissent alors comme les globules de cire, même quand elles sont trempées longtemps dans des liquides putrides et que l'irritation du tissu pulmonaire semble donc occasionnée par les substances qui naissent de la décomposition chimique du bouchon lui-même; que les caillots frais de sang normal injectés peuvent produire des foyers inflammatoires identiques avec ceux de la phlébite ou de la pyohémie, pas toujours, que le plus souvent ils se résident et se dissolvent sans produire d'altérations à leur circonférence, que le pus ne produit pas la coagulation, pas même par un contact prolongé, que la cause de ces variations n'est donc pas dans la différence de composition du sang, mais dans la prédisposition des différentes parties des poumons.

Il ressort de ses expériences que les tubercules de la phthisie pulmonaire aiguë et les foyers inflammatoires lobulaires de la phlébite dépendraient, les uns et les autres, de l'embolie de l'artère pulmonaire.

Il observe que les embolies des petites artères de la grande circulation, par des globules artificiels ou des caillots formés dans les veines pulmonaires ou dans la grande circulation artérielle, produisent les effets les plus variés et des altérations anatomiques jusqu'ici expliquées par d'autres causes et suivant la région où elles s'effectuent. Dans ses expériences il a noté la précipitation secondaire des caillots sur certains globules de mercure, restés vraisemblablement pendant quelque temps dans le cœur; et l'infiltration, l'inflammation et la dilatation anévrysmale de certaines artères comme conséquences de cette précipitation secondaire.

Il montre que l'hypérémie de compensation par augmentation de pression dans les bronches en avant des vaisseaux obturés ne produit le ramollissement rouge à la partie postérieure de la moelle que secondairement, et que dans le cerveau ce ramollissement rouge est limité à la circonférence, qu'ailleurs il est blanc ou jaune.

pour le bien de tous, j'ai déjà publié le Pantegni, où les uns trouveront la théorie et les autres la théorie et la pratique. Pour les commençants, j'ai composé un ouvrage plus facile; « *la vero suggestivis formulicam (lisez miculam), non crustam subministravimus.* » Que si d'aucuns portent sur mon ouvrage leur dent canine, je les enverrai sommeiller au milieu de leurs niaiseries. J'ai cru devoir signer cet écrit, parce que *des hommes jaloux du travail d'autrui, quand un ouvrage étranger leur tombe entre les mains, se l'approprient frauduleusement et y mettent leur nom.* Je l'ai appelé Viatique, parce que son petit volume fait qu'il n'est ni embarrassant, ni gênant pour un voyageur.

Nous avons souligné quelques lignes de cette introduction. Nous verrons plus tard des fraudes pareilles signalées par biographe de Gérard de Crémone.

Mais d'où Constantin pouvait-il redouter ces fraudes? Nous ne voyons que les professeurs de Salerne. Constantin lui-même les rendait possibles en dissimulant la source où il

puisait. Pour les prévenir, mieux valait encore que les dénoncer l'aveu explicite de la provenance arabe.

Telle est peut-être la marche suivie par Constantin. C'est ainsi que l'on pourrait vraisemblablement expliquer comment certains des ouvrages sont donnés franchement pour ce qu'ils sont, c'est-à-dire pour des traductions, alors que les premiers avaient paru comme pouvant être des écrits originaux.

Certains manuscrits du Viatique le donnent formellement comme une traduction de l'arabe. Ainsi on lit dans les n° 6889 et 6890 de la Bibliothèque nationale : *Liber Viaticum quem Constantinus ex saraceno in latinum transtulit.* D'autres, ainsi le n° 14390, portent simplement *transtulit.*

Dans ses études sur le Viatique, Daremberg a produit quelques assertions que nous devons relever. Il a rencontré des expressions grecques dans le Viatique, et il a cru pouvoir les attribuer à la persistance des études grecques en Occident.

S'il avait su comment se sont faites les traductions du grec

Il observe que l'hypérémie de compensation est énorme dans la veine porte après l'obstruction des artères intestinales, et qu'elle prouve que, comme force auxiliaire de cette circulation, il faut compter on l'action péristaltique des villosités et des parois de l'intestin paralysée par l'embolie, ou le torrent de l'artère hépatique diminué par celle-ci et probablement toutes les deux; que c'est cette hypérémie de compensation qui cause aussi les nausées, les vomissements, la diarrhée, la résorption des matières gangréneuses de la muqueuse dans l'embolie des artères intestinales.

Voilà une ample moisson pour l'élucidation de notre sujet, et elle ne sera pas infructueuse, nous l'espérons, malgré son aridité.

Dans une savante ÉTUDE SUR LA THROMBOSE ET L'EMBOLIE de Meissner, insérée aux ANNALES de Schmidt et analysée dans les ARCHIVES (juillet 1867, p. 98), des expériences sur les embolies graisseuses par le docteur Berguann nous fournissent les données suivantes: après avoir produit la mort plus ou moins rapide (d'un quart d'heure à six ou vingt-quatre heures) dans une première série de faits, en injectant des quantités de graisse de cochon variant de 3 à 40 grammes dans la veine saphène de chats, l'expérimentateur, dans une deuxième série, voit la vie se prolonger pendant une semaine et plus sans produire les troubles ordinaires dans les embolies capillaires, à moins qu'on ne répète les expériences sur le même sujet. Dans la première série, les lésions trouvées furent, au bout d'un quart d'heure, des îlots de substance congestionnée dans les poumons, et ses vaisseaux oblitérés par de la graisse; dans deux cas où la mort n'eut lieu qu'après six ou vingt-quatre heures, des gouttelettes de graisse dans les vaisseaux du foie, dans les glomérules du rein et dans ses tubes. Dans la deuxième série, augmentation dans la vascularisation *in situ*, mais pas de graisse dans les vaisseaux, celle-ci déposée en petits amas dans le tissu cellulaire interalvéolaire.

Pour Wagner, les causes des embolies graisseuses sont la pyémie, les grands ébranlements avec rupture des cellules de la moelle des os ou de la graisse, et pour H. Muller aussi la dégénérescence graisseuse des artères dans la maladie de Bright: il cite une observation.

Burch, de Königsberg (Archives de Virchow, 1866), dans un cas de fracture de jambe par un coup de pied de cheval, et de mort après trente-six heures, dans le coma, trouva les veines de la convexité du cerveau gorgées de sang, dans les artères de la base des caillots frais, hypérémie des deux substances; épanchements pleurétiques, noyaux de pneumonie, œdème des poumons à la base, taches bleuâtres du tissu du cœur, la rate et le foie plus gros, les reins congestionnés ainsi que la vessie et l'estomac, du sang épanché dans le ca-

nal médullaire du tibia. Dans les capillaires, des masses graisseuses alternant avec des épanchements sanguins, surtout aux poumons, dans les reins et l'endocard, graisse sans granulation, partout claire, homogène. Dans des expériences analogues à ce fait, sur des chiens dont il fractura les os, Bush trouva les capillaires et vaisseaux plus considérables remplis de matière grasse, rien ailleurs; pour connaître les voies d'absorption, capillaires ou vasculaires autres, il remplit la cavité médullaire de l'os privé de moelle avec de l'huile colorée par le cinnabre, et voit que la résorption se fait par les vaisseaux sanguins et lymphatiques d'un certain calibre (Archives, juillet 1867, p. 99). La graisse ne se résorbe pas à l'état d'émulsion, mais pénètre directement par l'ouverture des vaisseaux lésés (expériences de Weber et de Dush, Archives, juillet 1867, p. 100).

En mai 1867, M. E. Cyon a lu à l'Académie des sciences une note sur l'influence de l'acide carbonique et de l'oxygène sur le cœur (Archives, juillet 1867, p. 114, et Gaz. heb., 1867, p. 345). Il conclut de ses expériences que l'acide carbonique excite les centres modérateurs du cœur, et que la présence de l'oxygène dans le sang est nécessaire pour la régularité des contractions du cœur, tandis que l'acide carbonique agit sur les ganglions régulateurs, l'oxygène excite surtout les ganglions moteurs. Cette proposition a été depuis et tout récemment bien controversée, mais c'est surtout, au point de vue des procédés constatant l'action directe sur le sang, le fait clinique, le résultat physiologique n'en semble pas moins bien établi, et il est intéressant à l'égard de la production lente des coagulations sanguines (1).

En 1871 parut dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE l'analyse d'un livre remarquable de M. Feltz, de Strasbourg. Le TRAITÉ CLINIQUE ET EXPÉRIMENTAL DES EMBOLIES CAPILLAIRES (Gaz. heb., 1871, p. 360). Nous y puisons les notions suivantes: M. Feltz a fait sur les lapins des expériences avec la poudre de charbon délayée dans l'eau distillée (1 pour 6), avec la poudre du fibrine, avec des liquides chargés d'éléments cancéreux, tuberculeux, de pus; et il a observé la mort produite en moins de cinq minutes par des embolies capillaires, mais il a vu aussi les animaux survivre, et c'est quand ces embolies sont limitées à un territoire restreint, l'hémotose peut encore se faire d'une manière suffisante, et l'embolie peut disparaître après avoir subi diverses altérations. Il considère les infarctus qui se produisent comme le résultat constant de la rupture des vaisseaux, et après avoir fait remarquer les analogies qu'ils présentent au début avec les tubercules jaunes, c'est-

(1) Voy. Gaz. heb., 1875, p. 701, 702. — M. E. Cyon, de Saint-Viérsbourg, avait déjà présenté à l'Académie des sciences, en avril, un travail sur la physiologie du cœur, dont les expériences avaient été faites dans le laboratoire de Thales-Heymann, de Berlin, dans lequel il distinguait les nerfs cardiaques ou dépresseurs (c'est du pneumogastrique) et accélérateurs (splanchniques) (Gazette hebdomadaire, 1867, p. 213).

en arabe, il ne se serait pas lancé dans des voies aventureuses.

La langue arabe ne pouvait évidemment fournir d'équivalents à toutes les expressions techniques des livres grecs. Il fallut donc se borner à en transcrire simplement un certain nombre en attendant mieux. Quelques-unes de ces expressions furent bientôt remplacées. D'autres restèrent alors même que des équivalents étaient connus: il suffisait que le sens de ces mots exotiques fût bien déterminé. Certains traducteurs avaient leur impuissance, et certaines traductions ont subi plusieurs révisions à nous connues; ainsi la traduction de Dioscorides. Ces faits se produisirent non-seulement sur le terrain de la botanique et de la matière médicale, mais encore sur celui de la pathologie.

Le mot *ilaous* (écrit à tort *ilaouas*, car l'elfif arabe ne sert ici que de support à la voyelle), le mot *ilaous* mis en avant par Daremberg, n'accuse aucunement la connaissance du grec chez Constantin. Il signifie simplement que les traducteurs

du grec, n'ayant pas trouvé dans l'arabe d'équivalent, ont conservé ce mot. Il est employé partout, notamment dans le Continuent de Razès et dans le Canon d'Avicenne, sans jamais avoir été remplacé.

Daremberg a discuté la question de savoir si la traduction du Viatique par Constantin avait pu se faire d'après le grec, car nous verrons que l'on traduisit en grec le Viatique. Il a communiqué ses doutes à M. Renan, qui lui a naturellement répondu qu'à cette époque la connaissance de l'arabe par un chrétien n'était pas vraisemblable, et M. Renan inclinait à voir une traduction d'après le grec. Mais Daremberg avait oublié de dire à M. Renan que ce chrétien de Constantin l'Arifain avait été musulman pendant un demi-siècle.

Daremberg lui-même ignorait le passé de Constantin. Le nom de Pierre Diacre n'apparaît nulle part dans sa longue dissertation. S'il a cherché quelque chose dans les Recherches de Jourdain, ce n'est pas la biographie de Constantin. Cela semble étrange, mais cela est tel. Malgré ce lapsus, Daremberg

à-dire ayant subi la régression graisseuse, et quand ils sont plus avancés avec les abcès, il observe que ces infarctus peuvent disparaître en laissant à leur place une cicatrice fibreuse, que certains liquides, le pus, la graisse, peuvent être résorbés, qu'enfin un coagulum peut déterminer une oblitération définitive sans grands inconvénients. Dans les expériences sur le système aortique, la mort subite n'est produite que dans le dixième des cas et est due à l'anémie cérébrale.

Dans celles sur le système de la veine porte, les animaux résistent longtemps et la mort subite n'arrive jamais, comme dans celles sur les vaisseaux du poumon et du cerveau. Il explique la généralisation des abcès métastatiques par des embolies secondaires, et tandis que Virchow les avait vues dans un cas de gangrène du poumon, il les a rencontrées chez un typhoïde. Dans des cas nombreux, au voisinage des lésions pulmonaires chroniques, il a vu les *veinules remplies de caillots plus ou moins anciens*.

Il montre des obstructions capillaires dues à des poussières qui ont pu traverser tout le système capillaire. Il cite un cas d'ictère grave avec quantité notable de cristaux, d'hémoglobine, de tablettes de cholestérine, de corpuscules solubles dans l'éther, expliquant par des déchirures capillaires les hémorragies nombreuses survenues, et dans des expériences très-curieuses sur six chiens empoisonnés, cinq avec l'huile phosphorée, un avec le phosphore, suspendu dans une préparation amygdalée, il trouve chez tous : 1° la dégénérescence rapide de certains tissus, 2° l'augmentation rapide de graisse libre dans le sang (le double), laquelle produit : 3° l'arrêt de circulation capillaire, des ruptures, des hémorragies. Dans l'empoisonnement de chiens par les injections de tarocholate et de glycocholate de soude, il produit la mort après un ou deux jours avec des hémorragies multiples, des infarctus, le sang graisseux renfermant des cristaux d'hémoglobine.

Ainsi, expérimentalement la guérison des embolies est prouvée par les observations de Virchow, de Panum, de Bergmann, de Busch, de Feltz, de nous venons de rappeler : elle est possible lorsque la matière embolique est inoffensive et introduite en quantité minime (le caoutchouc, la graisse, la cire, le charbon, le sang coagulé frais, etc.). Nous avons déjà vu dans l'analyse de ces expériences l'énoncé ou la comparaison de quelques faits de pathologie humaine qui s'y rattachaient naturellement; recherchons avant de conclure quelles sont les lumières que la pathologie de l'embolie en général peut nous fournir sur sa curabilité? Ce sera l'objet de la troisième partie, dans laquelle nous établirons aussi, d'après toutes ces données cliniques expérimentales et pathologiques, la physiologie des observations que nous avons rapportées, de celles surtout qui nous sont propres, à cause des renseignements plus nombreux, sinon toujours complets,

n'admet pas moins que la traduction latine se fit d'après l'arabe.

Nous avons dit que le Viatique avait été traduit en grec sous le nom d'Éphodes. Ce qu'il y a de singulier, c'est que le traducteur porte le nom de Constantin, le secrétaire de Reggio. On s'est demandé si ces deux Constantin ne faisaient pas un seul personnage. Daremberg, qui soulève cette question, ne l'a pas tranchée. Vu le passé de Constantin l'Africain, il est bien difficile d'admettre qu'il ait pu apprendre le grec et le latin pendant son séjour au Mont-Cassin. On pourrait tout au plus admettre qu'il ait fait cette traduction à deux, ainsi qu'on le fit plus tard en Espagne. On peut lire dans le travail de Daremberg de longs détails sur les nombreux manuscrits des Éphodes qui se trouvent dans les bibliothèques européennes.

Le Viatique fut encore traduit en hébreu, et il en existe peut-être bien un fragment à la Bibliothèque nationale, n° 1173, fragment n° 6. Le catalogue donne ce fragment qui traite de la perte de la mémoire comme étant d'Ebn Eddjez-

zar, et il ajoute que ce traité n'est pas indiqué par Ebn Abi Ossalhiah. Mais un fragment de deux feuilles ne constitue pas un traité; c'est tout au plus un chapitre, et probablement un chapitre du Viatique. Nous vous proposons de le vérifier (1).

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SEANCE DU 13 MARS 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

CHOLÉRA. — M. M. Després adresse, pour le concours du prix Bréant, une note sur l'emploi du chloroforme dans le traitement du choléra. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

Académie de médecine.

SEANCE DU 21 MARS 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : a. Le compte rendu des maladies épidémiques observées dans le département de la Vienne pendant l'année 1875. (Commission des épidémies). — b. Des pibées relatives à une demande faite par le sieur Dusset pour obtenir l'autorisation de vendre en France les eaux de la sulfatère de Pozzuoli (Italie). (Commission des eaux minérales.)

L'Académie reçoit : a. Un rapport de M. le docteur Carte sur les vaccinations pratiquées à Orléans sur le 30^e régiment d'artillerie pendant les années 1873, 1874 et 1875. (Commission de vaccine). — b. Une lettre de candidature de M. le docteur d'Aquino Fonseca pour la section des correspondants étrangers, et un travail sur l'emploi du sulfate de quinine dans la fièvre jaune. (Comm. : M. Hérard, Fauvel et Moutard-Martin). — c. Une lettre de madame Segalas offrant le buste de son mari ou son nom et au nom de ses enfants.

M. Bélard dépose sur le bureau, de la part de M. Léon Colin, une brochure sur le dépense des leucocytes chez l'homme; sa démonstration anatomo-pathologique.

M. Chatin offre, au nom de M. le docteur Branc, une ÉTUDE PHYSIQUE ET CHIMIQUE DE L'EAU.

M. Chauffard présente un ouvrage intitulé : CONFERENCES POPULAIRES SUR L'HYGIÈNE MORALE ET PHYSIQUE DES CLASSES OUVRIÈRES, par M. le docteur Paul Triaire.

M. Chatin rend compte de la visite officielle faite le samedi 18 mars au ministre de l'instruction publique par le bureau et une députation de l'Académie. Il constate avec regret que, malgré les dispositions bienveillantes du ministre, les affaires de l'Académie et ses projets d'installation ne sont guère avancés.

ÉLECTIONS. — A trois heures et demie, l'Académie procède à l'élection d'un associé national. Les candidats présentés *ex æquo* et par ordre alphabétique étaient : MM. Chauveau, Favre, Leudet et Roux. Le nombre des votants étant de 68, M. Chauveau est nommé par 56 voix; M. Leudet obtient 6 voix, M. Roux 3 et M. Favre 2.

zar, et il ajoute que ce traité n'est pas indiqué par Ebn Abi Ossalhiah. Mais un fragment de deux feuilles ne constitue pas un traité; c'est tout au plus un chapitre, et probablement un chapitre du Viatique. Nous vous proposons de le vérifier (1).

3° *Traité des urines*, d'Isaac (Ishaq ben Soleiman).

Voici une traduction franchement avouée par Constantin. « N'ayant pas rencontré, dit-il, dans les livres latins aucun auteur qui ait donné des urines une connaissance certaine et authentique, je me suis adressé à l'arabe, où j'ai trouvé d'admirables renseignements que j'ai traduits en latin. Cet ouvrage a été écrit par Isaac fils de Salomon, qui l'a divisé en dix sections. »

4° *Traité des fièvres*, d'Isaac.

Si l'auteur n'est pas désigné, la traduction n'en est pas

(1) On a imprimé aussi le Viatique sous ce titre : *De omnium morborum cognitione et curatione*.

RAPPORTS. — M. Jules Lefort, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture d'une série de rapports dont les conclusions sont adoptées.

M. Giraud-Teulon donne lecture d'un rapport sur un mémoire lu à l'Académie de médecine dans la séance du 22 février par M. Panas et intitulé : CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TROUBLES CIRCULATOIRES VISIBLES A L'OPHTHALMOSCOPE DANS LES LÉSIONS TRAUMATIQUES DU CERVEAU.

M. Giraud-Teulon commence par rectifier cette assertion de M. Panas, que les médecins connaissent actuellement les relations qui existent entre les troubles du fond de l'œil et certaines affections cérébrales. Ces relations ne sont pas connues en réalité, elles ne sont que soupçonnées, entrevues : on sait sans doute qu'il y a des rapports incontestables entre les symptômes matériels et les lésions encéphaliques, mais on ne peut dire, affirmer qu'on les connaisse. Dans l'immense majorité des cas, on ignore le mécanisme anatomique qui permet de passer des unes aux autres, on ne connaît pas, en un mot, leur véritable filiation pathogénique.

Ces réserves faites, M. Giraud-Teulon aborde le fond du travail de M. Panas et constate qu'il présente un caractère vraiment scientifique par l'exactitude de l'observation et la rigueur des conclusions qui ne dépassent pas les faits observés. Elles viennent démontrer par la clinique et l'anatomie pathologique la réalité de la communication facile de l'espace intra-arachnoïdien avec les tuniques profondes de l'œil par l'intermédiaire de la gaîne optique, communication prouvée expérimentalement par Schwalbe et se traduisant à l'ophtalmoscope par une stase papillaire, une saillie œdémateuse du nerf optique connue sous le nom de *Stauungpapille*. Les observations de M. Panas jettent un nouveau jour sur certains points obscurs de cette intéressante question.

Sur les 7 cas contenus dans son travail, 4 présentaient un épanchement sanguin dans la cavité de l'arachnoïde avec infiltration de sang ou de sérosité le long de la gaîne du nerf optique jusqu'au fond de la sclérotique, et dans ces 4 observations on constatait une infiltration séreuse, un œdème très-net de la papille. Dans un autre où l'épanchement ne pénétrait ni dans la cavité arachnoïdienne ni dans la gaîne du nerf optique, ou ne distinguait à l'ophtalmoscope ni saillie ni aucune altération de la papille optique.

Les observations de M. Panas confirment en outre la distinction déjà établie entre la névrite vraie ou par propagation inflammatoire et la névrite apparente ou par propagation d'un excès de pression lymphatique.

En résumé, ainsi que le dit avec raison M. Panas, la stase papillaire, la *Stauungpapille*, ne peut être considérée comme se rattachant à telle variété de traumatisme du cerveau plutôt qu'à telle autre, et l'on ne peut juger d'après elle la gravité de la lésion. Tout ce qu'on peut affirmer, c'est

qu'elle indique la présence d'un liquide épanché dans les méninges.

Ce travail vient donc, en somme, démontrer et confirmer l'existence et le rôle de la canalisation lymphatique qui relie en pathologie comme en pathologie les cavités crâniennes et oculaires ; il précise le mécanisme qui donne naissance à la fausse névrite ou stase papillaire, indique les différences qui séparent celle-ci de la névrite vraie ou inflammatoire, en dépeint les caractères propres et donne enfin leur véritable signification symptomatique.

M. Briquet achève la lecture de son rapport sur les épidémies qui ont régné en France pendant l'année 1874.

— A quatre heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret pour voter sur les conclusions de ce rapport.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 8 MARS 1876. — PRÉSIDENCE DE M. HOUËL.

PSORIASIS LINGUAL SUIVI DE CANCÈRE. — AMPUTATIONS SOUS-ASTRAGALIENNE ET TIBIO-TARSISIENNE. — LIGATURE DE L'ARTÈRE SOUS-CLAVIÈRE. — SANCOME DE L'ÉPAULE CHEZ UNE FEMME ENCEINTE DE HUIT MOIS ET DEMI; OPÉRATION; GUÉRISON. — DU PALPER ABDOMINAL AU POINT DE VUE DU DIAGNOSTIC DES PRÉSENTATIONS.

M. Trélat communique, au nom de M. Fredet (de Clermont) une note sur le cancroïde lingual suite de psoriasis de la langue. Un homme de cinquante ans, grand fumeur, avait de nombreuses plaques de psoriasis sur la langue; plus tard, un des côtés de la langue s'indura; une ulcération s'ensuivit; les ganglions sous-maxillaires furent bientôt envahis; le malade mourut.

— M. Le Fort a étudié comparativement les amputations sous-astragaliennes et tibio-tarsiennes. Il a puisé ses documents dans la statistique de la chirurgie d'armée, statistique intégrale, et dans la statistique civile, qui est moins complète. Pendant la guerre de Crimée, sur 68 amputations tibio-tarsiennes il y eut 16 guérisons (pour l'armée française); en Italie, sur 11 opérations 7 morts; sur les blessés anglais, en Crimée, 10 opérés, 2 morts; pendant la guerre d'Amérique, 67 opérés, 9 morts. Il faut évidemment tenir compte de l'état général du sujet, des conditions de milieu et d'hygiène.

Pour l'amputation sous-astragalienne, en Crimée, sur 8 opérés on compte 7 morts.

Dans la chirurgie civile, on opère surtout pour des causes pathologiques, et les chirurgiens oublient parfois de publier leurs statistiques complètes. Dans le mémoire de M. Chauvel on trouve une différence de plus de moitié en faveur de l'opération tibio-tarsienne; mais il faut avouer que nous n'avons

moins explicitement déclarée. « Touché de tes larmes, ô mon fils Jean, moi, Constantin, je n'ai pas refusé d'écrire d'après tout ce que j'ai vu et lu d'utile en médecine. J'ai transcrit cet opuscule de l'arabe. »

5° Commentaire des Aphorismes par Galien.

C'est encore ici une traduction d'après l'arabe. Constantin l'adresse à son élève Atton. « Tu m'a souvent prié, mon fils Atton, de traduire de l'arabe en latin quelque ouvrage de Galien. J'ai longtemps refusé, n'osant traduire les écrits de ce grand philosophe. Mais tu insistais, tu disais souffrir de voir la langue latine privée de ce grand homme : j'ai cédé et je me suis mis à la traduction d'un de ses ouvrages sur les Aphorismes du glorieux Hippocrate. »

Notons en passant ce renseignement historique : la langue latine alors privée des écrits de Galien.

Telles sont les traductions les plus connues de Constantin. Si les unes sont dissimulées, les autres sont franchement avouées. Pour notre part, nous croyons que leur auteur vaut

mieux que la renommée qu'on lui a faite, pour n'avoir pas suffisamment étudié l'ensemble des faits. Telle est l'interprétation que nous croyons devoir en présenter.

Et d'abord, la forme sous laquelle nous sont parvenus ses écrits peut n'être pas celle que leur a donnée Constantin lui-même. Cette forme n'est pas identique pour tous. Certains manuscrits accusent une traduction, et d'autres n'en parlent pas. Nous savons que son élève Jean réunit à Naples les écrits de son maître. Il est possible qu'ils sortirent de là sous une forme différente de la forme primitive. Nous croyons qu'une pression exercée par l'abbé Didier pourrait expliquer le silence de Constantin sur la provenance arabe de ses premiers écrits. Cette provenance avouée pouvait choquer l'abbé du Mont-Cassin.

Nous voyons Constantin se plaindre des plagiaires. Il semblerait donc qu'à l'instar de Gérard de Crémone il aurait d'abord écrit sous le voile de l'anonyme. Rien n'était plus facile que de couper court à toute méprise : les signer et

pas une base statistique suffisante pour juger définitivement ces deux amputations.

M. Perrin. Les statistiques de l'armée sont aussi très-incomplètes; les conditions sont très-dissimilables. Il ne faut considérer que les amputations pour cas pathologiques; sur ce terrain, la sous-clavière est moins dangereuse, la mortalité y est moindre.

— M. Duplay fait un rapport sur une observation de ligature de la sous-clavière communiquée par M. Cleidoux. Il s'agissait d'une plaie de l'artère axillaire. La sous-clavière fut liée en dehors des scalènes. Le malade guérit.

— M. Nicaise communique l'observation suivante :

Obs. — Une femme de vingt-deux ans, boulangère, entre à la Maison de santé le 25 octobre 1875, pour un tumeur du bras gauche. Cette femme est enceinte; la dernière époque menstruelle est du 9 février, et, d'après le récit de la malade, sa grossesse serait de huit mois et demi.

La lésion du bras remonte à une année. La malade ressentit d'abord des douleurs, puis bientôt du gonflement survint; il prit de grandes proportions, surtout dans ces dernières semaines. Le bras mesure aujourd'hui 39 centimètres de circonférence; la tumeur occupe tout son contour; elle est mollesse, rénitente, la peau est vascularisée par places, les vaisseaux et nerfs sont soulevés par la tumeur; les articulations du membre sont saines; il n'y a aucun ganglion dans l'aisselle.

La tumeur est le siège de douleurs extrêmement violentes; la malade ne dort ni ne mange. La maigreur est très-prononcée.

Diagnostic : sarcome de l'humérus nécessitant la désarticulation de l'épaule. Comme la malade était enceinte de plus de huit mois, ne devait-on pas attendre l'accouchement ?

La tumeur fit en deux jours des progrès visibles; la désarticulation de l'épaule fut faite le 29 octobre; il s'agissait d'un sarcome périostale développé tout autour de la diaphyse humérale, qui était recouverte d'aiguilles osseuses mais ne présentait pas d'altérations macroscopiques dans son épaisseur. Le sarcome avait gagné le corps des muscles en passant par leurs insertions humérales.

M. Nicaise fit la désarticulation par le procédé de Larrey modifié. Il coupa d'abord la peau seule sur toute la circonférence du membre, afin d'éviter l'œdème axillaire, puis il fit les deux incisions obliques sur le deltoïde au niveau de la peau rétractée; seulement le muscle fut coupé obliquement dans son épaisseur aux dépens de sa face interne. La section perpendiculaire du muscle donne aux lèvres de l'incision une épaisseur trop considérable qui gêne le rapprochement des tissus; le faisceau vasculo-nerveux est réservé pour être coupé après la désarticulation. Pansement avec de la charpie imbibée d'eau alcoolisée, recouverte d'un taffetas gommé et d'une épaisse couche d'ouate, le tout maintenu par un triangle formant bande sur le moignon de l'épaule.

Les suites de l'opération furent très-simples. La température ne monta pas au-dessus de 38°,6. La malade se leva le onzième jour. La grossesse suivit son cours régulier et la malade accoucha le 4 décembre, trent-six jours après l'opération, d'une fille qui pesait 3480 grammes.

L'accouchement eut donc lieu près de dix mois après la dernière

époque menstruelle; mais il ne faut pas voir là un retard apporté à l'accouchement par une grande opération; il est plus naturel d'admettre que la conception a eu lieu non pas après la dernière époque menstruelle, mais immédiatement avant l'arrivée de la suivante.

Au moment de l'accouchement, la plaie était cicatrisée, l'extrémité inférieure seule donnait un peu de pus. Lors du gonflement du sein, il se produisit vers la plaie une poussée phlegmoneuse qui cessa avec la congestion du sein.

La malade retourna chez elle complètement guérie vers le 20 décembre.

En terminant, M. Nicaise présente à la Société une modification apportée à l'appareil d'Esmarch.

Le tube à chaînette que l'on emploie pour maintenir l'ischémie obtenue par la bande élastique est assez difficile à fixer et à enlever rapidement; de plus, il exerce une compression assez forte, et plusieurs fois son application a été suivie de paralysies temporaires (*Gaz. méd.*, 1874, p. 578). Ce tube doit donc être remplacé. Plusieurs modifications ont déjà été proposées; elles portent surtout sur la chaînette, que l'on a supprimée; tels sont les appareils de Foulis (de Glasgow) et d'Esmarch; mais ils sont susceptibles de se relâcher.

Esmarch et Ligenbeck ont employé quelquefois une bande élastique qu'ils fixent avec une épingle de sûreté.

L'appareil que M. Nicaise propose (voy. ci-dessous) se com-



pose d'une bande en tissu élastique de 5 centimètres de large sur 70 ou 80 centimètres de long. Cette bande porte sur une de ses faces une série d'anneaux, et à une de ses extrémités un crochet, qui, une fois la bande enroulée autour du membre, se fixe dans l'un ou l'autre des anneaux, selon le volume de la région. Cette bande a été construite par M. Collin. Elle n'expose pas, comme le tube, à des pressions douloureuses, à une compression trop forte des nerfs et des vaisseaux; de plus, son mode de fixation est simple et donne toute sécurité. Il est donc préférable à la chaînette et à l'appareil de Foulis. Je m'en suis servi plusieurs fois avec de bons résultats, soit dans des amputations de cuisse, soit dans des opérations sur des membres moins gros, sur l'avant-bras par exemple.

M. Verneuil remarque l'innocuité d'une grande opération chez une femme sur le point d'accoucher. M. Valette prétend qu'on peut opérer les femmes enceintes comme les autres. La thèse de M. Petit démontre le contraire. Cette divergence d'opinions tient à la fièvre traumatique; si la température

avouer leur provenance arabe. Dès lors toute revendication frauduleuse devient impossible.

Parmi les autres écrits de Constantin, il en est qui ne sont probablement que de simples traductions, ou des traductions plus ou moins remaniées. Parmi eux il en est dont les titres se retrouvent parmi ceux d'Ebn Edjazzar et d'Ishaq ben Amran, tels sont les livres de l'Estomac, de l'Éléphantiasis, de la Mélancolie. Les éléments nous font défaut pour établir l'identité. Nous les passerons en revue.

Livre de l'estomac. — Ce livre est dédié à l'archevêque de Salerne Alfano, qui s'était plaint souvent à Constantin du mal d'estomac. Constantin s'étonne de n'avoir pas rencontré cette monographie chez les anciens et dit avoir tiré son livre des écrits les plus élégants de plusieurs auteurs. Cette traduction fut imprimée.

Livre des yeux. — Ce livre est dédié à Jean. Constantin l'a composé parce qu'il n'avait rencontré en latin aucun écrit sur la matière.

Outre les ouvrages mentionnés dans la liste de Pierre Diacre, on trouve encore dans l'édition de Bâle de 1539 : *Liber aureus, de remediis morborum; De melancholia; De animæ et spiritus discrimine, et de incantationibus*, que nous croyons traduits de Costa ben Luca; *De gradibus simplicium*.

On trouve encore dans l'édition de 1541 : *De humana natura vel de membris corporis humani; De elephantia; De animalibus*.

A la fin de la première édition se trouve une lettre à l'abbé Didier, où Constantin dit qu'après avoir parcouru les auteurs anciens et modernes, grecs et latins, il en a extrait tout ce qui peut être utile à un médecin, les uns étant trop prolifiques et les autres trop brefs. Chacun, dit-il, ne peut acheter tous les livres. Il espère que personne ne pourra lui reprocher d'avoir écrit après tant d'hommes éminents. Ce n'est pas nous qui lui ferons ce reproche. Nous croyons, avec Daremberg, qu'on lui doit une grande reconnaissance pour avoir ouvert aux

atteint 40 degrés il y aura avortement et probablement mort ; si l'opération se complique de lymphangite et d'érysipèle, la malade avortera encore ; les perfectionnements apportés au pansement des plaies diminueront les chances d'accident en diminuant la fièvre traumatique.

M. Polaillon. Outre l'élévation de température, il faut aussi tenir compte de la perte de sang et de l'époque de la grossesse. Si la perte de sang est considérable, on est plus exposé à l'avortement. C'est surtout aux troisième et quatrième mois que l'avortement est la conséquence d'accidents ou d'opérations.

M. Guéniot reconnaît que l'élément fièvre joue un grand rôle au point de vue de l'avortement, mais il faut ajouter aux causes indiquées par M. Polaillon le degré variable de contractilité de l'utérus, suivant les malades ; parfois le simple toucher du col suffit pour provoquer l'avortement.

M. Tillaux. M. Nicaise démontre qu'on peut pratiquer une grande opération sur une femme enceinte. M. Tillaux a enlevé deux fois d'énormes végétations de la vulve avec perte de sang considérable, et la malade n'avorta point. Une autre fois, il amputa le bras droit broyé par une machine, et la femme, enceinte de six mois, guérit sans avorter.

M. Nicaise. Goldstein a remarqué que les opérations sur les femmes enceintes étaient moins graves à la fin de la grossesse. Le point important c'est le siège de l'opération ; sur le bassin et la vulve l'opération est souvent suivie d'avortement.

— **M. Pinard** lit un travail sur le palper abdominal au point de vue du diagnostic des positions et des présentations.

SÉANCE DU 15 MARS 1876. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

ANÉVRYSME POPLITÉ ; COMPRESSION DIGITALE INTERMITTENTE, GUÉRISON. — PÉRINEURRHAPHIE. — DE L'INFLAMMATION TÉLANGIECTASIQUE. — GLAUCOME AVEC ANÉVRYSMES MILIAIRES DE LA RÉTINE. — RAPPORT SUR LE PRIX OERDY.

M. Marjolin communique, de la part de **M. Prestat** (de Pontoise), une observation d'anévrisme du creux poplité chez un vieillard de soixante-dix neuf ans ; guérison par la compression digitale intermittente. Cet homme, ancien chauffeur de machines à vapeur, était pensionnaire à l'hospice de Pontoise ; malgré son grand âge, il était employé comme homme de peine.

Au mois de juillet 1875, il ressentit dans le jarret gauche un peu de douleur et en même temps de la faiblesse et des fourmillements dans la jambe ; malgré cela il continua à travailler. Incommodé cependant par ces phénomènes, qui allaient en augmentant, il se décida à consulter M. Prestat le 10 août.

En examinant la région poplité, ce chirurgien reconnut l'existence d'une tumeur placée à la partie inférieure, ayant 6 centimètres de hauteur et 5 de largeur. La couleur de la peau n'était pas altérée. On sentait des battements et des mouvements d'expansion isochrones aux battements du pouls, et cessant par la compression de l'artère fémorale. Aucun signe d'altération sénile dans le système circulatoire.

M. Prestat employa la compression digitale intermittente, qui fut faite le 12 et le 13 août, deux séances chaque jour de trois heures chaque. Cette compression fut bien supportée, sauf un peu de gêne causée par l'immobilité prolongée, et un peu de douleur dans le point comprimé. Le soir du premier jour il y avait un peu d'inquiétude générale, perte d'appétit et céphalalgie. Après la quatrième séance, les battements avaient cessé entièrement ; la tumeur avait une consistance plus dure, et son volume avait augmenté.

Au moment où les battements avaient cessé, le malade n'avait pas ressenti cette vive douleur signalée dans quelques cas. Le 14 au matin, absence complète de battements et de bruit de souffle ; on ne sent pas les battements de la pédiuse ; le membre est un peu refroidi.

Dans les trois jours suivants, non-seulement l'extrémité du pied et les orteils restèrent plus froids, mais la peau prit une teinte violacée comme au début d'une gangrène sénile. Des précautions furent prises pour ramener la chaleur qui reparut le 18 août.

A ce moment même, au côté interne de la tumeur, appaurent quelques battements superficiels dus au développement d'une petite artère tégumentaire qui acquit, en quinze jours, le volume de la radiale, et actuellement à le volume de l'humérale.

Le malade resta couché environ un mois ; la tumeur continua à diminuer de volume, et aujourd'hui elle est à peine grosse comme une noix. La malade a repris ses occupations.

— **M. Verneuil** communique, au nom de **M. Daniel Mollière** (de Lyon), un travail sur la périneorrhaphie. Ce travail contient l'observation d'une femme qui fut opérée alors qu'elle était enceinte de deux mois ; le chirurgien ignorait la grossesse. L'opération fut suivie d'un succès complet, et l'accouchement eut lieu à terme. Dans une autre opération, M. Mollière fit ses sutures avec un fil absorbable, sorte d'intestin séché et torqué ; ces sutures laissées en place se résorbèrent.

— **M. Neppeu** lit un mémoire sur l'inflammation des varices lymphatiques. (Renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Th. Auger, Le Dentu et Verneuil.)

— **M. Paulet** présente, au nom de **M. Mathieu**, un travail

Latins les trésors de l'Orient et par conséquent de la Grèce, qu'il a mérité le titre de *Restaurateur des lettres médicales en Occident*, et que ce serait justice de lui élever une statue aux environs de Salerne.

L. LECLERC.

(A suivre.)

STATUTS DU DOCTEUR STOKES. — Les membres de la profession médicale viennent d'élever une statue à Stokes, ce vétéran de la médecine irlandaise. Ce monument vient d'être inauguré dans le vestibule du Collège des médecins de Dublin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Cette Société vient de déclarer la vacance de trois places de membres titulaires. Les candidats sont invités à faire parvenir sans retard leur demande au Secrétaire général.

LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE, association contre l'abus des boissons alcooliques, tiendra sa séance solennelle sous la présidence de M. Dumas, membre de l'Institut, le dimanche 20 mars, à quatre heures précises du soir, à l'hôtel de la Société d'encouragement, rue de Rennes, 44.

Ordre du jour : 1° Rapport sommaire sur la situation de l'œuvre, par M. Lunier ; — 2° Rapports sur les prix à décerner en 1876, par MM. Motet et Riant ; — 3° Rapport sur les récompenses à décerner en 1876, par M. le docteur Rotureau.

— Le sieur Jacques G., habitant un bourg de la Dordogne, est mort avec des symptômes d'empoisonnement vers la fin de 1874. Le cadavre a été exhumé, et l'expertise a prouvé que l'empoisonnement avait eu lieu par l'arsenic. La femme du défunt, son fils (le docteur G. G.) et un domestique ont été arrêtés et traduits devant la Cour d'assises de la Dordogne. La veuve a été condamnée aux travaux forcés à perpétuité ; le docteur G. et le domestique ont été acquittés.

intitulé : ÉTUDES CLINIQUES ET EXPÉRIMENTALES SUR LES ALTÉRATIONS DU SANG DANS LA FIÈVRE TRAUMATIQUE.

— M. Poncelet (de Cluny) lit un mémoire sur le glaucome avec anévrysmes miliaires de la rétine. Voici la conclusion de ce travail, accompagné d'une planche faite par les procédés nouveaux de la photochromie :

La forme de glaucome dite hémorragique peut être causée par la présence d'anévrysmes miliaires limités aux vaisseaux de la rétine et siégeant surtout à la région équatoriale.

Ces dilatations vasculaires s'accompagnent, dans les cas anciens, d'une transformation fibreuse de la rétine et de la choroidé.

Les gales lymphatiques des artères s'imprègnent de pigment et dessinent alors les figures étoilées, typiques de la rétinite pigmentaire.

Le glaucome hémorragique ancien peut présenter, comme les autres glaucomes, la dépression cupulaire signalée jusqu'ici comme absente de cette variété.

Cette excavation se revêt quelquefois d'une couche nouvelle ostéo-fibreuse placée en avant de la limitante interne de la rétine et en arrière du corps vitré.

Un deuxième collier osseux, sous-rétinien, entoure l'orifice sclérotical et contribue ainsi à la section des fibres du nerf optique sous la pression intra-oculaire.

La névrite du glaucome comporte la régression granulo-graisseuse des fibres du nerf optique, l'hypertrophie du tissu fibreux interfossulaire avec vascularisation anormale et exagérée, et enfin la prolifération de la névrogie. C'est à l'abondance des vaisseaux veinoux derrière la papille atrophiée et fibreuse qu'il faut attribuer la teinte verdâtre de certaines excoarctions atrophiques et glaucomeuses.

— M. Alphonse Guérin est nommé, sur sa demande, membre honoraire de la Société de chirurgie.

— M. Polaillon lit le rapport sur le prix Gerdy. Les candidats avaient à traiter la question suivante : « De l'action de l'air sur les plaies au point de vue historique et doctrinal. »

Trois mémoires importants ont été présentés au concours. Le prix est décerné à M. Puel (de Figeac).

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 18 MARS 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. LABORDE.

RECHERCHES SUR LES PROPRIÉTÉS CHIMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES DE CERTAINES ESPÈCES DE Pilocarpus CULTIVÉES EN EUROPE, PAR MM. HARDY ET BOCHFONTAINE. — MOYEN DE CORRIGER LA VUE CHEZ LES MYOPES, LES ASTIGMATES ET LES HYPERMÉTROPES DONT L'ACUITÉ VISUELLE EST TRÈS-DIMINUÉE : M. BADAL. — EXPÉRIENCES FAITES AVEC L'ACONITINE EXTRAITE DE L'ACONITUM NAPPELLUS DES PYRÉNÉES : M. LABORDE. — CAS DE POLYURIE RAPIDEMENT AMÉLIORÉE PAR L'EXTRAIT THÉBAÏQUE : M. HAYEM. — TROUBLES TROPHIQUES À LA SUITE DE MÉNINGO-ENCÉPHALITE DIFFUSE PRÉDOMINANT DANS LES LOBES ANTÉRIEURS DU CERVEAU : M. MAGNAN.

Toutes les recherches, dit M. Hardy, qui ont été faites jusqu'ici sur l'action physiologique du jaborandi ou de son alcaloïde, aussi bien que les analyses chimiques de la pilocarpine, ont trait à des produits directement importés du Brésil; or, depuis déjà un certain nombre d'années plusieurs variétés de *Pilocarpus* sont cultivées en Europe. Il serait fort intéressant de savoir si ces plantes contiennent un alcaloïde, et, en admettant que ce corps existe, si ses propriétés sont les mêmes que celles de la pilocarpine fournie par les plantes étrangères. Ce desideratum est en partie résolu par les recherches de MM. Bochefontaine et Hardy. Ces expérimentateurs doivent à l'obligeance de M. le directeur des serres du Jardin des plantes la possibilité d'avoir pu expérimenter avec des feuilles fraîches de *Pilocarpus* cultivé en Europe depuis environ vingt ans. Ils ont eu entre les mains une feuille de *Pilocarpus*

pinnatus et une autre de *Pilocarpus simplex*. Ils ont préparé les extraits aqueux de ces deux feuilles, et dans ces extraits les réactifs révélaient nettement la présence d'un alcaloïde. Pour savoir si celui-ci avait les mêmes propriétés physiologiques que la pilocarpine, ils ont expérimenté sur deux chiens : 1^o On injecte dans la veine crurale d'un chien préalablement curarisé, et dans le canal de Wharton duquel on a fixé une canule, l'extrait aqueux provenant d'une feuille fraîche de *Pilocarpus pinnatus* (la quantité d'eau injectée est de 15 centimètres cubes). Avant l'injection, il ne s'écoula pas de salive par la canule; cinq minutes après l'injection la salive commence à couler abondamment, une goutte toutes les sept secondes; cet écoulement dure dix minutes, puis il s'arrête. 2^o Chien non chloralisé, mais parfaitement immobile pendant toute la durée de l'expérience; le canal de Wharton étant mis à nu, on y introduit une canule, et l'on constate pendant quelque temps que la salive ne coule pas. On injecte alors l'extrait aqueux d'une feuille de *Pilocarpus simplex* dans 15 centimètres cubes d'eau. Deux minutes après l'injection la salive commence à couler à gouttes pressées, l'écoulement ne dure que pendant quatre minutes. Les expériences de MM. Hardy et Bochefontaine, quoique peu nombreuses, ont cependant une réelle importance, puisqu'elles démontrent que les *Pilocarpus* importés et cultivés en Europe conservent au moins certaines de leurs propriétés physiologiques les plus importantes, et cela après un certain nombre d'années.

— M. Badal fait une intéressante communication au sujet des moyens qui permettent de voir, aux myopes, aux hypermétropes et aux astigmates dont l'acuité visuelle est diminuée au point qu'ils ne voient plus soit avec la loupe seule, soit avec la lunette sténopéique seule. Voici ce que fait M. Badal : il place d'abord devant l'œil une lunette sténopéique, puis le malade tient à la main une loupe qu'il place à une distance de l'objet qu'il veut voir égale à la distance focale de la loupe; il obtient ainsi une image agrandie, de sorte que le malade jouit du double avantage d'avoir une image plus grande, plus éclairée, et d'éviter les rayons divergents.

— M. Laborde fait une nouvelle communication sur l'aconitine. Il avait dit précédemment que les produits extraits de divers aconites de Suisse, du Dauphiné, des Vosges, et connus sous le nom d'aconitine quelle que soit du reste leur composition chimique, n'ont pas les mêmes effets physiologiques et toxiques (voy. *Gaz. hebdomadaire*, décembre 1875). Depuis cette époque, M. Laborde a pu se procurer l'aconitine provenant de l'*Aconitum Napellus* des Pyrénées et constater que cette substance donne lieu à des phénomènes physiologiques et toxiques qui se rapprochent beaucoup de ceux de l'aconitine du Dauphiné. Par exemple, pour ne parler que de la rapidité de la mort, un chien survit en moyenne avec l'aconitine de Suisse trente-cinq minutes, avec l'aconitine du Dauphiné une heure trente-cinq minutes, avec l'aconitine des Pyrénées une heure quarante-cinq minutes pour une même dose, 1 milligramme. Il y a un rapport semblable entre les autres phénomènes.

— M. Hayem rapporte l'observation d'un malade atteint de polyurie simple et qui fut rapidement amélioré par l'usage de l'extrait thébaïque.

Il s'agit d'un homme de quarante-huit ans exerçant l'état de serrurier. Cet homme, assez robuste, jouissait ordinairement d'une bonne santé. En 1867 il fut pris subitement d'accidents nerveux à la suite desquels il resta paralysé du bras droit. En 1874 il éprouva un affaiblissement notable de la vue; mais tous ces phénomènes avaient disparu quand débuta la polyurie, en février 1875. Celle-ci fit bientôt des progrès, s'accompagna d'incontinence nocturne, et le malade entra à l'hôpital temporaire, où il fut soigné par M. Rigal par des cautères appliqués à la région lombaire et l'iodure d'amiidon. Sous l'influence de ce traitement, il put bientôt quitter l'hôpital très-amélioré et reprendre son travail. Mais cette amélioration fut de courte durée, et il dut bientôt revenir à l'hôpital temporaire, où il fut placé dans le service de M. Hayem.

A ce moment ce mala-le était notablement affaibli. Il avait de l'œdème des membres inférieurs, la face était pâle et bouffie. Les urines étaient abondantes et claires, mais se troublant assez vite; elles ne contenaient pas d'albumine; l'analyse détaillée y révélait la présence d'une très-petite quantité de glycose qui n'était pas décelée par les réactifs ordinaires. La soif était vive, mais surtout la faim était très-exagérée. M. Mayen résolut de le soumettre au traitement par l'opium, et il commença par prendre 10 pilules d'extrait thébaïque de 1 centigramme chaque, dose qui fut successivement élevée jusqu'à 20 pilules pendant quelques jours seulement. L'analyse de l'urine fut faite chaque jour, et le tableau suivant indique la marche de l'amélioration sous l'influence du traitement :

Avant le traitement, le malade, qui perdait une partie de ses urines la nuit, en recueillit 4^h,40, contenant 15^{gr},80 d'urée par litre.

Première quinzaine. — Opium, 10 centigrammes. Moins d'urine perdue; quantité recueillie : 3^h,30; urée, 12^{gr},70 par litre.

Deuxième quinzaine. — 15 centigrammes d'extrait thébaïque. Urine recueillie, 2^h,65; urée, 14^{gr},40 par litre; peu de perte.

Troisième quinzaine. — Pas de perte. 20 centigrammes d'extrait thébaïque. Urine, 2^h,70; urée, 10^{gr},20 par litre.

Pendant les huit jours qui suivirent le traitement : urine, 1^h,90; urée, 12^{gr},10 par litre.

Après le traitement, l'état général semblait être à peu près le même, cependant le malade se sentait plus fort. Le premier signe d'amélioration qu'il avait éprouvé était une diminution rapide de l'appétit, qui à la fin du traitement était normal.

— M. Magnan rend compte de l'autopsie d'une femme atteinte de paralysie générale, morte à la suite d'une attaque apoplectiforme, et chez laquelle s'étaient développés très-rapidement deux vastes eschares à la région sacrée. Il fait remarquer que dans ce cas, ainsi que dans plusieurs autres qu'il a observés et dans lesquels s'étaient montrés des troubles trophiques, les lésions, suivant la règle ordinaire, prédominent au niveau des lobes frontaux. Or, cette manière de voir se trouve en désaccord avec une hypothèse de M. Joffroy (voy. *Gaz. hebdom.*, déc. 1875), d'après laquelle les troubles trophiques se montreraient dans la paralysie générale, surtout quand les lésions prédominent au niveau des lobes occipitaux.

A propos de la communication de M. Magnan, M. Hanot rappelle qu'il a autrefois communiqué à la Société des observations analogues; et que du reste des faits semblables avaient déjà été observés par Calmeil.

II. CROUPPE.

REVUE DES JOURNAUX

Ménoarthrite suppurée d'origine rhumatismale, embolus mortel de l'artère pulmonaire, observation et réflexions par M. V. CHALOT, interne des hôpitaux de Montpellier.

M. V. Chalot rapporte dans son travail l'histoire d'une femme âgée de cinquante ans, vivant dans la misère, et qui pendant le cours des vendanges, exposée au mauvais temps, fut prise d'une arthrite du genou gauche et mourut un mois après des suites d'une coagulation cardiaque avec embolie dans l'artère pulmonaire. Entrée le 27 septembre 1875 dans le service de M. Pécholier, elle succomba le 16 octobre.

A propos de cette observation, M. V. Chalot, probablement inspiré par son chef de service, passe en revue les opinions émises par les auteurs sur l'embolie pulmonaire, la mort subite et la suppuration dans le rhumatisme. On sait que la plupart des médecins pensent que par nature le rhumatisme n'est pas une affection purulente. M. V. Chalot cherche à prouver non-seulement que l'arthrite dont la malade de M. Pécholier était affectée était purulente et rhumatismale, mais encore qu'il existe assez de cas de phlegmasies rhumatismales terminées par suppuration pour qu'on puisse admettre

que la nature du rhumatisme n'exclut pas ce mode de terminaison.

En ce qui concerne d'abord le fait rapporté, je dois déclarer qu'il n'emporte pas la conviction : rien ne prouve, en effet, que l'arthrite fut rhumatismale; et même si l'on étudie bien les conditions de développement, l'état du sujet affecté, la fixité de la centralisation, l'évolution du mal, etc., etc., il semble que l'on peut affirmer que cette arthrite ne l'était pas. Autre question : cette arthrite était-elle vraiment une arthrite suppurée? Je me contente de faire observer que la présence de fausses membranes chargées de leucocytes en voie de régression dans une cavité séreuse ne peut pas être donné absolument en clinique comme un signe de suppuration : toutes les fausses membranes, tous les exsudats en contiennent plus ou moins. Et, par exemple, les cliniciens ne disent pas que le poumon, au second degré de la pneumonie franche, est suppuré, quoique l'exsudat qui infiltre les vésicules pulmonaires renferme des globules blancs.

Les faits empruntés aux différents auteurs qu'analyse M. V. Chalot ne sont pas non plus aussi probants qu'il le croit. Ainsi, par exemple, une femme dans le décours d'une pneumonie est saisie tout à coup d'une violente fièvre, avec inflammation des deux articulations scapulo-humérales qui suppurent, et elle meurt. Peut-on dire qu'il s'agisse là d'une affection rhumatismale? Non, certes! il s'agit d'une fièvre purulente secondaire. Ce qui embarrasse c'est la détermination articulaire. Mais rapprochez ces faits d'arthrite suppurée survenant dans le décours d'une maladie des faits dans lesquels la suppuration, au lieu de se faire dans une articulation, s'est faite dans la plèvre, dans le tissu cellulaire, autour d'une glande, etc., la vraie nature de ces arthrites vous apparaîtra. Je me souviens d'avoir observé un cas de fièvre purulente secondaire survenu à une femme dans le décours d'une pneumonie qui avait été ataxique; la fièvre redoubla; il se fit un vaste phlegmon de la paroi abdominale, région de l'hypochondre gauche; la malade guérit. Ici ce n'est pas du rhumatisme, n'est-ce pas? Eh bien, si, en vertu de circonstances particulières, le phlegmon s'était fixé sur une, deux ou plusieurs articulations, la maladie, par ce seul fait, eût-elle été rhumatismale?

Non, malgré tous les faits et les raisons produites par M. V. Chalot, sous l'inspiration de M. Pécholier, nous ne pouvons admettre que le rhumatisme soit une affection purulente. Quand l'arthrite rhumatismale suppure, c'est qu'elle a changé de nature, et alors évolution de la maladie, pronostic, traitement, tout est changé. L'affection rhumatismale n'est pas une affection purulente : voilà le résultat que donne l'analyse clinique élémentaire d'un nombre immense de malades, et nous ne pouvons admettre que dix faits, ramassés à grand'peine et sujets à discussion puissent infirmer cette loi. (*Montpellier médical*, janvier 1876, n° 4.)

V. A.

Oblitération de l'aorte abdominale par un caillot; claudication intermittente, par A. JEAN, interne des hôpitaux.

La claudication intermittente chez l'homme est encore très-peu connue, surtout au point de vue des lésions qui peuvent la produire. Deux cas recueillis, le premier par M. Barth (1835) et le second par M. Charcot (1851), discutés dans la thèse de M. Sabourin (1873), sont à peu près tout ce qu'on trouve dans la littérature; c'est pourquoi il nous paraît intéressant de reproduire ici le résumé de l'observation recueillie par M. A. Jean dans le service de M. Luys à la Salpêtrière.

Il s'agit d'une femme de trente-huit ans qui commença à éprouver deux ans avant sa mort les phénomènes suivants : après la moindre fatigue, elle était prise tout à coup d'une grande faiblesse des deux membres inférieurs, une sorte de paraplégie incomplète.

Dans ces cas, elle ne marchait qu'avec une extrême difficulté et devait même garder le lit pendant cinq à six jours. Au bout de ce temps, tout rentrait dans l'ordre, et la malade recouvrait même assez de force pour faire son service d'infirmière, jusqu'à ce qu'une nouvelle fatigue devint le signe des mêmes accidents. Trois ou quatre mois avant sa mort, elle fut atteinte d'une paralysie beaucoup plus accentuée, avec impossibilité de quitter le lit jusqu'au jour où elle succomba à une diarrhée cholériforme.

A l'autopsie, on trouva l'aorte abdominale complètement oblitérée par un caillot ancien, commençant au-dessous de l'origine des rénales et s'étendant dans les artères iliaques primitives, les hypogastriques, les iliaques externes jusqu'aux crurales qui, elles, sont libres et saines. Les lombaires sont dilatées, les plus inférieures oblitérées par des caillots assez récents. Les intercostales sont normales.

Ce n'est pas là le tableau ordinaire de la boiterie intermittente; cependant, ce fait présente un intérêt réel. (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1875, 3^e série, t. X, p. 233.)

BIBLIOGRAPHIE

Revue de gynécologie et d'obstétrique. — I. Traité clinique des maladies des femmes, par Robert BARNES, traduit par M. le docteur A. CORDÉS, avec préface par M. le professeur Pajot. In-8 de 800 pages. — Paris, 1876, G. Masson.

I. Depuis quelques années, les traités des maladies des femmes ont été si nombreux que la première idée qui vienne à l'esprit quand on commence la lecture de l'ouvrage de Barnes, c'est qu'on va parcourir un travail intéressant peut-être, mais dont à coup sûr le besoin ne se faisait pas sentir. Cette opinion ne dure pas longtemps, car bientôt on trouve dans ce livre des aperçus nouveaux qui en font un ouvrage à part et véritablement utile. Disons d'abord que l'auteur a su rester fidèle à son titre, et qu'en aucune partie il n'a sacrifié le côté clinique à l'analyse détaillée, mais trop souvent exclusivement théorique, des opinions controversées.

Les premiers chapitres sont consacrés à l'anatomie et à la physiologie des organes génitaux de la femme. Dans les longs développements qu'il accorde à cette partie de son travail, Barnes a soin de faire toujours ressortir l'application pathologique, de manière à mettre en lumière l'importance réelle de cette étude. Il passe en revue non-seulement l'anatomie grossière de l'utérus et de ses annexes, mais il fait voir quelles modifications de structure ces organes subissent sous l'influence des différentes fonctions qu'ils sont chargés d'accomplir et comment ces modifications prédisposent à certaines altérations et à certaines maladies. Nous ne pouvons reproduire les opinions soutenues par Barnes, il suffit d'avoir indiqué son plan.

L'examen direct des organes est le moyen le plus propre à reconnaître les altérations dont ils sont le siège, mais l'on se borne trop souvent à examiner les organes malades; aussi ne saurions-nous être trop reconnaissant à Barnes d'avoir cru devoir, au début de son ouvrage, combler cette regrettable lacune. Le chapitre consacré à l'examen des organes génitaux de la femme à l'état sain est assurément un des plus utiles; l'auteur en fait connaître toute l'importance dans quelques pages d'une réelle éloquence.

Quand on connaît l'état normal des organes génitaux de la femme dans les diverses transformations qu'ils peuvent subir en accomplissant leurs fonctions; quand on a appris à distinguer ces différentes variations par l'examen direct, l'inspection, le spéculum et le toucher, on peut aborder l'étude de la pathologie proprement dite; c'est là le plan que suit Barnes.

Avant d'entrer dans le détail des affections utérines en particulier, l'auteur consacre plusieurs chapitres à ce qu'on pourrait appeler la pathologie générale des maladies des femmes. Il existe en effet un certain nombre de symptômes qui peuvent

se rencontrer dans plusieurs maladies et dont les variations par elles seules mettent sur la voie du diagnostic; ces symptômes, Barnes les étudie un à un et en montre toute l'importance, suivant leurs modifications intimes et les phénomènes plus ou moins éloignés qui les accompagnent. Telle est la leucorrhée qui, dans maintes occasions, peut se produire sous l'influence d'un état général de l'organisme. Barnes y insiste longuement et établit que la leucorrhée liée aux affections utérines présente des caractères qu'on ne retrouve pas identiquement les mêmes dans celle qui se produit en dehors d'elles.

Puis il s'occupe des gaz utérins, dont l'existence est plus rare et moins importante. Il fait suivre cette étude de celle des écoulements aqueux et purulents: nous ne nous y étendrons pas, mais nous recommandons la lecture de ces deux très-courts chapitres.

Les pertes sanguines, symptôme si fréquent dans les maladies de la matrice, méritaient de plus longs développements; Barnes n'a pas manqué à cette tâche. Il a soin d'insister sur l'existence des métrorrhagies en dehors des affections génitales. Puis il montre quels sont les caractères de celles qui sont liées à une altération des tissus. C'est encore un des chapitres importants que nous regrettons ne pouvoir que signaler.

Les phénomènes subjectifs tels que la douleur, les vomissements, etc., sont également analysés avec soin. Enfin, il termine cette revue générale par un examen détaillé et véritablement scientifique des causes de stérilité.

Nous disions précédemment que l'examen local est de la plus grande importance dans l'étude des maladies des femmes. Or, une connaissance approfondie des divers instruments qu'on met en usage et de la manière de les appliquer n'est pas moins nécessaire; aussi croyons-nous devoir signaler à l'attention de nos lecteurs l'intéressant chapitre consacré à cette étude. L'auteur passe en revue le diagnostic des diverses affections pelviennes qui peuvent en imposer pour une maladie des organes génitaux; il ne pouvait pas, croyons-nous, terminer d'une façon plus utile ce long exposé de pathologie générale et de sémiologie.

Le premier chapitre de pathologie spéciale est consacré à l'étude d'une fonction dont les modifications sont souvent le premier signe qui attire l'attention sur l'appareil génito-urinaire: la *menstruation*. Après les remarquables et nombreux travaux qui ont été publiés sur les règles, nous n'y insisterons point; qu'il suffise de savoir que Barnes n'a rien omis de ce qui pouvait être utile, et qu'on trouvera dans le chapitre qu'il y consacre l'analyse sévère et minutieuse de tous les documents épars çà et là. La pathologie de la menstruation trouve tout naturellement sa place à la suite de cette fonction; aussi l'auteur a-t-il consacré de longs développements à l'étude de l'aménorrhée, de la dysménorrhée, des rétentions menstruelles, etc. Il étudie longuement les moyens de remédier à ces accidents, et dans cette question de traitement il sait se montrer non-seulement chirurgien habile, mais surtout pathologiste instruit et thérapeutiste ingénieux.

Il est un chapitre de l'étude de la menstruation qui mérite une mention spéciale, c'est celui qui a trait aux irrégularités menstruelles de la ménopause: l'auteur y développe longuement tous les accidents qui peuvent se produire à cette période. Il insiste sur les hémorrhagies supplémentaires, sur les congestions viscérales si fréquentes à cette période de la vie sexuelle et plus spécialement sur les bouffées de chaleur et les congestions encéphaliques. Le régime favorable à cet âge, les traitements rendus nécessaires par les divers accidents sont également analysés avec le plus grand soin et très-clairement.

L'auteur aborde alors l'analyse des maladies de l'ovaire et s'étend longuement sur les tumeurs. Nous n'analyserons pas cette partie de l'ouvrage de Barnes qui, bien que très-intéressante, contient peu de renseignements nouveaux. Nous dirons

du reste la même chose du chapitre consacré aux maladies des trompes utérines où il traite surtout de leurs anomalies et des tumeurs qui peuvent y prendre naissance.

La pathologie des ligaments larges et des culs-de-sac situés autour de l'utérus est, on le sait, un des points les plus discutés et les plus utiles à bien connaître de la pathologie de la femme; les inflammations si fréquentes dans ces régions, les épanchements sanguins qui y ont leur siège, peuvent donner lieu à des collections purulentes dont la marche ultérieure est souvent soumise au siège exact de la lésion première. On comprend dès lors combien il est utile de faire un diagnostic précis; cette indication est de tous points satisfaite par les recherches de M. Barnes. Il fait voir que les inflammations pelviennes, quel que soit du reste leur siège, ont toutes la même tendance à guérir spontanément si le régime est sévèrement observé, si les femmes gardent le repos qui est nécessaire; qu'au contraire elles se terminent par des suppurations très-rebelles et souvent mortelles si la moindre négligence est commise. Il importe donc d'agir vite et énergiquement, mais avant tout de persister.

Avant d'aborder l'étude des maladies utérines proprement dites, Barnes étudie dans un chapitre spécial l'influence de la grossesse, de l'accouchement et de la lactation sur l'état de l'utérus et sur les conditions de nocivité qui sont la conséquence constante de l'accomplissement de ces fonctions.

La métrite, qu'elle occupe le col, le corps ou tout l'organe, qu'elle s'accompagne d'une simple irritation catarrhale ou d'une nécrose, est l'affection la plus ordinaire pendant la période d'activité sexuelle; il était important d'y insister et de faire voir, ainsi que le dit Barnes, que la plupart des affections ultérieures en dérivent directement.

L'étude des déplacements, l'application des pessaires, sont traitées longuement et d'une manière très-nette.

Enfin, nous arrivons à l'étude des tumeurs utérines; les polypes fibreux ou muqueux, les corps fibreux, sont étudiés avec soin. A propos de ces dernières tumeurs, l'auteur anglais entre dans des détails de traitement les plus minutieux. Après avoir passé en revue les agents médicamenteux jusqu'ici mis en usage, il aborde l'étude des procédés chirurgicaux; il fait l'énumération des diverses opérations autrefois appliquées et termine par un examen critique des cas dans lesquels on a cru pouvoir employer la gastrotomie pour débarrasser les malades de tumeurs devenues dangereuses par leurs modifications et leur volume.

Ici trouve sa place un des chapitres les plus remarquables de l'ouvrage de Barnes; le cancer utérin. Après avoir étudié en détails l'anatomie pathologique des diverses tumeurs malignes de la matrice, surtout au point de vue de leur point de départ et de leur terminaison, Barnes analyse les symptômes qu'elles peuvent produire avec une si grande précision, qu'il devient extrêmement facile d'en faire le diagnostic. Mais c'est surtout dans l'étude des terminaisons et des causes de la mort que se révèle le pathologiste et le clinicien instruit. Nous ne saurions trop recommander l'étude attentive de cet important chapitre.

Malheureusement, ainsi que le fait remarquer M. le professeur Pajot dans sa préface, l'ouvrage s'arrête là. « On regrettera, dit-il, le laconisme de l'auteur à propos d'une des plus belles opérations de la chirurgie contemporaine. Le chapitre sur les fistules vaginales demande à être fait avec tous les développements qu'il comporte. » Or, ce chapitre manque complètement, ainsi que tout ce qui a trait aux maladies de la vulve et du vagin.

Si nous ajoutons que la partie matérielle est très-soignée, que l'éditeur n'a reculé devant aucun frais pour rendre l'ouvrage complet, qu'il l'a fait illustrer de nombreuses et très-utiles figures, on comprendra qu'il est appelé à un réel succès. Ce sera la meilleure récompense du traducteur, M. le docteur Cordes, dont la tâche souvent ingrate a été extrêmement soignée.

Nous ne saurions mieux résumer l'impression favorable que nous a laissée la lecture de ce livre qu'en reproduisant l'opinion de M. le professeur Pajot, qui s'exprime ainsi : « En résumé, ce livre puise un attrait indiscutable dans son mode d'exposition absolument personnel. Il sort des habitudes reçues. Il excitera la curiosité des gynécologistes par quelques-uns de ces défauts mêmes... L'originalité est incontestable. »

H. GHOUPEE.

(A suivre.)

Index bibliographique.

DE LA RUPTURE DES ANÉVRYSMES DE L'AORTE DANS LA TRACHÉE ET LES BRONCHES, par le docteur Louis ORDONNEAU. In-8. — Paris, V. Aronclon Delahaye et C^e.

La rupture des anévrysmes dans les voies pulmonaires était autrefois regardée comme très-rare. La première observation authentique rapportée par Malloet date de 1732. Depuis cette époque, un grand nombre de cas ont été observés, et Laennec regarda la perforation de la trachée et des bronches avec hémorragie interne comme une terminaison plus fréquente que la rupture dans l'œsophage.

Les observations recueillies par M. Ordonneau viennent appuyer la manière de voir de Laennec. Sur 27 cas terminés par suffocation, 49 fois on n'a pas trouvé à l'autopsie de lésions du sac suffisamment avancées pour qu'on eût pu craindre une rupture quelconque dans un délai rapproché; mais 8 fois, c'est-à-dire presque dans un tiers des cas, la rupture était pour ainsi dire imminente par suite de l'état anatomique des parties, où l'on trouvait des ulcérations et même des perforations complètes du sac. La rupture à travers les espaces intercostaux et la peau est exceptionnellement rare, puisqu'on n'en trouve que 1 cas sur 76, bien que la tumeur vienne souvent faire saillie à l'extérieur. La terminaison par pneumonie est fréquente; elle est sous la dépendance, pour quelques auteurs, de la compression d'un nerf, pour certains autres de la compression de la bronche.

Après avoir consacré un intéressant chapitre à l'anatomie pathologique, M. Ordonneau expose quelques considérations générales sur le diagnostic et le pronostic. Si les symptômes qui indiquent la compression de la trachée sont faciles à reconnaître, il n'en est pas de même pour ceux qui annoncent la rupture. Cette rupture, qui anatomiquement se fait pas à pas, se traduit cliniquement le plus souvent à l'improviste. L'hémorragie trachéo-bronchique se présente aussi bien à propos d'un acte ou d'un effort insignifiant que dans un accès de dyspnée ou de suffocation. La mort n'est pas toujours immédiate; entre le malade qui rend de temps à autres pendant quatre ans des crachats striés, et celui que la première hémorragie foudroie, il y a tous les intermédiaires.

Le travail de M. Ordonneau contient peu d'appréciations véritablement nouvelles; mais il s'appuie sur des faits cliniques et doit être considéré comme une des meilleures monographies publiées sur le sujet. Quatre planches lithographiées et dessinées d'après nature ont été ajoutées à ce mémoire.

VARIÉTÉS

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE LA SEINE.

L'élection du nouveau président est terminée. Tous les bulletins de vote de Paris et des départements sont, croyons-nous, parvenus au siège de la Société centrale, et le résultat en sera proclamé à la prochaine assemblée générale. Nous ne croyons pas nous montrer fort indiscret en annonçant que M. le docteur H. Roger, actuellement président de la Société centrale, a réuni la presque unanimité des suffrages; il a obtenu l'unanimité absolue dans un grand nombre de départements.

Les services que M. H. Roger a déjà rendus à l'Association, joints à la distinction de son esprit, à son talent littéraire, à l'aménité de son caractère, à sa haute probité scientifique et professionnelle, tout le désignait à ce poste si honorable. Nous

devons ajouter, pour être juste envers tous, que la candidature avait été offerte à M. H. Larrey; mais notre éminent confrère a pensé que les fonctions de président d'une association embrassant tout le corps médical devaient être déferées à un médecin civil. Cet acte d'abnégation méritait d'être mentionné.

LES MOUVEMENTS DU CŒUR ET L'ANIMISME.

Dans une communication à l'Académie des sciences morales et politiques, M. Hauréau a exposé que, des trois ouvrages légués par le moyen âge sous le titre de *De motu cordis*, deux se reproduisent quant au fond et semblent être, l'un l'original et l'autre l'abrégé. Il pense que l'ouvrage original composé, d'après Aristote, Galien et les Arabes, par Alfred dit l'Anglais, fut adressé par lui à Alexandre avec prière de le modifier ou de le supprimer, selon qu'il le jugerait à propos. Une préface établit cette circonstance. Dès lors, on peut admettre que le traité attribué à Neckam est le résumé de l'écrit amélioré d'Alfred.

Dans la doctrine du *De motu cordis* le cœur est représenté comme le *domicile* de l'âme; dans le cœur habite également l'intelligence, compagnie inséparable de l'âme, sa manifestation la plus haute et qui n'a pas besoin d'organes matériels pour se produire. L'âme, identifiée avec la vie, rayonne partout au moyen des artères et gouverne l'organisme par deux ministres pourvus chacun d'instruments propres. Ces ministres sont la vie végétative et la vie animale. La personne humaine n'est ni le corps, ni l'âme, considérés isolément; c'est une résultante; c'est l'harmonie des éléments divers combinés, sous l'influence des planètes, pour la constitution de cette unité complète.

Cette doctrine a été combattue par les théologiens, notamment par Albert-le-Grand et son illustre élève, saint Thomas. Influence sidérale à part, saint Thomas faisait aussi de l'âme le principe de la vie, et de la vie considérée dans tous ses modes; mais s'il repoussait l'âme universelle au sens d'Averroès, cette âme dont la nôtre ne serait qu'une émanation; s'il attribuait à l'âme humaine une existence distincte réalisant une forme et une vie distinctes, il ne lui assignait pas de siège spécial dans le corps.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. le professeur J. Béchard ayant demandé et obtenu un congé de six mois, sera suppléé, pour le cours de physiologie, pendant le semestre actuel, par M. le docteur Mathias Duval, agrégé. Ce cours a commencé le mercredi 22 mars, à midi, et sera continué les lundis, mercredis, vendredis, à la même heure.

CLINIQUE MÉDICALE. — M. le professeur Béhier a repris ses leçons cliniques le lundi 20 mars. Il les continuera les lundis et vendredis suivants à neuf heures et demie. Les mercredis seront consacrés aux conférences de chimie appliquée à la clinique et aux démonstrations d'anatomie pathologique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Villmain (Gabriel-Louis-François), de Mircecourt (Vosges), est nommé préparateur de physique à la Faculté de médecine de Nancy, en remplacement de M. Arnold, démissionnaire.

CONGRÈS DES CHIRURGIENS ALLEMANDS. — Ce congrès, qui devait avoir lieu à Berlin le 5 avril, est remis au 15 avril prochain. Les mémoires suivants figurent sur le programme: Docteur Esmarch, de l'emploi des pansements antiseptiques dans la chirurgie militaire. — Docteur Berns, résultats obtenus par le pansement de Lister à la clinique chirurgicale de Fribourg. — Docteur Roser, des lésions cérébrales en rapport avec les affections de l'oreille; etc.

NÉCROLOGIE. — La Belgique médicale vient de perdre un de ses membres les plus éminents, le docteur Jean-François Vlemineck décédé à Ixelles le 17 mars 1876 à l'âge de soixante-seize ans. Cet homme remarquable était membre de la Chambre des représentants, inspecteur du service de santé des armées, président de l'Académie royale de médecine de Belgique, vice-président du con-

seil supérieur d'hygiène publique, membre associé de l'Académie de médecine de Paris, etc. Les travaux scientifiques de Vlemineck sont considérables et portent sur les sujets les plus divers. Il s'est beaucoup occupé des questions d'hygiène publique et a publié plusieurs mémoires, notamment sur la vaccine, l'ophtalmie des armées, la prophylaxie de la syphilis et le traitement de la gale. C'est surtout par ses travaux sur l'hygiène militaire que Vlemineck avait acquis sa haute notoriété.

— On nous annonce la mort du professeur Parkes, qui vient de succomber dans sa résidence de Bitterne, près de Southampton. Cet éminent praticien était attaché au Collège de l'université de Londres, lorsqu'il fut chargé d'un poste important pendant la guerre de Crimée. Le gouvernement lui confia l'organisation de l'École de médecine navale de Netley. Il resta professeur dans cette institution jusqu'à sa mort qui eut lieu vendredi dernier. Parkes était membre du *General Medical Council* et fellow du Collège des chirurgiens et de la Société royale. Il a publié un excellent traité d'hygiène et un grand nombre de rapports sur l'état sanitaire de l'armée et de la marine anglaise.

— Le docteur James Simpson vient également de mourir à Edimbourg à l'âge de quatre-vingts ans. Il avait été deux fois président du Collège royal des chirurgiens de cette ville.

— Le professeur Steiner, de Prague, est mort le 15 février dernier. Il était l'auteur d'un *Traité des maladies des enfants* qui venait d'être honoré d'une traduction anglaise.

— Nous avons encore à annoncer la mort d'un praticien américain distingué, le docteur Hubbard, qui avait fondé et dirigé le *New Hampshire Journal of medicine*.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. le docteur J. Dubrisay commencera d'ici leçons sur les *maladies des enfants* le jeudi 30 mars à cinq heures du soir. École pratique, amphithéâtre n° 3.

COURS COMPLÉMENTAIRE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES. — M. le docteur Guyon, agrégé de la Faculté, chirurgien de l'hôpital Necker, a commencé ce cours à l'hôpital Necker, le mercredi 15 mars, à neuf heures, et le continuera les samedis et mercredis, à la même heure.

ERRATUM. — Dans le dernier numéro, p. 166, au compte rendu de l'Académie de médecine, lire: « M. Hirtz présente au nom de M. le professeur Herrgott un mémoire sur le *spondylisme* (au lieu de *spondyligène*), ou affaïssement vertébral causé par le mal de Pott, cause nouvelle d'altération pelvienne. »

AVIS. — À céder aux portes de Paris un établissement hydrothérapique avec maison de santé en pleine activité. S'adresser à M. Barbier, 5, cité Bergère.

État sanitaire de Paris :

Du 10 au 16 mars 1876, on a constaté 1031 décès, savoir :

Variole, 7. — Rougeole, 12. — Scarlatine, 2. — Fièvre typhoïde, 9. — Erysipèle, 7. — Bronchite aiguë, 47. — Pneumonie, 71. — Dysentérie, 1. — Diarrhée cholériforme des enfants 4. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 16. — Croup, 18. — Affections puerpérales, 6. — Autres affections aiguës, 337. — Affections chroniques, 423, dont 165 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 50. — Causes accidentelles, 21.

SOMMAIRE. — PARIS. Académie de médecine de Belgique : Pathogénie de l'encéphalopathie albuminurique. — Académie des sciences : Action des sels biliaires sur l'organisme. — Société médicale des hôpitaux : Le ténin et la viande crue. — TRAVAUX ORIGINAUX. Pathologie interne : Des conditions de la curabilité des embolies. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — REVUE DES JOURNAUX. Monographie supprimée d'origine rhumatismale. — Ombilical de l'aortite abdominale par un catail. — BIBLIOGRAPHIE. Revue de gynécologie et d'obstétrique. — Index bibliographique. — VARIÉTÉS. Association générale des médecins de la Seine. — Les mouvements du cœur et l'animisme. — FEUILLETON. La science arabe en Occident.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 30 mars 1876.

Société de chirurgie : UN NOUVEAU CAS D'ATROPHIE UNILATÉRALE DE LA FACE. — Académie de médecine : CAS PRÉSUMÉ DE LUPUS.

Un nouveau cas d'atrophie unilatérale de la face.

En présentant à la Société de chirurgie, dans sa séance du 22 mars dernier, un malade atteint de cette singulière affection que l'on a désignée sous les noms de *trophonévrose*, *d'aplasie lamineuse progressive*, etc., M. Després, repoussant l'interprétation pathogénique généralement admise de cette maladie, cherchait à déduire les accidents observés d'un arrêt de développement des sinus frontaux. Il eût fallu, pour se ranger à cet avis, pouvoir admettre avec lui que tous les cas d'atrophie partielle de la face analogue à celui qu'il présentait ne débutent que de cinq à huit ans, c'est-à-dire à l'âge même où commencent à se développer les sinus frontaux. Or, ce n'est point là ce que nous apprend l'analyse des observations assez nombreuses déjà que la science a enregistrées. M. Paulet, en citant à ce propos l'histoire d'un malade qui séjourna plusieurs mois dans les divers services de l'hôpital du Val-de-Grâce, fit remarquer combien il était difficile de ne pas tenir compte du début souvent tardif de la maladie pour conclure autrement que M. Després. En publiant aujourd'hui (voy. p. 196) l'observation de ce malade telle qu'elle a été recueillie sous nos yeux par l'un de nos élèves, nous ne voulons que rappeler en quelques mots ce que l'on sait d'une maladie dont la pathogénie, il faut bien l'avouer, reste très-obscure.

Observée pour la première fois par Parry (1825) et décrite par Romberg et trois de ses élèves, l'atrophie unilatérale de

la face a été signalée en France par les articles de MM. La-sègue, B. Ball et Ollivier, puis étudiée avec beaucoup de soin par le docteur Lande (thèse de Paris, 1869). Depuis cette époque, bien des faits analogues ont été cités. L'un des ouvrages les plus complets sur le sujet qui nous occupe, la thèse de M. le docteur Frey (Paris, 1872) n'en contient pas moins de 28; et depuis qu'elle a paru, trois autres ont été publiés. Il est donc possible de se faire une idée assez nette du mode de début et des principaux symptômes de cette maladie. Or, la plupart des observations contredisent l'hypothèse de M. Després. Nous n'en trouvons en effet que deux ou trois tout au plus (elles sont dues à Ineter et à Rosenthal) qui nous montrent la maladie débutant à un âge très-peu avancé (trois à huit ans); dans la plupart des autres cas, les premiers symptômes se sont montrés à l'âge de douze ou quinze ans, parfois à l'âge de vingt-trois ans (Schluichardt) ou de vingt-sept ans (Brunner). Pisseling cite même l'observation très-intéressante d'un homme de cinquante-cinq ans subitement atteint, à la suite d'une hémiplegie, de troubles trophiques graves de la cornée, de névralgies très-douloureuses du trijumeau, et consécutivement à ces accidents d'une atrophie partielle de la face très-caractéristique.

Les premiers symptômes de la maladie sont non moins importants à signaler. Le plus souvent, les troubles de nutrition de la peau sont les premiers à apparaître. La maladie, en effet, débute à la face par une ou plusieurs taches blanches qui s'étendent rapidement et s'accompagnent d'une dépression des tissus malades. La peau, en diminuant d'épaisseur, change de coloration; elle se pigmente, devient brunâtre et rappelle assez bien l'aspect du tissu de cicatrice. Toutes les taches apparaissent d'ordinaire au point d'émergence des divers branches du trijumeau. Au front, c'est du trou sus-orbitaire que partent en rayonnant les premières traces de la lésion; le sillon cicatriciel, en coup de sabre, dit M. Frey, suit le trajet du frontal externe. A la joue, c'est au niveau du

FEUILLETON

Note pour servir à l'histoire des anesthésiques.

C'est le 17 octobre 1847, à dix heures du matin, en présence des chirurgiens et des élèves de l'hôpital de Massachusetts, que l'éther sulfurique fut employé pour la première fois pour produire l'anesthésie chirurgicale. Le succès fut complet et la découverte se propagea avec une rapidité telle, que trois mois plus tard (12 janvier 1848) Malgaigne faisait connaître à l'Académie de médecine les résultats obtenus dans son service de l'hôpital Saint-Antoine.

Quelques mois ont donc suffi pour faire connaître et approuver du monde entier les bienfaits de l'anesthésie appliquée à la chirurgie. Presque toutes les grandes découvertes ont eu un enfantement difficile, et ne se sont propagées qu'après avoir lassé la patience de leurs inventeurs; l'anesthésie, au

contraire, s'est immédiatement imposée aux chirurgiens de tous les pays, et son apparition a seulement donné lieu à quelques controverses locales parmi les individus qui se sont longtemps disputé cette glorieuse invention.

Parmi les nombreux chirurgiens de l'hôpital de Massachusetts qui assistaient à la première expérience de Morton, un seul est encore vivant aujourd'hui : c'est M. Henri Bigelow, qui occupe avec distinction la chaire de chirurgie du collège d'Harvard. M. Bigelow a non-seulement été témoin de la première opération chirurgicale pratiquée pendant l'anesthésie, mais il a eu des relations personnelles et suivies avec les inventeurs et a pris une part active à toutes les controverses qui ont occupé l'Amérique pendant les cinq ou six dernières années qui suivirent la découverte. Dans une lettre adressée à l'AMERICAN JOURNAL du mois de janvier 1876, ce praticien retrace quelques faits intéressants qui se rapportent à l'invention des anesthésiques. Les détails les plus insignifiants acquièrent de l'intérêt lorsqu'ils se rattachent à un fait aussi

trou sous-orbitaire, plus souvent encore, comme chez notre malade, au niveau du trou mentonnier, que l'on voit se manifester la première tache. Bientôt les lésions s'étendent en rayonnant, mais jamais elles ne dépassent la ligne médiane : toujours elles restent localisées à un côté de la face. L'atrophie n'atteint d'ailleurs que successivement et séparément chaque tissu, chacune des parties de la face ; mais toutes ont été vues atrophiées chez divers malades. En même temps que la peau se couvre de taches, le tissu cellulaire sous-cutané disparaît, les plis que l'on peut former à la peau deviennent dès lors de plus en plus minces, et bientôt celle-ci, collée au squelette, en reproduisant les saillies et les dépressions, donne à la physionomie, du côté malade, un aspect tout à fait caractéristique. Les poils blanchissent ou bien ils tombent et leur chute, cessant très-nettement sur la ligne médiane, limite très-exactement la région où s'arrête la maladie. Au bout d'un certain temps, les os eux-mêmes finissent par s'atrophier, et les dents déviées chevauchent ou tombent les unes après les autres. Quant aux muscles, bien qu'ils diminuent très-notablement de volume, puisque le masséter et le temporal, puis, par ordre de fréquence, la langue, les lèvres, le voile du palais et la luette ont été souvent atrophiés, ils ne cessent jamais de réagir à l'excitation électrique. Parfois même, dans le cas que nous avons observé ce phénomène était des plus nets, les muscles du côté malade se contractent plus énergiquement que ceux du côté sain. Il importe de noter ces atrophies musculaires. M. Fremy, qui insiste longuement sur la pathogénie de l'atrophie de la langue dans les cas où elle a été observée en même temps que l'atrophie de la face, a tiré de cette étude plusieurs conclusions qui prouvent l'origine nerveuse de ces altérations.

Alors que les troubles de nutrition sont si accentués, la sensibilité et la motilité ne se trouvent que très-rarement atteintes. On verra que notre malade, malgré les lésions assez avancées que l'on pouvait observer, n'éprouvait aucune difficulté à jouer d'un instrument qui exige cependant l'intégrité des mouvements de la langue et des joues. La sensibilité de la face est parfois affaiblie (obs. de M. Vulpian). Enfin, les organes des sens ne sont que très-rarement lésés. Moins fréquents encore sont les troubles fonctionnels du côté des appareils glandulaires. La sueur manque parfois du côté atrophié ; dans la plupart des observations, on constate que la sécrétion des glandes sudoripares restait normale. Nous avons pu observer chez notre malade une exagération de sécrétion du côté des glandes sébacées ; plus souvent encore on

constate que cette sécrétion diminue. Par contre, toutes ces lésions atrophiques s'accompagnent fréquemment de troubles nerveux assez graves. Ce sont des douleurs névralgiques plus ou moins intenses, le plus souvent lancinantes et ponctives, occupant la région de la face qui est affectée. Parfois on observe des contractions fibrillaires des muscles ou même des convulsions dans les parties malades. Quelquefois l'atrophie unilatérale de la face a été observée chez des malades atteints d'hémiplegie, de chorée, d'accidents épileptiformes, etc.

Tel est l'ensemble des symptômes signalés par tous ceux qui ont eu l'occasion d'observer cette singulière maladie. Une seule observation d'atrophie s'étendant aux deux côtés de la face a été publiée. Il s'agit d'une malade âgée de vingt-quatre ans observée à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. A. Guérin par M. Affre (voy. *Gaz. méd. de Paris*, 1875, p. 201). Cette femme, accouchée quatre années auparavant, avait été atteinte quinze jours après ses couches, sans traumatisme, sans lésion antérieure, d'une céphalalgie frontale des plus intenses, bientôt accompagnée d'une atrophie faciale caractérisée par une dépression frontale qui, partant de la racine du nez à gauche de la ligne médiane, se portait obliquement en haut et à droite, s'étendant de ce côté jusqu'au voisinage de la suture fronto-pariétale. Les bords de ce sillon étaient irréguliers, sinueux, sa largeur de 2 centimètres. La peau était sèche, bleuâtre, appliquée sur l'os sans y adhérer; les cheveux rares, fins, décolorés. Le résumé de cette observation ne renferme pas assez de détails pour que nous puissions l'opposer à toutes celles qui ont été publiées jusqu'à ce jour. Nous nous bornerons donc à exposer très-rapidement les principales hypothèses pathogéniques auxquelles celles-ci ont donné naissance.

La première théorie, implicitement admise par Romberg et défendue avec talent par Samuel, a été légèrement modifiée par M. Fremy, qui, ne voulant pas admettre l'existence très-hypothétique des nerfs trophiques, s'appuie sur les expériences de M. Charcot pour affirmer que l'une des parties constituantes des branches du trijumeau, spécialement affectée à la nutrition, se trouve atteinte dans la plupart des cas d'atrophie partielle de la face. M. Fremy, qui se trouve amené à nier que la névralgie ou la névrite du trijumeau soient toujours constatées en même temps que l'on observe l'atrophie de la face, ne pouvait, dès l'instant qu'il constatait d'autre part que l'affection siégeait invariablement sur l'aire d'une ou de plusieurs branches de ce nerf, ne pas se rallier à la théorie

important. On nous pardonnera donc si nous revenons sur un sujet qui a déjà été souvent traité. L'histoire de l'anesthésie chirurgicale a été faite par des chirurgiens éminents, et elle a fourni à M. Maurice Perrin le sujet d'un excellent article dans le DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES (article ANESTHÉSIEQUES, t. IV, 1^{re} série).

Trois individus, assez obscurs du reste, se sont disputé l'honneur de l'invention. Le premier, Horace Wells, dentiste à Hartford, avait eu l'idée de vérifier dès 1844 les effets anesthésiques du protoxyde d'azote, déjà signalés en 1799 par Humphry Davy. Il avait administré ce gaz à plusieurs de ses clients lorsqu'il tenta, sous le patronage du chirurgien Warren, une expérience publique à Boston. Le patient, auquel on devait extraire une dent, fut soumis à l'action du gaz ; mais grande fut la surprise de l'innovateur lorsqu'un cri de douleur se fit entendre au moment de l'opération. L'action du protoxyde d'azote, qui est aujourd'hui connue et appréciée, fit défaut au moment de l'expérience, probablement, nous dit M. Bigelow,

parce qu'on avait été trop prudent et qu'on n'avait pas osé administrer une quantité suffisante de gaz hilarant. Toujours est-il que la cause du protoxyde d'azote fut compromise et que Wells, honteux et confus, perdu de réputation comme dentiste et comme inventeur, dut aller chercher dans d'autres pays la fortune et le succès. Après avoir parcouru l'Europe et s'être ruiné dans des entreprises malheureuses, il revint mourir à New-York en 1848, après avoir donné des signes manifestes d'aliénation mentale.

Jackson et Morton viennent ensuite comme inventeurs de l'anesthésie par l'éther. On s'accorde généralement à dire que Jackson découvrit accidentellement cet anesthésique en préparant un cours de chimie à l'Association charitable de Massachusetts ; mais cette assertion est certainement contestable. Wells savait déjà que les inhalations d'éther produisaient l'insensibilité, et s'il avait préféré l'emploi du protoxyde d'azote, e'est parce qu'il le considérait comme moins dangereux. Brewster disait en 1847 « qu'il n'était pas nécessaire

de Romberg. Nous n'avons pas à reproduire ici les objections que nous avons déjà faites à cette théorie en rendant compte du travail de M. Lande (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1870, p. 104). Disons seulement que si l'influence médiate exercée par le système nerveux est incontestable, les études embryologiques, les expériences de greffe animale, celles qui montrent la régénération autogénique des nerfs, prouvent l'autonomie trophique des éléments cellulaires. On conçoit donc que M. Lande, ne pouvant s'expliquer par l'existence d'une lésion intra-arrânienne définie tous les accidents observés dans l'atrophie partielle de la face, ait été conduit à admettre une lésion protopathique du tissu cellulaire de la face. Cependant cette théorie ne saurait résister à une critique un peu rigoureuse. L'apparition des lésions après un traumatisme local (observations de Panas, d'Emminghaus, etc.), la préexistence de phénomènes d'irritation sensitive ou motrice du trijumeau, d'autres troubles plus graves encore de l'innervation, la délimitation exacte de la maladie à certains départements nerveux, enfin et surtout les atrophies musculaires, semblent prouver, comme l'a fait observer Eulenburg, l'origine nerveuse de la maladie.

Mais quelle est la lésion nerveuse qui peut provoquer ces accidents? Faut-il admettre, comme Pont prétend Silling, Guttman et Berwinkel, qu'il existe un trouble vaso-moteur dû à une irritation des fibres nerveuses centripètes qui partent des vaisseaux eux-mêmes, ou bien encore à une lésion du ganglion sphéno-palatin? Ces hypothèses, M. Vulpian l'a démontré avec autorité, ne reposent que sur des assertions sans preuve expérimentale. Peut-on soutenir l'existence d'une lésion du ganglion de Gasser alors que rien de semblable à l'atrophie unilatérale de la face ne s'observe à la suite des expériences faites sur ce ganglion ou le nerf trijumeau? Et ne faut-il pas conclure, comme M. Vulpian (*Leçons sur l'appareil vaso-moteur*, t. II, p. 435) : « Pour imaginer une hypothèse quelque peu plausible, il faudrait supposer l'existence de lésions multiples siégeant dans une des moitiés de l'isthme de l'encéphale. Mais toute tentative d'explication me paraît entièrement vaine tant que nous ignorons s'il y a, oui ou non, une lésion primitive des nerfs ou des centres nerveux ». Or, depuis que ces lignes ont été écrites, aucun fait nouveau n'a pu éclairer la pathogénie de l'atrophie unilatérale progressive de la face. Nous conservons donc cette dénomination, qui ne préjuge en rien la nature de la maladie, et nous rejetons celle d'aphasie lamineuse progressive, qui, vieieuse au point

de vue étymologique, ne peut rendre un compte suffisant de la plupart des faits observés.

L. LEREBoullet.

Cas présumé de lupus.

Dans la séance du 30 novembre dernier, M. le docteur Després, chirurgien de l'hôpital Cochin, a présenté à l'Académie de médecine une malade atteinte d'une lésion ulcéreuse de l'avant-bras et de la main du côté gauche et a demandé l'avis des membres compétents de la Société au sujet de cette malade. L'Académie a nommé, pour examiner cette malade, une commission composée de MM. Devergie, Hardy et Lillairet, et au nom de laquelle M. Hardy a lu un rapport dans la séance du 29 février dernier.

Nous avons pensé qu'il serait intéressant de donner un résumé de la discussion et de faire connaître notre avis sur la maladie du chirurgien de l'hôpital Cochin.

Voici d'abord le résumé de l'observation : la malade est une femme de quarante-deux ans, qui dans la première période de sa vie a été atteinte d'engorgement ganglionnaire, d'abcès, de conjonctivite, de kératite à la suite de laquelle elle resta aveugle pendant quinze jours, d'accidents scrofuleux, en un mot ; à l'âge de treize ans, la menstruation s'établit, et depuis cette époque la malade a toujours joui d'une bonne santé jusqu'au jour où débutèrent les accidents dont nous allons parler. Elle s'est mariée et a eu un enfant qui a présenté lui-même un abcès profond de la cuisse qui fut traité par M. Gosselin. On fut obligé de ruginer l'os. Il y a huit ans environ, la malade vit apparaître au coude une petite grosseur — sans doute une pustule ou papulo-pustule — qui s'ouvrit, se transforma en ulcération qui se cicatrisa peu à peu et laissa à sa place une cicatrice indélébile.

Mais bientôt une nouvelle ulcération apparut et suivit la même évolution. Une troisième survint, puis une quatrième, et presque tout l'avant-bras fut ainsi labouré par des ulcérations.

Enfin, il y a un an et demi, l'affection jusque-là limitée à l'avant-bras envahit la main. Une ulcération se développa sur la face dorsale du doigt, s'étendit en profondeur et en largeur, détruisit la pulpe du doigt et laissa l'os à découvert. L'os se caria, et bientôt la malade perdit la phalange et la phalangine. Les mêmes phénomènes se produisirent bientôt au doigt annulaire et au petit doigt.

Aujourd'hui la malade, qui paraît jouir d'une assez bonne

d'être médecin ou chirurgien pour savoir que l'éther produisait l'insensibilité... ; chacun sait que depuis longtemps les enfants de nos écoles inhalent de l'éther par pur amusement et pour produire un peu d'excitation et de gaieté ; on connaît même des cas où une véritable anesthésie a été ainsi obtenue ».

On le voit, Jackson, qui connaissait les expériences de Wells, ne saurait être considéré comme ayant découvert les propriétés anesthésiques de l'éther. Il n'avait du reste qu'une très-médiocre confiance dans la possibilité d'appliquer cette anesthésie à la chirurgie. Dans une entrevue qu'il eut avec Morton, le 30 septembre 1846, il parla cependant assez longuement de l'éther et de l'insensibilité produite par les inhalations de cet agent. Mais Morton, qui étudiait depuis longtemps la question de l'anesthésie chirurgicale, alléguait une ignorance complète et prétendit ne connaître ni le nom, ni les propriétés de l'éther ; or, il est aujourd'hui démontré que cette ignorance était feinte : les témoignages de Bigelow, de

Wightman et de Metcalf, qui attestent que Morton avait expérimenté l'éther en 1846, ne laissent nul doute à cet égard. On comprend du reste aisément pourquoi Morton, dont la pensée était de monopoliser la découverte à son profit, refusa de s'ouvrir à Jackson. Cette entrevue hâta néanmoins ses projets et, après avoir essayé l'éther sur quelques-uns de ses clients, il obtint de Warren l'autorisation de pratiquer l'expérience publique dont il est question plus haut et dont le succès eut un si grand retentissement. Quelques jours plus tard (27 octobre 1847), il prenait, en commun avec Jackson, un brevet d'invention, qui fut du reste sans utilité aucune pour l'inventeur. C'est à partir de cette époque qu'eurent lieu entre les deux associés les interminables querelles qui ternirent la gloire de leur découverte et dont nous ne voulons pas retracer ici l'histoire. Un projet de loi qui proposait au Congrès de voter à Morton une récompense de 100 000 dollars fut rejeté à quelques voix de majorité.

En somme, les nouveaux documents fournis par M. Bigelow

santé générale et nic tout antécédent syphilitique, présente à l'avant-bras gauche des cicatrices blanches, un peu irrégulières, et deux ou trois ulcérations qui, sous l'influence d'une cautérisation énergique, paraissent marcher vers la cicatrisation. Elles sont peu profondes; autour d'elles, la peau est rosée ou d'un rouge inflammatoire, mais ne présente pas de coloration cuivrée.

Les doigts indicateur, annulaire et petit doigt n'ont plus que la première phalange dont l'extrémité offre encore une surface ulcéreuse.

Le doigt médius, au niveau de la première phalange, est légèrement tuméfié, mais peu douloureux.

M. Hardy, après avoir exposé l'histoire de cette malade, ajoute :

« M. le docteur Després a intitulé son observation : *Lupus de l'avant-bras et de la main*, et a donc rangé cette affection parmi les affections scrofuleuses; or, les trois membres de la commission n'ont pas hésité à éliminer la scrofule comme cause de cette affection. »

Il fait toutefois une réserve immédiate et dit : « *Nous ne répugnons pas à admettre que quelques ulcérations de l'avant-bras, aujourd'hui cicatrisées, n'aient pu avoir la scrofule pour origine, mais nous nous refusons complètement à rapporter à cette maladie constitutionnelle les lésions survenues dans les doigts.* »

Pas davantage M. Hardy ne croit pas pouvoir accepter l'opinion de M. Devergie; il considère la malade de l'hôpital Cochin comme atteinte d'une lèpre de nos pays, c'est-à-dire différant de la vraie lèpre par une moins grande gravité et par l'absence de certains phénomènes qui accompagnent habituellement la vraie lèpre, mais n'en étant pas moins une lèpre.

« Toute lèpre, dit M. Hardy, qu'elle naissse dans les contrées où elle est endémique, ou qu'elle naissse dans nos pays, offre les mêmes caractères, et la maladie du docteur Després n'offre en aucune façon les caractères de la lèpre. »

Pour MM. Hardy et Hillairet, cette malade est atteinte de *gangrène symétrique des extrémités*, lésion décrite pour la première fois en 1862 par le docteur Maurice Raynaud, et qui présente pour symptômes principaux : la rougeur violacée des téguments, des douleurs vives lancinantes souvent intolérables, et enfin une gangrène progressive des extrémités aboutissant à la chute des phalanges et même de doigts ou d'orteils.

« Et je crois, ajoute M. Hardy, qu'il s'agit ici d'un trouble de l'innervation ayant sévi sur la circulation ou sur la nutri-

tion de la main, et sous ce rapport je ne crois pas devoir passer sous silence les douleurs que la malade a ressenties depuis le commencement de sa maladie et qu'elle ressent encore aujourd'hui dans la région cervicale du rachis. Ces douleurs ne pourraient-elles pas se rattacher à une lésion médullaire dont l'altération profonde de nutrition des tissus de la main ne serait qu'une manifestation? Il s'agirait donc ici d'une altération des nerfs trophiques. »

M. Devergie, dans la séance du 14 mars dernier, a soutenu qu'il s'agissait bien d'une lèpre, de celle qui se montre quelquefois encore en France avec des caractères beaucoup moins accentués que dans les pays chauds, et a cherché à prouver que l'idée d'une gangrène symétrique des extrémités ne pouvait être admise.

Tels sont les éléments de la discussion engagée à l'Académie de médecine, et qui s'est terminée mardi dernier. Nous essayerons de l'apprécier dans le prochain numéro.

D^r E. BAUDOT.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

ATROPHIE UNILATÉRALE DE LA FACE. Observation recueillie à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce (service de M. Lereboullet), par le docteur COURTET, médecin stagiaire (1).

T... (Henri-Louis), soldat musicien à l'école d'artillerie de Reunes, âgé de vingt-deux ans et demi, incorporé depuis deux ans environ, est un homme d'une assez forte constitution, mais d'un tempérament très-nerveux. Sa taille est de 1^m,76, il est bien conformé, les muscles des membres sont assez développés; cependant le thorax est aplati à sa partie supérieure et ne présente comme circonférence que 83 centimètres. Aucune cicatrice, aucun vestige de lésion traumatique ne se voit sur la peau du tronc ou des membres, qui présente une coloration et un aspect normal.

Antécédents. — Venu au monde, sans l'usage du forceps, n'ayant jamais reçu de coups ni de blessures, sans antécédents scrofuleux ni syphilitiques, il raconte avoir eu jusqu'à l'âge de sept ans des convulsions qui plusieurs fois ont fallu lui couper la vie, convulsions dont est morte une jeune sœur, et dont ont souffert également une autre sœur et son frère. Mais depuis la première enfance ces convulsions ont tout à fait disparu sans laisser aucune trace. A l'âge de onze ans, il eut à souffrir de névralgies dentaires très-violentes qui durèrent plus de deux ans, avec des périodes de calme et d'exacerbation. Les dents d'où partait le mal ne furent pas enlevées, et bien qu'elles fussent cariées très-profondément, elles

(1) Cette observation a été publiée dans la thèse inaugurale de M. le docteur Courtet (Paris, 1875). Le malade était en tré à l'hôpital dans le service de M. Lacagnagne, qu'il cessa pen de jours après à M. Lereboullet.

permettent de conclure que Wells eut le premier l'idée d'appliquer l'anesthésie aux opérations, et que c'est à Morton que revient l'honneur d'avoir résolu d'une manière définitive et pratique le problème de l'anesthésie chirurgicale. Jackson, auquel beaucoup d'historiens accordent la plus grande part dans la découverte, est donc complètement effacé. On ne saurait cependant nier qu'il ait eu connaissance des propriétés anesthésiques de l'éther quelque temps avant l'expérience de l'hôpital de Massachusetts.

L'histoire de ces trois hommes n'est pas de nature à encourager les inventeurs. Nous avons fait connaître la triste fin de Wells. Morton, réduit à la misère, est mort subitement à New-York, pendant qu'on organisait une souscription en sa faveur. Jackson à Jackson, il est maintenant atteint d'une forme incurable d'aliénation mentale.

On sait que les propriétés anesthésiques du chloroforme furent étudiées et appliquées à la chirurgie l'année suivante

(1847) par sir J. Simpson, d'Edimbourg. Sans vouloir porter le moindre ombrage à la réputation du chirurgien écossais, nous allons cependant lui enlever une partie de sa découverte. D'après quelques auteurs, Simpson aurait eu connaissance des propriétés anesthésiques du chloroforme par Jacob Bell et Valdie; d'après quelques autres, sa seule initiative, secondée par un heureux hasard, l'aurait conduit à cette découverte. « Quoi qu'il en soit, nous dit M. Maurice Perrin, il demeure incontesté que la première application du chloroforme chez l'homme appartient à Simpson. »

Or, il résulte des récentes recherches de sir Robert Christon que la première personne qui a découvert les propriétés anesthésiques du chloroforme n'est pas Simpson, mais Michael Cutmore Furnell, aujourd'hui médecin-major de l'armée des Indes et superintendant de l'École de médecine de Madras. Voici quelques documents qui ne laissent aucun doute à cet égard. Dans une lettre datée du 8 novembre 1870, M. Holmes Goote, qui était en 1847 assistant de sir William Lawrence,

ne déterminèrent plus de névralgies ni d'autres accidents consécutifs à la carie dentaire. Le malade travailla bientôt après chez son père qui exerçait la profession de plombier. Exposé ainsi à l'intoxication saturnine, il ne tarda pas, bien qu'il fût plus souvent au bureau qu'à l'atelier, à présenter tout un cortège de symptômes offrant avec la colique de plomb la plus grande analogie. Notons cependant qu'il n'eut pas d'accidents nerveux, tels que l'encéphalopathie.

Quoi qu'il en soit, il vit apparaître au bout de quelque temps, vers l'âge de quinze ans, du côté droit du menton, à l'émergence du trou mentonnier, une petite tache bleueâtre, de la largeur de la pulpe du doigt environ, très-bien circonscrite, dont la surface était lisse et brillante, car les poils duvets qui recouvraient cette région tombèrent en même temps qu'apparaissait la tache.

Celle-ci préoccupait très-peu le malade, car elle ne déterminait aucun trouble fonctionnel, et n'était pas visible au point de produire un aspect disgracieux dans la physionomie. Mais au bout d'un an, en 1868, cette tache s'était un peu agrandie, en même temps que la peau et les parties sous-jacentes avaient diminué d'épaisseur. Peu à peu, elle prit de l'extension en se propageant du côté de la joue, jusqu'en l'année 1870 où elle était large comme environ une pièce de cinq francs en argent. Déjà à cette époque, bien que la barbe fût peu fournie, il y avait une différence d'aspect entre les deux côtés de la face; cependant la couleur bleueâtre du début disparut pour faire place à une coloration à peu près normale de la peau. A la fin de l'année 1870, c'est-à-dire trois ans après l'apparition de la tache, le malade sentit des douleurs localisées dans la partie droite de la face.

Ces douleurs, dit-il, n'étaient pas aussi vives que les douleurs de dents précédentes, elles étaient, au contraire, presque insignifiantes. Elles s'accompagnaient de contractures de la mâchoire inférieure, avec un peu de déviation de la face du côté malade, et de tressaillements fibrillaires des muscles peuciers et masticateurs.

Les muscles sus- et sous-hydoïdiens, au dire du malade, étaient également contractés pendant les douleurs, et la langue elle-même restait comme paralysée dans une rigidité tétanique. Ces phénomènes musculaires, qui survenaient principalement sous l'influence du froid et peut-être des liqueurs alcooliques, allèrent s'aggravant de plus en plus, à tel point qu'à la fin de 1871 le malade fut forcé de consulter un médecin qui ordonna des pilules d'arséniate de soude. A la révision, il fut déclaré bon pour le service, malgré une note de ce médecin sur son état, note ainsi conçue: « Névralgie faciale ancienne avec atrophie musculaire. » Il devança l'appel de sa classe pour avoir la faculté d'entrer dans une musique militaire. Il jouait ainsi bien que ses camarades de son instrument (saxhorn alto). L'air ne s'échappait nullement entre les commissures des lèvres et le bord de l'embouchure, bien que les lèvres fussent plus minces du côté droit, comme nous le verrons plus loin; mais il éprouvait dans la moitié droite de la face, surtout par les temps froids, des convulsions fibrillaires qui n'ont jamais été cependant jusqu'à l'obliger de s'interrompre. Au mois de février 1874, sous l'influence des rigueurs de l'hiver, les douleurs névralgiques de la face accompagnées de trismus étant devenues plus vives, le décidèrent à entrer à l'hôpital de Rennes. Il suivit alors le traitement suivant: on badigeonna deux fois par jour les parties atrophiques avec une solution de bichlorure de mercure;

s'exprime ainsi: « Pendant l'été de 1847, j'accompagnais sir W. Lawrence pour l'assister dans une opération qu'il devait pratiquer sur une dame atteinte d'une tumeur cancéreuse du sein. Les premières inhalations de l'éther provoquèrent chez cette personne une toux violente, et nous eûmes beaucoup de peine à obtenir le degré d'anesthésie nécessaire. Quelques jours après, je m'entretenais des inconvénients de l'éther à l'hôpital Saint-Barthélemy, lorsqu'un élève, nommé Furnell, m'annonça qu'il avait découvert un anesthésique plus doux (*milder anæsthetic*), qu'on désignait communément sous le nom d'éther chlorique. Il m'engagea vivement à l'essayer. J'ai employé depuis cet anesthésique dans le service et avec le consentement de sir W. Lawrence, et je fus surpris des avantages qu'il présentait sur l'éther. Je me proposais d'étudier sérieusement ce nouvel agent lorsque Simpson fit connaître, à la fin de 1847, le résultat de ses travaux... »

L'assertion de M. Coote est confirmée par sir James Paget, qui était alors élève à l'hôpital-Saint-Barthélemy. M. Furnell

il en résultait des phlyctènes et la mortification de l'épiderme, dont on provoquait ensuite la chute au moyen d'huile d'amandes douces. L'application de ce topique n'empêchait pas la pignation de repartir, et la peau reprenait après le traitement le même aspect qu'au début. Il prit aussi du bromure de potassium, et ne suivit aucun traitement par l'électricité. Au bout d'un mois, il sortait de l'hôpital pour recommencer son service. Quand il faisait un froid trop vil, on l'en dispensait à cause de souffrances intolérables dans la mâchoire contractée.

L'hiver passé, ces douleurs se calmèrent, mais cependant l'état de son mal qui ne s'améliorait pas sensiblement et qui le préoccupait de plus en plus le détermina à venir se faire soigner à Paris. Il entra donc à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, le 20 mai 1875, dans le service de M. Lacassagne.

Etat actuel. — Aspect général de la face. — A première vue on est frappé de la différence qui existe entre les deux moitiés de la face, non pas tant par la diminution de volume des parties que par l'absence presque complète de barbe d'un côté. Celle-ci, en effet, est normale du côté gauche, tandis qu'à droite on n'en voit que quelques traces à la région massétérique. Il n'est pas possible de prendre pour tuméfiée et malade la partie gauche qui est saine et bien nourrie; il est facile, au contraire, de voir que la partie droite, maigre et adhéscée, est le siège de la maladie. La peau du menton offre une coloration particulière que nous décrirons dans un instant. Cependant, chose remarquable, cette différence d'aspect de la face ne change en rien l'expression de la physionomie; l'action de parler, de sourire, de rire, de siffler, de chanter, ne détermine aucune distorsion involontaire, aucun tremblement de la langue, aucun trouble moteur du côté de la vue. Tous les mouvements de la face s'accomplissent normalement; rien n'indique, si ce n'est la différence de l'aspect, qu'il y a un trouble profond dans la constitution de ces parties.

Limites du mal. — Du côté interne, l'atrophie qui se reconnaît par l'absence de poils se limite sur la ligne médiane depuis le cartilage thyroïde jusqu'à la lèvre supérieure où la ligne de démarcation entre les parties saines et les parties malades passe à peu près d'un centimètre de la commissure droite; elle semble ensuite se rapprocher de plus en plus de la ligne médiane, puisque la région sous-orbitaire et l'aile du nez présentent un aspect différent de celui du côté gauche. Mais du côté externe il est fort difficile de dire exactement où finit l'atrophie et où commencent les parties saines. La disparition des poils dans les régions sous-maxillaire et parotidienne, leur rareté dans la région temporale indiquent bien que ces parties sont atteintes; mais il est impossible de rien affirmer de plus. Si l'on fait ouvrir la bouche du malade on voit que la maxillaire inférieure, la langue, le voile du palais et peut-être le pharynx sont atrophiques du côté droit. — D'où nous pouvons déjà conclure que l'affection est unilatérale, délimitée en dedans par la ligne médiane, et envahissant successivement en dehors les différents tissus qu'elle rencontre.

En examinant attentivement notre malade, nous remarquons les particularités suivantes: à front, les plis horizontaux à droite et à gauche sont à peu près parallèles et symétriques. Un sillon, qui part de l'attache du muscle sourcilier droit pour rejoindre la ligne médiane, n'indique aucune déviation de ce côté. La seule asymétrie paraît être une dépression de l'arcade sourcilière droite, vers sa

n'a du reste jamais réclamé la priorité de cette invention, dont il n'avait pas d'abord saisi toute l'importance. Voici comment il s'exprime à ce sujet: « J'étais, en 1847, élève chez M. John Bell, à l'époque où les propriétés anesthésiques de l'éther venaient d'être découvertes. J'aimais à répéter sur moi-même et sur mes camarades les expériences qu'on faisait alors dans les hôpitaux, mais M. Bell, craignant quelque danger, donna des ordres sévères pour que l'éther fût mis hors de ma portée. J'étais très-embarrassé pour me procurer cet agent, lorsque le hasard me fit découvrir, dans une des caves du magasin, une bouteille sur laquelle je lus « éther chlorique ». Je m'emparai du précieux flacon et j'en inhalai les vapeurs qui ne tardèrent pas à me jeter dans un certain état d'insensibilité sans produire les effets désagréables de l'éther. Je parlai quelques jours plus tard de ma découverte à l'hôpital Saint-Barthélemy, où ce nouvel agent fut expérimenté plusieurs fois pendant l'été de 1847... »

On le voit, Furnell, Coote et Lawrence employèrent le

partie médiane avec perte de quelques poils des sourcils sans trace aucune de coloration anormale à la surface étonnée? En appliquant les pouces au niveau de cette région, et en lui imprimant des mouvements de latéralité, on constate un léger degré d'atrophie du muscle orbiculaire droit. Les mouvements d'élevation et d'abaissement de la peau du front, produits sous l'influence des contractions du frontal, ne paraissent pas modifiés. Les mouvements de latéralité des yeux s'opèrent sans difficulté. A la naissance des cheveux, il semble n'exister aucune altération, cependant la tempe droite est moins fournie que la tempe gauche. Pas de modification dans la coloration des cheveux. La joue gauche est manifestement plus volumineuse que la joue droite. Celle-ci, légèrement aplatie de dehors en dedans, glabre dans toute sa partie antérieure, ne présente aucune coloration anormale, aucune tache d'aucune nature. Au niveau de l'os malaire et de l'articulation temporo-maxillaire du côté droit, les poils des favoris sont en grande partie détruits jusqu'à l'angle du maxillaire, et même dans toute la région sous-maxillaire. En outre, il existe une dépression visible contrastant avec le développement marqué du masséter gauche. Cette dernière région est fréquemment animée de mouvements fibrillaires se passant aussi bien dans la sphère du masséter que dans celle du luccinateur. Les muscles éleveurs de l'aile du nez ne paraissent pas atrophies. Cependant le pli naso-génien gauche paraît plus marqué que le droit; il en est de même du pli qui entoure la paupière inférieure. La bouche est peut-être un peu déviée vers la droite. Au niveau de la lèvre supérieure droite, dans son tiers externe, les poils ont disparu; mais la peau glabre ne présente aucune modification dans sa coloration. Ce qui semble prouver que les muscles de la joue n'ont subi qu'une altération peu appréciable, c'est que les mouvements de la face, ainsi que nous l'avons déjà dit, se font sans gêne et s'opèrent aussi bien à droite qu'à gauche. Au-dessous d'une ligne horizontale passant par la commissure des lèvres, les altérations sont plus marquées que dans la partie supérieure. De ce côté le maxillaire inférieur est atrophie. La peau qui le recouvre est lisse, dépourvue de poils, depuis l'insertion du masséter jusqu'à la ligne médiane. A la lèvre inférieure, on observe une tache jaune, irrégulière, ne disparaissant pas par la pression, ressemblant à une cicatrice non adhérente. A ce niveau, la peau, mobile sous les tissus sous-jacents, est déprimée sur la partie moyenne du maxillaire inférieur auquel elle n'adhère en aucun point. La surface externe de la peau de cette région est lisse, onctueuse, luisante, et cet état persiste au-dessous du maxillaire inférieur jusqu'au corps thyroïde. A la palpation, la peau de ces régions, et surtout au niveau du bord inférieur du maxillaire, paraît ne présenter aucune trace de pannerie adipeux. L'atrophie des muscles sous-jacents paraît également assez prononcée pour que la peau semble collée contre le maxillaire inférieur qui n'en serait séparé que par une épaisseur de tissu très-mince. L'atrophie des tissus à ce niveau détermine à droite un pli horizontal des niens marqués, avec dépression cupuliforme de toutes les parties où, à gauche, on distingue la saillie des muscles du menton. Cependant les mouvements de la lèvre inférieure ne paraissent pas notablement modifiés. L'asymétrie due à cette atrophie se continue dans la région sus-claviculaire droite, bien qu'il soit difficile d'affirmer que les muscles peucier du cou, sterno-cléido-mastoïdien, sus- et sous-hyoldiens participent à l'altération. Le larynx offre une saillie normale. La

région parotidienne est manifestement atrophie, elle forme une dépression profonde qui n'existe pas à gauche; peut-être la glande parotide est-elle atteinte elle-même. En pressant assez légèrement avec le doigt sur cette région, on détermine de la douleur. Pas de craquements dans les mouvements de l'articulation temporo-maxillaire. Non-seulement les poils de la barbe sont très-rare, mais ceux qui ont résisté sont plus fins et plus cassants.

Mensuration comparative de la face à droite et à gauche.

	à droite.	à gauche.
De l'insertion de l'aile du nez, au sommet du tragus.....	41 c. 5	42 c. 5
De l'espace intersourcilier au sommet du tragus.....	13 c. 5	14 c. 7
De la commissure des lèvres au sommet du tragus.....	11 c. 5	12 c.
De la symphyse du menton à la base du lobule de l'oreille.....	14 c.	15 c.
De la commissure des lèvres à l'angle du maxillaire inférieur.....	8 c. 5	9 c.
De l'aile du nez à la commissure labiale correspondante.....	3 c.	3 c. 5
De l'espace intersourcilier à l'angle du maxillaire inférieur.....	14 c. 5	15 c. 5
De l'angle externe de l'œil à l'angle du maxillaire inférieur.....	10 c.	11 c.
De la commissure externe au lobule médian de la lèvre supérieure...	3 c. 4	3 c. 4
De l'aile du nez à la fossette cervicale.....	22 c.	23 c.

La maladie ne reste pas localisée sur les parties visibles de la face; elle s'étend plus profondément, car en faisant ouvrir la bouche, on constate ici comme en dehors un trouble profond dans la structure anatomique des organes. En effet, les dents incisives et canines de la mâchoire inférieure présentent bien leur insertion normale, mais les dents molaires et la partie de l'os maxillaire droit qui les contient se trouvent rejetées en dedans vers la langue, de telle façon que la couronne de ces dents se trouve immédiatement appliquée contre le bord externe de cet organe. En outre les deuxième et troisième molaires du même côté sont cariées très-profondément, sans que cependant le stylet par irritation directe de la pulpe de taire détermine la moindre douleur. Il ne faudrait pourtant pas attacher une trop grande importance à cette déformation qui se trouve également à droite, car, à gauche, les dents molaires ont une disposition analogue; la deuxième molaire de ce côté est également déviée vers la cavité buccale; toutefois à droite la conformation vicieuse du maxillaire est beaucoup plus marquée qu'à gauche, et non-seulement les dents, mais même la région alvéolaire, sont déjetées en dedans. Quand le malade tire la langue, celle-ci est nettement déviée vers la droite; à la face dorsale, vers la ligne médiane, se trouve un pli à convexité dirigée à droite, rejoignant la pointe de la langue et la divisant en deux parties telles que les deux tiers de l'organe se trouvent à gauche. Un deuxième pli, à peu près parallèle au premier, s'observe à 2 ou 3 centimètres à droite de celui-ci. Le bord droit de la langue est mamelonné, irrégulier, sans présenter ni ulcérations, ni cicatrices anciennes.

chloroforme au mois de juillet 1847, cinq mois avant que Simpson eût fait connaître ses travaux, qui datent du mois de novembre de la même année. Il n'est pas nécessaire de rappeler ici que Florens avait signalé, avant le chirurgien anglais, les propriétés stupéifiantes de l'éther chlorhydrique.

Il est rare du reste qu'une grande découverte soit le fruit des recherches d'un seul, et l'invention de l'anesthésie chirurgicale est certainement due à l'initiative de plusieurs individus. Mais il ne suffit pas d'avoir une idée, il faut encore avoir la patience et l'énergie nécessaire pour la faire triompher et en rendre l'application facile. On peut donc dire que, si Morton et Simpson ne sont pas les seuls inventeurs de l'éther et du chloroforme, ils en sont les vulgarisateurs, et ce titre est suffisant pour leur assurer une large place dans le temple de l'immortalité.

D^r LUTAUD.

LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE a tenu sa séance solennelle le 26 mars, sous la présidence de M. Dumas, membre de l'Institut. Après avoir entendu le rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre par M. Linnier, secrétaire général, les rapports de MM. Motet et Riant sur le concours de 1876 et celui de M. Rotureau sur les récompenses, la Société a décrété à M. Antony Roulliet, une médaille d'argent et deux récompenses de 500 fr. et 300 fr.; à MM. les docteurs Coustan et Gibert, des médailles d'argent et deux récompenses de 500 fr. et de 200 fr.; à M. Blane, ouvrier typographe, une médaille d'argent et une récompense de 400 fr. et à MM. Dujardin-Beaumez et Audigé un encouragement de 500 fr. La Société a décerné en outre 8 médailles d'argent: à MM. Langlois instituteur à Buc (Seine-et-Oise), Peigmier, instituteur à Moncel-sur-Saïlle (Meurthe-et-Moselle), Bianlot, instituteur à l'hospice Saint-Louis de Gaen, Martin (Auguste), de la boulangerie centrale des hôpitaux de Paris, Chagnard (Jean-Baptiste), de l'hôpital du Midi, Chevalier (Nicolas), de l'asile d'Auxerre, et Lecoq (Louis-Philéas), conducteur de la compagnie des omnibus; 219 médailles de bronze et 31 livrets de caisse d'épargne de 25 à 50 fr.; soit ensemble 4310 fr.

Moitié droite. Moitié gauche.

Largeur de langue à 7 millimètres de la pointe.....	1 c.	1 c. 7
À 2 centimètres de la pointe.....	1 c. 8	2 c.

Le voile du palais est évidemment plus concave à droite qu'à gauche; la luette est aussi un peu déviée et bifide. Quant au pharynx, il nous semble que la paroi postéro-latérale droite est plus proéminente que celle du côté opposé.

État de la motilité. — Tous les mouvements des muscles de la face s'opèrent dans des conditions normales. L'action de gonfler les joues, de siffler, s'accomplit aussi bien à droite qu'à gauche, de même la mastication fonctionne avec autant de force du côté malade que du côté sain. Quant à la déglutition, il arrive assez souvent, dit le malade, qu'elle détermine un peu de gêne au fond de la gorge. La phonation ne présente aucun trouble fonctionnel capable de produire une dissonance dans l'omission de la voix par une contracture passagère de muscles du larynx. Les mouvements fibrillaires que l'on observe dans la région massétérine ne sont pas exagérés par les attachements ou les piqûres de la peau.

Sous l'influence de l'électricité, tous les muscles peuciers de la face se contractent aussi nettement que dans les conditions les plus normales; il est même facile de voir que la contraction se produit plus rapidement et plus énergiquement que du côté sain.

De même, le masséter détermine, quand la bouche est ouverte, un brusque mouvement d'élevation du maxillaire inférieur.

État de la sensibilité. — Au tact, à la douleur et à la température, la sensibilité ne paraît nullement modifiée. Avec l'œsthésiomètre, l'écartement des pointes, à droite et à gauche, ne dépasse pas un centimètre.

Organes des sens. Vue. — Le globe oculaire n'est pas plus enfoncé à droite qu'à gauche. L'ouverture palpébrale n'est ni agrandie ni diminuée, bien que nous ayons noté un peu d'atrophie du muscle orbiculaire. La cornée et la pupille sont normales. Le malade, interrogé au point de vue de l'acuité visuelle, répond qu'il a la vue bonne. M. le professeur Perrin, qui a eu la bonté de faire l'examen ophtalmoscopique, n'a en effet constaté qu'un léger degré de myopie à gauche, avec un commencement de staphylôme postérieur.

Le sens de l'odorat n'est pas modifié sensiblement. Extérieurement, l'organe semble présenter l'alle droite amincie et légèrement aplatie, bien qu'il soit fort difficile de dire si l'ouverture de la narine correspondante est plus étroite que celle du côté opposé.

Quant au sens du goût, il paraît fonctionner normalement, malgré l'atrophie très-considérable de l'organe dans sa moitié droite. L'application sur la langue de corps doués de saveurs très-différentes, tels que le sirop de sucre, l'acide citrique, l'alcool, a fait reconnaître très-exactement chacune de ces saveurs. Peut-être la perception est-elle plus lente du côté atrophie. L'acuité auditive n'est nullement troublée. Les sécrétions lacrymale et salivaire ne sont pas modifiées. La transpiration est très-notablement diminuée au niveau du trou mentonnier.

L'état général du malade est excellent, et toutes les fonctions de nutrition s'accomplissent chez lui d'une manière parfaite. Il n'existe ni anesthésie, ni autres troubles généraux de la sensibilité, de la motilité, en aucune région soit du tronc, soit des membres.

Tel est l'état fonctionnel et physique des différents organes qui sont compris dans l'atrophie. Pendant toute la durée du séjour du malade à l'hôpital, nous n'avons remarqué aucun changement appréciable dans la marche de la maladie; aucun nouveau symptôme n'est venu compliquer ni modifier l'aspect primitif des parties atrophiques; aucune nouvelle tache pigmentaire n'a pris naissance sur le trajet d'une branche nerveuse.

La motilité, la sensibilité générale et spéciale, sont restées stationnaires. Seul, le développement du système pileux offre un contraste de plus en plus frappant entre les deux parties de la face; car le malade n'étant plus obligé de se raser, tout le côté gauche se garnit d'une barbe abondante, tandis que le côté droit reste glabre.

Le traitement a consisté dans l'application de l'électricité dynamique. Nous avons essayé d'abord les courants induits. Ceux-ci déterminaient, sous une faible tension, de violentes secousses musculaires du côté atrophie; du côté gauche les contractions étaient beaucoup plus faibles. Une séance de dix minutes fut donnée tous les matins pendant quinze jours. Au bout de ce temps, les parties électrisées étaient devenues très-sensibles; elles présentaient un état de rubéfaction assez marqué et une éruption de boutons d'acné. Les courants induits furent supprimés, et le malade fut soumis, deux fois par jour, pendant un quart d'heure d'abord, puis pendant

une demi-heure, à l'influence des courants continus. Le pôle positif était appliqué à la région parotidienne au point d'émergence du facial; le pôle négatif, à la région mentonnière. Ce traitement par les courants continus dura un mois et demi, sans amener un changement appréciable dans l'aspect général de la face. Le malade, ayant été réformé, quitta l'hôpital.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 20 MARS 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

DOSAGES DES NITRATES ET DE L'AMMONIACQUE DANS L'EAU DE LA SEINE, PRISÉ LE 18 MARS 1876 AU-DESSUS DU PONT D'AUSTERLITZ. Note de M. Boussingault. Il résulte de cette communication que l'eau de la crue de la Seine qui s'écoule en ce moment contenait par mètre cube, le 18 mars courant; ammoniac, 33 centigrammes; acide nitrique, 4^{es}.20.

M. Belgrand rappelle à cette occasion que l'inspecteur général Poirée a donné les débits de la Seine correspondant aux niveaux observés à l'échelle du pont de la Tournelle. En appliquant ces données à la crue actuelle, la Seine débitait, le 18 mars, par seconde, 1661 mètres cubes; ou par vingt-quatre heures, 143 510 400 mètres cubes. Elle a donc entraîné à la mer, le 18 mars, un poids d'ammoniacque qu'on peut évaluer à $143\,510\,400 \times 0^{\text{e}},33 = 47\,358$ kilogrammes, et un poids d'acide nitrique de $143\,510\,400 \times 4^{\text{e}},20 = 182\,212$ kilogrammes. Il sera facile de calculer le poids correspondant à chaque jour de la crue lorsqu'elle sera entièrement écoulée,

ACTION PHYSIOLOGIQUE D'*Amanita muscaria* OU FAUSSE-ORONGE; PHÉNOMÈNES GÉNÉRAUX DE L'EMPOISONNEMENT; EFFETS DE CE POISON SUR LES ORGANES DE LA CIRCULATION, SUR CEUX DE LA RESPIRATION ET LES TROUBLES DE LA CALORIFICATION. Note de M. A. Alison.

« Les expériences ont été faites avec le suc filtré ou l'extrait d'*Amanita muscaria*, ou enfin avec son alcaloïde, la muscarine.

» I. Nous avons entrepris en premier lieu l'étude des phénomènes généraux de l'empoisonnement chez les mammifères, les oiseaux, les batraciens et les reptiles. Aux symptômes habituellement observés, à la suite des empoisonnements ou des expériences physiologiques, nous pouvons ajouter, outre l'hypercrétion des glandes en général observée chez les mammifères (Schmiedeberg et Koppe, Prévost) et également notée par nous sur les oiseaux, des phénomènes d'asphyxie manifeste, surtout chez les oiseaux, et enfin des troubles profonds de la calorification.

» II. En second lieu, nous étudions les effets de l'*Amanita muscaria* sur les organes de la circulation, d'abord sur le cœur des grenouilles, puis sur celui des mammifères.

» 1^o Chez les grenouilles, nous avons tout d'abord constaté, ainsi que MM. Schmiedeberg et Koppe, que, après l'injection sous-cutanée d'une dose suffisante de muscarine, le cœur s'arrête en diastole, ayant conservé son irritabilité musculaire, que cet arrêt disparaît par l'atropine, et que la muscarine ne peut plus produire son effet d'arrêt chez une grenouille préalablement atropinée. A ces faits nous pouvons ajouter les suivants: des doses très-faibles peuvent produire une légère accélération du cœur; l'arrêt diastolique s'obtient aussi par action locale, en déposant un petit fragment d'extrait sur le cœur, même après la destruction préalable de tout le système nerveux cérébro-spinal; ce même arrêt disparaît, sous l'influence non-seulement de l'atropine (Schmiedeberg et Koppe), de la digitaline (Bohm), de la calabarine (Prévost), mais aussi d'un grand nombre d'autres agents (1), air, lumière, excitations périphériques, nicotine, ergotine, hyoscamine; l'atropine cependant, qui peut rétablir les contractions, même après une ligature portée sur le cœur arrêté en diastole par la muscarine, l'emporte sur tous les autres agents, par suite surtout de ce fait qu'elle peut faire réapparaître les contractions alors que le cœur est arrêté depuis très-longtemps (après vingt-quatre heures,

(1) Nous avons présenté, à ce sujet, une Note à la Société de Biologie (20 Janvier 1875).

même en hiver), les autres agents n'ayant plus ou ayant épuisé leur action.

» Nous avons aussi étudié le mécanisme probable suivant lequel chacun des agents précités peut réveiller les mouvements du cœur; et, en ce qui concerne l'atropine, nous pensons que cet alcaloïde peut rétablir les contractions, soit en excitant les fibres sympathiques, soit en paralysant les extrémités cardiaques des vagues, soit par ces deux causes à la fois. Ajoutons que, chez une grenouille muscarinée, l'excitation galvanique des origines du pneumogastrique, après décapitation, ainsi que le contact du doigt sur une anse intestinale tirée au dehors, et d'après le procédé de Pirogoff, peut également déterminer un arrêt diastolique passager du cœur. Chez une grenouille en état d'atropinisation, ou se peut plus, en employant le même procédé, arrêter le cœur en diastole, comme cela s'obtient chez une grenouille normale.

» Enfin, d'autres amanites, entre autres l'*Amanita mappa*, quoique produisant des effets analogues à l'*Amanita muscaria*, ne déterminent pas, comme ce dernier poison, l'arrêt diastolique persistant du cœur.

» 2° Chez les mammifères, à faibles doses, l'*Amanita muscaria* détermine, non-seulement chez l'homme et le chien (Schmiedeberg et Koppé), mais aussi chez tous les animaux, lapins, grenouilles, etc., chez lesquels nous avons cherché à la déterminer, une augmentation du nombre des battements du cœur. À doses plus fortes, on obtient, souvent après une période d'accélération, une diminution progressive des contractions, qui disparaît par l'atropine. La pression artérielle s'abaisse rapidement sous l'influence de la muscarine, mais remonte aussitôt par l'atropine (Schmiedeberg et Koppé). De l'étude des faits et de la discussion à laquelle nous nous sommes livré sur le mécanisme suivant lequel l'*Amanita muscaria* produit l'arrêt du cœur, il résulte que, suivant toute probabilité, cet arrêt diastolique tient à la surexcitation des extrémités cardiaques des vagues, coïncidant alors avec une diminution d'activité des fibres sympathiques, qui cependant ne sont point paralysées au moment où survient l'arrêt.

» Nous avons profité de cette donnée pour chercher à éclaircir quelques points relatifs au mécanisme d'action de quelques autres poisons, nicotine, curare, hyoscyamine, sur le cœur des grenouilles.

» Enfin les cœurs lymphatiques de la grenouille continuent de battre malgré la muscarine (Prévost); ils ne reprennent pas leurs mouvements par l'atropine, comme le font les battements du cœur.

» III. En troisième lieu, nous avons étudié les effets produits par l'*Amanita muscaria* sur les organes de la respiration, chez les mammifères, les oiseaux, les grenouilles et les lézards.

» Les modifications éprouvées par la respiration sont relatives à la dyspnée surtout, qui est un des principaux symptômes de l'empoisonnement et qui conduit à l'asphyxie et à la cyanose, phénomènes très-manifestes chez les oiseaux et souvent même chez les grenouilles, et au degré de fréquence des mouvements respiratoires. Sous ce dernier rapport, nos expériences sont, en grande partie, confirmatives de celles de Schmiedeberg et Koppé; et l'on peut observer: 1° une augmentation de nombre, puis un retour graduel au chiffre normal (faibles doses); 2° une augmentation suivie d'une diminution (doses moyennes); 3° une diminution progressive jusqu'à l'arrêt définitif (doses toxiques).

» Toutes ces modifications dans l'acte respiratoire peuvent s'observer après la section préalable des pneumogastriques, mais disparaissent par l'atropine (Schmiedeberg et Koppé). Suivant ces deux auteurs, les mouvements respiratoires disparaissent avant les contractions du cœur. Ce fait est vrai chez les mammifères; mais, chez les batraciens, la respiration survit aux battements du cœur.

» IV. Dans nos recherches sur les troubles de la calorification, nous avons trouvé les résultats suivants:

» 1° Une élévation légère de la température, mais qui n'est pas constante et ne se produit ordinairement qu'une ou deux heures après le début (doses faibles); 2° un abaissement de 1 à 2 degrés, puis un retour vers une température normale (doses moyennes); 3° un abaissement très-prononcé précédant la mort (doses toxiques); 4° enfin le relèvement de la température par l'atropine. L'abaissement de température produit par l'*Amanita muscaria* et le retour vers la température normale dû à l'atropine sont deux faits très-importants: le premier peut servir pour aider au diagnostic et pour mieux fixer le pronostic dans les empoisonnements déterminés par la *Muscaria*, le second montre que cette substance possède, au point de vue de la calorification comme au point de vue des autres phénomènes généraux de l'empoisonnement, des

propriétés antagonistes très-remarquables, qui peuvent servir très-avantageusement, ainsi que beaucoup de nos expériences le démontrent, à combattre les effets toxiques produits par l'*Amanita muscaria*.

SUR LES MOYENS EMPLOYÉS POUR L'ÉDUCATION ET L'INSTRUCTION DES SOURDS-MUETS PAR LA MÉTHODE D'ARTICULATION. Mémoire de M. Magnat. (Extrait). — Nous avons fait connaître cette méthode dans notre numéro du 17 mars. (Commissaires: MM. Miine Edwards, Cl. Bernard, Blanchard, Gosselin.)

DIGESTION CHEZ LES INSECTES. — M. F. Plateau adresse une Note sur ses droits de priorité relativement à l'étude de cette question.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 28 MARS 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. le ministre de l'Agriculture et du commerce transmet à l'Académie: a. Un rapport d'ensemble sur un épidémie de rougeole qui a régné dans le département du Nord en 1871 et 1875. (Commission des épidémies.) — b. Le compte rendu des épidémies observées pendant l'année 1875 dans les départements de l'Ailier et de la Meuse. (Même commission.) — c. Des pièces relatives à une demande faite par M. Chartron, sollicitant l'autorisation d'exploiter une source d'eau minérale dite source du Parc, qu'il possède dans la commune de Vals. (Commission des eaux minérales.) — d. Des pièces relatives à une demande faite par M. de Brey, qui sollicite l'autorisation d'exploiter pour le service médical l'eau de la source dite de Pyrenne, qu'il possède dans la commune de Saleich (Haute-Garonne). (Même commission.) — e. Les tableaux des vaccinations pratiquées pendant l'année 1875 dans les départements du Gard et de la Mayenne. (Commission de vaccine.)

L'Académie reçoit: a. De la part de madame Lecorre, un état des enfants vaccinés par elle avec succès pendant les années 1872, 1873, 1874, 1875. — b. Une lettre de remerciements de M. Chauveau à l'occasion de sa nomination au titre d'associé national.

M. Larrey dépose sur le bureau, au nom de M. Barnes: 1° Un travail sur le choléra épidémique de 1873 aux États-Unis; 2° un rapport de M. Georges Otis sur le transport des soldats blessés.

M. Fauvel offre à l'Académie, au nom de M. le docteur Ernest Bessier, le 9 fascicule (1875) des COMPTES RENDUS DES MALADIES RÉNÉES FAITES À LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS.

M. Chacras de Harpy présente, de la part de M. le docteur Baccilli (de Rome), un travail intitulé: ÉTUDE SUR LA TRANSMISSION DES SOUS-A TRAVERS LES LIQUIDES ENDO-PLÉURÉTIQUES DE DIFFÉRENTES NATURES.

ACONIT ET ACONITINE. — M. Gubler donne lecture d'un court rapport sur un travail de M. Oulmont, intitulé: DE L'ACONIT, DE SES PRÉPARATIONS ET DE L'ACONITINE. M. Oulmont s'était proposé de comparer entre elles les diverses préparations d'aconit, d'assigner à chacune d'elles sa valeur relative, d'en déterminer la stabilité et la constance et le degré de confiance qu'il convient de leur accorder.

M. Gubler soumet à un examen critique les expériences et les opinions de l'auteur; il n'accepte pas quelques-unes de ses assertions. Il ne croit pas, comme M. Oulmont, que l'extrait alcoolique d'aconit soit préférable à son alcaloïde. Ce dernier est un produit cristallisé, fixe, d'une composition bien déterminée et remarquable par l'intensité et la constance de ses effets; l'autre est au contraire d'une composition incertaine. Il trouve M. Oulmont trop défiant vis-à-vis de l'aconitine, à laquelle il reproche dans son travail d'être trop énergique et d'un maniement difficile. Cette difficulté, dit M. Gubler, n'est pas une raison pour l'exclure de la thérapeutique, et l'extrême énergie de l'atropine ou de la digitale ne doit pas faire renoncer à ces deux agents héroïques.

Malgré ces quelques dissidences d'opinion sur certains points de pratique ou de théorie, la commission est d'accord avec l'auteur sur les propositions fondamentales de son travail, à savoir: que les diverses préparations d'aconit sont très-inégaux dans leur action physiologique et par conséquent très-incertaines dans leurs effets thérapeutiques. Elle s'associe donc au vœu émis par M. Oulmont de faire procéder à une révision des formules généralement usitées pour les préparations d'aconit.

DISCUSSION SUR LE RAPPORT DE M. HARDY. — M. Hillairet vient répondre à M. Devcrgie et défendre le diagnostic porté par M. Hardy: de gangrène symétrique des extrémités. Il

combat l'idée d'une lèpre admise par M. Devergie: l'affection dont est atteinte la malade de M. Després ne ressemble nullement à la lèpre commune, ni même à une lèpre anormale, dégénérée, transformée par nos climats. La lèpre est une maladie toujours identique avec elle-même; elle présente partout et toujours les mêmes caractères; c'est une affection générale débutant par des accès de fièvres irréguliers, des douleurs rhumatoïdes, de l'affaiblissement et de la tristesse. Rien de semblable ici. Bientôt apparaissent des taches fauves rouges ou blanches, s'accompagnant d'une anesthésie ou d'atrophie musculaire des régions malades; à ces taches succèdent des tubercules, ou quelquefois des pustules, des bulles pemphigoides. Plus tard, après les tubercules, viennent des ulcérations, et à ces lésions locales se joignent bientôt des accidents plus ou moins sérieux du côté du foie, des reins ou des poumons; jamais la malade en question n'a présenté cet ensemble de symptômes. M. Devergie parle d'une lèpre particulière propre à certaines régions de la France, qu'Alibert aurait étudiée, décrite et dont il aurait lui-même observé quelques exemples. Les faits rapportés par Alibert comme des cas de lèpre n'en sont pas en réalité. En examinant avec soin ses observations, on voit qu'il a pris pour de la lèpre des faits de psoriasis, de serofulidite ou des manifestations syphilitiques. Quant aux cas observés par M. Devergie, ils ne sont pas plus probants, et l'un d'eux était certainement un exemple de mycosis ou de tumeurs fibromateuses multiples de la peau. Il n'y avait rien là de la lèpre. M. Hillairet croit que, dans l'immense majorité des cas, on a affaire à une vérole plus ou moins manifeste, plus ou moins transformée.

Quant à la malade de M. Després, elle a présenté une série de symptômes essentiellement différents d'une affection lèpreuse. Elle a débuté il y a huit à neuf ans par des pustules ou des vésico-pustules au coude et non par des tubercules; ces pustules se sont ulcérées, et les ulcérations ont gagné de proche en proche. Il n'y a pas eu le moindre ralentissement sur l'économie, et la santé est restée parfaite.

Cette malade n'a donc aucun des caractères de la lèpre, et M. Hillairet rejette absolument ce diagnostic.

M. Hardy fait remarquer que le cas présenté par M. Després est extrêmement rare, et que cette rareté même explique la divergence des opinions qui ont été émises sur la nature de cette maladie. Il repousse comme M. Hillairet l'idée d'une lèpre; sans doute, certaines formes de cette maladie s'accompagnent parfois de phénomènes gangréneux, mais ce ne sont que des accidents d'une affection caractérisée d'ailleurs par d'autres symptômes parfaitement déterminés; tandis qu'ici la gangrène constitue le fait primordial, elle s'est montrée en dehors de tout état diathésique, et si l'on peut différer sur son origine on ne peut nier qu'elle ne soit ici le phénomène capital. Sans doute, la lèpre existe encore dans certaines régions de la France, mais ses caractères diffèrent essentiellement de la maladie en question; il ne saurait donc l'admettre et croit pouvoir affirmer qu'il s'agit bien d'une gangrène symétrique des extrémités. Malgré quelques incertitudes et certaines différences avec la maladie décrite par M. Maurice Raynaud. C'est en raison de ces obscurités que, dans son rapport, il a accepté dans certaines limites et avec des réserves l'opinion de M. Devergie; il pense, en effet, que ces affections si diverses en apparence (lèpre, sclérodémie, psoriasis, etc., etc.) ont entre elles un lien commun; un trouble profond de la nutrition due à l'altération particulière du système nerveux, à une lésion des centres trophiques.

M. Devergie ne trouve pas qu'on ait en réalité réfuté son diagnostic. En somme, M. Hillairet et M. Hardy ont vu surtout la gangrène, qui est ici le phénomène le plus saillant et qui frappe au premier abord, et ils en ont fait la base, le point de départ de leur diagnostic. Si cette gangrène est véritablement toute la maladie, pourquoi n'a-t-elle paru qu'au bout de sept à huit ans? pourquoi ne s'est-elle montrée qu'après tous

les autres symptômes? Dans la description de M. Raynaud, c'est par la gangrène que débute la maladie; elle paraît presque immédiatement après la sensation de froid et les douleurs si caractéristiques qui ont absolument fait défaut ici.

Quant à la lèpre, M. Hillairet déclare qu'elle n'existe pas en France, tandis que M. Hardy en reconnaît l'existence dans certaines régions, dans la Provence, les Alpes-Maritimes, aux environs de Nice, etc. Rien ne répugne donc à admettre l'idée d'une lèpre, mais d'une lèpre anormale modifiée, dégénérée si l'on veut par notre climat. M. Hillairet critique les observations d'Alibert; il s'attaque à forte partie, et Alibert savait assez sa syphilis et ses maladies de peau pour ne pas les confondre. Il n'accepte pas le diagnostic de syphilis pour les faits qu'il a observés lui-même; il y a des gens qui voient la vérole partout et d'autres nulle part.

En résumé, M. Devergie ne trouve pas qu'on lui ait prouvé suffisamment qu'il s'agissait dans le cas actuel d'une gangrène symétrique des extrémités, et il maintient son diagnostic.

DICROTISME ET POLYCROTISME. — M. Marey donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. le docteur Ed. Maragliano, intitulé: DICROTISME ET POLYCROTISME.

L'auteur s'est proposé de préciser les conditions de la circulation du sang dans lesquelles se produit le pouls dicrote. Il critique les expériences et la théorie de M. Marey et montre qu'elle est incomplète et en désaccord avec les faits cliniques. M. Marey reconnaît la justesse de ces critiques; il avait du reste constaté lui-même l'insuffisance de sa théorie dans un travail publié en 1875, où il répond d'avance aux objections de M. Maragliano. Son rapport, ajouté 4-11, n'aurait plus raison d'être si M. Maragliano ne soulevait à propos du dicrotisme certaines questions qui intéressent également le physiologiste et le médecin.

Il examine donc successivement les dix propositions émises par M. Maragliano sur le mécanisme et les conditions de production du pouls dicrote. Il réfute quelques assertions qui lui paraissent en désaccord avec les faits ou les lois de la physique. Ainsi, M. Maragliano croit que l'impulsion de la colonne sanguine serait seule cause du dicrotisme; l'élasticité des artères aurait pour rôle unique de permettre à la colonne sanguine de transmettre ses oscillations au doigt qui l'explore; le fait est absolument inadmissible, et l'élasticité des artères intervient directement dans le mécanisme du pouls dicrote. M. Maragliano admet encore que dans le dicrotisme le premier soulèvement du doigt est dû à une onde centrifuge, le second à une onde centripète; cette théorie nouvelle est en désaccord avec l'expérience: les deux ondes qui frappent successivement le doigt dans le pouls dicrote sont toutes deux centrifuges.

M. Marey conclut que le mémoire de M. Maragliano, réserve faite de certaines propositions qui semblent inadmissibles, contient certains faits importants pour l'explication du pouls dicrote; il rectifie certains points de l'ancienne théorie et fournit à certains égards des arguments nouveaux et de grande valeur.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 10 MARS 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LABOULBÈNE.

LE TÆNIA À LILLE. — LE TÆNIA INERME ET LA VIANDE DE BEUF CRUE. — LE CANCER DU LARYNX ET LA TRACHÉOTOMIE. — ALBUMINURIE ET HÉMORRHAGIE DE LA PROTUBÉRANCE.

A l'occasion du procès-verbal et de la discussion sur le tænia, il est donné lecture d'une lettre de M. Van Peltghe (de Lille), dans laquelle il rappelle une communication faite par lui sur le tænia en 1862 à la Société centrale de médecine de Lille (in *Bull. méd. du Nord*). A cette époque, il signalait la grande fréquence du tænia dans la ville, fréquence qui,

d'après une enquête, fut attribuée à la consommation de porcs du Limousin, atteints de ladrerie, dont un troupeau avait été débité à l'abattoir. La viande de ces animaux était réellement farcie de scolex, et l'on conçoit que, grâce à la résistance des œufs que contiennent les proglottides (un jambon soumis à l'ébullition pendant six heures n'accuse que 50 et quelques degrés au centre, chaleur insuffisante pour détruire les germes de ténias) le parasite puisse se multiplier considérablement.

Les vidanges des latrines servant dans ces contrées à l'arrosage des jardins potagers, prairies ou champs, une multitude d'animaux destinés à l'alimentation de l'homme peuvent ingérer des œufs de ténias, qui deviendront chez eux scolex, puis vers rubannés chez l'homme. La propagation du parasite se faisant ainsi sur une grande étendue et par des causes multiples, on voit se développer de véritables épidémies de ténias.

M. Van Petteghen partage également l'opinion qui attribue à l'usage de la viande crue, comme aliment ou médicament, la fréquence du ténia inermis. Il a rarement observé des accidents notables chez les individus porteurs de ténias : trois fois cependant l'épilepsie, une seule fois des convulsions violentes lui ont paru être déterminées par la présence de ténias.

— M. Vidal communique à ce propos sa propre observation.

Ayant été atteint en 1868 de pérityphlite chronique avec affaiblissement profond, il avait été mis au régime de la viande crue, et en octobre de cette même année il se rendait à Alger. Là il mangeait chaque jour 600 à 700 grammes de viande de bœuf crue, malgré les avertissements de quelques médecins du pays qui lui dirent que les bœufs africains étaient souvent porteurs de scolex de ténias inermes. En effet, au bout de quatre mois, en mars 1869, il s'aperçut de l'évacuation de quelques proglottides très-vivaces. Une émulsion de 400 grammes de courges amena l'expulsion de quatre ténias inermes (*mediocanellata*), moins leurs têtes.

L'alimentation par la viande crue n'en fut pas moins continuée par M. Vidal. En juin, à son retour en France, nouvelle évacuation de cucurbitins précédée de symptômes identiques à ceux précédemment ressentis. Une émulsion d'huile de ricin et de semences de courges recueillies dans le centre de la France n'amena cette fois aucun résultat. Mais des graines récoltées en Afrique furent plus efficaces et expulsèrent deux ténias encore privés de leur tête. Le régime de la viande crue put alors être remplacé par une alimentation ordinaire. En octobre 1869, M. Vidal prit encore une dose de graines de courges qui fut suivie de l'expulsion d'un long ténia inermis privé de son scolex. Depuis, aucun symptôme n'est venu faire soupçonner la présence d'un parasite intestinal.

Les symptômes éprouvés par M. Vidal, alors même qu'il portait quatre vers, se bornèrent à quelques légers vertiges, à une sorte de titillation dans l'hypochondre gauche et particulièrement à une sensation spéciale dans l'arrière-gorge, analogue à celle que produirait la présence en ce point d'un corps gras, sensation qui provoquait le matin des nausées et l'expulsion de quelques mucosités. Plusieurs fois M. Vidal a constaté ce dernier symptôme chez des individus qui avaient le ténia.

M. Jaillard, pharmacien en chef de l'hôpital du Dey et professeur à l'école d'Alger, a constaté souvent dans les muscles du bœuf de très-petits cysticerques visibles à la loupe. Les scolex se développeraient, suivant lui, dans l'intestin de l'homme sous forme de *Tenia medicanellata*. M. Vidal a cherché en vain ces cysticerques.

M. Vidal a essayé de faire éclore des œufs de ces ténias en les injectant dans le tissu cellulaire d'un cobaye, mais il a échoué.

Plusieurs fois il a vu à Alger, sur de la viande envoyée par

son boucher, des cysticerques gros comme des pois, à tête tétragonale, pourvue d'une double couronne de crochets et appartenant au *Cysticercus tenuicollis* de Rudolphi. Ces cysticerques se trouvent dans le poulmon, le péritoine, le diaphragme. Ce cysticerque armé est bien différent de l'inermis qui occupe le tissu musculaire.

La fréquence du ténia inermis dans le centre de la France est en rapport avec l'exportation des bœufs d'Afrique. Cette exportation, avant la guerre, ne dépassait guère le midi de la France. Mais, d'après des renseignements fournis par le docteur *Emile Bertherand*, secrétaire de la Société des sciences physiques et climatologiques d'Alger, il résulterait que l'Algérie a expédié en France 2476 bœufs en 1870, 3610 en 1871, 18952 en 1872, 10312 en 1873 et 3079 en 1874. Or, ces bœufs sont fréquemment atteints de cysticerques *cellulose*, surtout en été. Ce qui explique suffisamment la propagation du ténia inermis en France. D'ailleurs, en Algérie, et surtout à Bône et à Oran, on constate depuis quelques années un nombre croissant de ténia inermis chez l'homme ; les vétérinaires ne l'ont pas encore constaté chez les animaux domestiques. Le porc, en Algérie, est très-rarement atteint de ladrerie.

M. *Laboulbène* dit qu'il y a encore bien des obscurités dans l'histoire du ténia inermis. Il a entrepris quelques expériences à Alfort dont on attend les résultats : il a fait avaler à des veaux et à des bœufs des œufs de ce ténia. C'est dans le tube digestif seulement que la coque dont les œufs sont enveloppés est détruite. Ceci explique l'insuccès des expériences de M. Vidal sur le cobaye ; et dans le tissu cellulaire, l'œuf ne peut se développer.

— M. *Isambert* présente le numéro de mars des ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNX et énumère les articles qu'il contient. Il signale en particulier un article dont il est l'auteur et qui a trait à un cas de cancer primitif du larynx qui s'était développé sans déterminer aucun trouble, mais qui produisit soudainement un accès de suffocation.

Il distingue quatre formes cliniques de cancer du larynx : 1° le cancer extrinsèque ou laryngo-pharyngien ; 2° le cancer polypiforme intra-pharyngien ; 3° le cancer intra-laryngien squirreux ; 4° le cancer sous-glottique ou de la trachée.

M. *Brouardel* dit avoir lu avec grand intérêt ce travail, et il a été frappé de voir M. *Isambert* déclarer inutile la trachéotomie dans les cas de cancer du larynx. M. *Brouardel* ne partage pas cette opinion ; dans un rapport qu'il fit autrefois à la Société anatomique sur un certain nombre de cas de cancer du larynx, il a relevé quelques observations où l'on voyait tout le bénéfice qu'il y a, au contraire, à opérer certains malades. Dans un de ces faits, le malade survécut treize mois grâce à l'opération de la trachéotomie ; dans un autre fait, on gagna quinze mois. La conclusion, suivant M. *Brouardel*, est que la trachéotomie est toujours à tenter.

M. *Isambert* répond qu'il ne condamne pas la trachéotomie dans tous les cas. Pour lui, il la rejette quand il y a de la dysphagie, parce qu'il vaut mieux encore mourir étouffé que mourir de faim. L'opération qu'il condamne absolument, c'est l'ablation du larynx telle que la pratiquent les Allemands, lesquels en cachent les résultats à ailleurs peu favorables.

— M. *Lépine* lit une observation intitulée : néphrite parenchymateuse chronique, coma, hémiplegie gauche avec contracture, déviation de la tête à gauche ; autopsie : hémorragie de la grosseur d'un grain de millet dans la moitié droite de la protubérance.

A. L.

Société de biologie.

SÉANCE DU 25 MARS 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. PARROT.

RECHERCHES SUR LA STRUCTURE ET LE DÉVELOPPEMENT DES BACTÉRIES : M. MARTIN. — ÉTUDE EXPÉRIMENTALE SUR L'ÉTAT DU FER CONTENU DANS LA RATE : MM. MALASSEZ ET PICARD.

M. Martin fait une première communication sur la structure et le développement des bactéries.

A l'aide de très-forts grossissements l'auteur a pu constater les particularités suivantes : la bactérie à l'état de complet développement ne se compose pas d'un bâtonnet amorphe ; elle est constituée par une chaîne non interrompue de granulations très-fines, biréfringentes, entourée d'un dure plasma moins lumineux. Quand la bactérie se compose de plusieurs bâtonnets il y a autant de chaînes que de bâtonnets, et les espaces clairs qui avaient été pris pour des cloisons sont les points qui séparent les diverses chaînes et dans lesquels le plasma existe seul.

Il a constaté de même que les granulations isolées s'accroissent et se transforment en chaînes par bourgeonnement ; cette constatation a eu lieu sur deux chaînes composées de deux anneaux, qu'il a observées pendant plus d'une heure.

Voici, d'après M. Martin, comment se fait probablement le développement de la bactérie : la granulation s'entoure d'abord de plasma, puis elle se transforme en chaîne en même temps que le plasma s'allonge, prenant ainsi la forme d'un bâtonnet.

Cette manière de voir est basée sur les faits suivants : 1° L'auteur a vu des granulations isolées s'entourer d'un nuage de plasma ; 2° quand un bâtonnet ne contient que deux granulations elles sont aux deux extrémités, elles paraissent donc devoir se rejoindre par bourgeonnement.

— M. Picard communique, en son nom et en celui de M. Malassez, de nouvelles recherches sur le fer contenu dans la rate. Il s'agissait de savoir si ce fer était à l'état d'hémoglobine ou d'une autre combinaison. Après avoir lavé la rate au moyen d'un courant d'eau chlorurée poussée par l'artère, et s'être assuré qu'il ne sortait plus un seul globule sanguin, ils ont recueilli dans un vase l'eau colorée qui sortait, et ont pu, en examinant cette eau au spectroscope, s'assurer qu'elle contenait une forte proportion d'hémoglobine, facilement reconnaissable par ses caractères et ses réactions. Quand l'eau sortait incolore la rate avait perdu presque complètement sa couleur rouge ; elle ne contenait plus que des traces de fer. A ce moment, les cellules examinées au microscope révélaient encore la présence de l'hémoglobine. Le fer contenu dans la rate y est donc à l'état d'hémoglobine combinée avec les éléments propres.

II. CITROUPE.

Société de thérapeutique

SÉANCE DU 22 MARS 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. OULMONT.

POUDRE SOLUBLE DE SANG DE M. LE BON. — INCONVÉNIENTS ET ADRES DE LA VIANDÉ CRUE : M. GUBLER. — DES DIVERS EMPLOIS QU'ON POURRAIT FAIRE DE LA POUDRE DE SANG : MM. C. PAUL, GUBLER, MOUTAUD-MARTIN, BEAUNEZ. — DU FER DANS LA CHLOROSE : MM. THASROT, MIALHE, C. PAUL, BEAUNEZ.

M. Le Bon adresse à la Société une note sur la transformation du sang liquide en poudre soluble et sur les propriétés de la poudre ainsi obtenue. Cette poudre est parfaitement soluble dans l'eau, et l'on obtient par cette dissolution un liquide d'une magnifique couleur rouge due à la présence de l'hémoglobine.

Cette liqueur, suffisamment étendue, est très-transparente ; mais par le repos, il se dépose au fond du vase une couche légère d'une substance blanche, insoluble, qui n'est autre que

la globuline, c'est-à-dire la charpente du globule dont elle ne forme du reste qu'une très-laible partie, l'hémoglobine en en constituant les 9/10^e.

La poudre de sang obtenue par M. Le Bon représente donc exactement du sang défibriné et privé de son eau.

Le spectroscope prouve que l'hémoglobine n'a subi aucune altération et présente ses bandes d'absorption caractéristiques. Les préparations qu'on vend dans le commerce sous le nom d'extrait de sang ne contiennent, au contraire, pas un atome d'hémoglobine.

Le sang employé par M. Le Bon est préalablement défibriné, circonstance peu importante au point de vue thérapeutique, puisque pour la transfusion elle-même on adopte le sang défibriné.

L'auteur propose de remplacer par sa préparation de sang la viande crue ou le sang liquide pris aux abattoirs, deux modes de traitement que l'auteur regarde comme excellents, mais désagréables, et de la substituer aux différents ferrugineux, puisque le fer du sang est ici présenté dans l'état même qui lui est propre dans l'organisme.

M. Gubler n'a rien à dire de la préparation de M. Le Bon, puisqu'il ne l'a pas employée ; il ne saurait cependant partager l'opinion émise par lui au sujet de la viande crue qui serait, dit M. Le Bon avec la majorité des médecins, préférable à la viande bien cuite et plus facile à digérer. Sans doute, dit M. Gubler, la viande crue est, dans une certaine mesure, plus facile à attaquer par le suc gastrique ; mais ce point de vue ne suffit pas. Il importe de considérer tous les effets que peut produire un aliment. Or, si la viande bien cuite manque relativement de digestibilité dans les expériences *in vitro*, elle a en revanche plus de saveur ; elle excite à la fois et le goût, et les glandes salivaires, et l'action même de l'estomac. Aussi existe-t-il beaucoup de personnes qui, sans aucune répugnance morale, ne digèrent pas la viande crue et digèrent à merveille la viande rissolée, dégagée tous les principes aromatiques qui ont reçu le nom d'*osmazôme*. La viande bien cuite, bien préparée, vant donc mieux et se digère mieux dans l'estomac. M. Gubler ajoute que la crainte du ténia, dont l'accroissement proportionnel à l'usage plus fréquent de la viande crue est maintenant bien prouvé, doit empêcher les médecins d'en faire un usage aussi fréquent qu'ils le font depuis quelques années. La viande même des ruminants donne le ver solitaire ; c'est là un grand inconvénient pour un petit bénéfice. M. Gubler proteste, en terminant, contre l'usage abusif de la viande crue.

Qu'on ne croie pas d'ailleurs, ajoute-t-il, qu'il suffise de chauffer la viande à une température de 50 et quelques degrés au centre pour tuer les germes parasites. Il ne faut pas moins de 76 degrés pour coaguler l'albumine, et cette température même est loin d'être suffisante pour détruire les organismes inférieurs. Il y a donc là un danger et une profonde illusion.

M. C. Paul a examiné le liquide présenté par M. Le Bon sous le nom d'extrait de sang. Il renferme manifestement de l'hémoglobine. Quant à la partie qui n'est pas dissoute, on ne distingue au microscope aucune forme qui permette de reconnaître là des fragments de protoplasma ; on ne trouve que de petites membranes granuleuses que M. Paul croit être de la fibrine. Il pense donc que toute la fibrine n'est pas enlevée par le système de défibrination employé par M. Le Bon.

Quant aux applications thérapeutiques, M. Paul se demande si l'on ne pourrait pas, après avoir filtré avec soin ce liquide, s'en servir pour injecter directement dans la veine et pratiquer ainsi la transfusion.

— M. Gubler ne saurait adhérer en aucune façon à une semblable proposition. La transfusion n'a qu'un but, qu'une raison d'être : l'organisme étant arrivé aussi bas que possible, étant incapable de fabriquer les globules dont il a besoin ou n'ayant pas devant lui le temps de le faire, lui donner immé-

diatement et à bref délai les globules dont il a besoin pour prendre le temps d'en faire lui-même; il faut donc, sous peine de ne rien faire, lui donner des globules vivants.

M. *Moutard-Martin* s'associe pleinement à cette protestation.

M. *Beaumont* ajoute que peut-être dans le choléra, si l'on injecte avec succès de l'eau pure, on pourrait avec avantage remplacer cette eau par le liquide en question, qui n'aurait pas, comme elle, l'inconvénient de détruire les globules en les dissolvant.

Peut-être à la rigueur pourrait-on l'injecter sous la peau, comme cela s'est fait pour le sang dans ces derniers temps.

M. *Gubler* croit qu'on ne se préparerait de toute façon que des déhoires : on n'injecterait jamais que des déchets, des résidus, et l'on mettrait le malade dans la condition d'un homme atteint d'une destruction pathologique des globules; on lui ferait à coup sûr plus de mal que de bien.

— M. *Trasbot*, au sujet du passage de la communication de M. Le Bon, où il est fait mention des avantages du fer en général, et, en particulier du fer contenu dans la préparation de M. Le Bon, fait remarquer que chez le chien, animal chez qui l'anémie est fréquente, on la guérit parfaitement sans fer. Le phosphate de chaux, le café, le vin de quinquina, sont tout aussi bons chez les animaux. Il ne croit pas d'ailleurs que le fer agisse par son intégration comme fer; mais uniquement comme excitant pouvant être remplacé par plusieurs autres. Sans doute, il y a du fer dans le sang; mais il ne s'agit pas d'en mettre, il faut en faire puiser par l'organisme, dans l'alimentation.

M. *Mialhe* ne partage pas cette opinion déjà émise il y a longtemps par Trousseau.

M. *Limousin*, reprouvait les objections qui ont été faites à la viande crue comme agent producteur du tœnia, fait valoir à ce point de vue les avantages de la solution de M. Le Bon, qui ne saurait engendrer le tœnia, puisqu'elle n'est préparée qu'avec du sang des vaisseaux.

M. *C. Paul* s'élève contre la théorie qui tendrait à faire abandonner le fer dans la chlorose. Comment agit-il? M. Paul n'en sait rien; mais il agit, c'est là, selon lui, un fait incontestable.

M. *Beaumont* croit, à l'inverse, que s'il y a une erreur en thérapeutique, c'est à coup sûr celle qui consiste à croire à l'efficacité du fer. L'utilité de ce médicament n'est, pour lui, nullement démontrée; dans la chlorose, il est de nul effet. L'arsenic lui est bien supérieur. Le sirop d'iodeur de fer, excellent médicament, agit par son iode et non par son fer; la viande et la viande cuite vaut beaucoup mieux que le fer, et si l'on veut un médicament il préfère l'arsenic.

— M. *Paul*, à l'inverse de son contradicteur, croit que l'erreur est du côté des partisans de l'arsenic.

La question paraissant des plus intéressantes à la Société, elle a décidé de mettre l'emploi du fer dans la chlorose à l'ordre du jour de ses discussions. On voit déjà que les avis ne manqueront pas d'être partagés.

A. B.

REVUE DES JOURNAUX

Noté sur un mode particulier de traitement du prolapsus invétéré du rectum chez l'adulte, par le docteur E. DELENS.

Le traitement auquel M. Delens a eu recours n'est pas nouveau; les chirurgiens anglais l'emploient fréquemment pour le prolapsus du rectum chez l'enfant et, suivant Allin-

gham, son efficacité est constante dans ce cas. Mais il est à peu près inconnu en France et ne paraît être, même en Angleterre, qu'exceptionnellement employé chez l'adulte.

Voici en quoi il consiste : La portion de l'intestin qui fait saillie hors de l'anus est cautérisée avec l'acide nitrique fumant et réduite immédiatement. L'ampoule rectale est alors remplie, jusqu'à distension, avec des tampons d'ouate, et une compression extérieure est établie au niveau de l'anus et du périnée pour établir la réduction. Dans cet état, le malade garde le repos complet au lit et doit rester autant que possible de cinq à six jours sans aller à la selle, ce qu'on obtient généralement par l'administration de l'opium.

Tel est le traitement d'Allinghiam. M. Delens y a ajouté l'électrisation du sphincter anal pour prévenir la récurrence. Le relâchement du sphincter est en effet tel que, sans cette précaution, l'infirmité se reproduirait certainement au bout d'un certain temps. Avant de procéder à la cautérisation il importe de vider aussi complètement que possible l'intestin, et pour cela les lavements doivent être répétés plusieurs jours de suite. Il est bon de commencer l'administration de l'opium dès la veille de l'opération.

M. Delens a guéri par ce procédé un prolapsus datant de dix ans chez une femme de trente-deux ans. La cautérisation a été à peine douloureuse et la distension du rectum par les tampons d'ouate n'a pas provoqué les efforts expulsifs que l'on pouvait craindre. Le peu de sensibilité du ventre dans les jours qui ont suivi la cautérisation et l'absence de réaction générale sont également à noter dans ce cas. (*Journal de thérapeutique*, 25 février 1876.)

Le kava-kava contre la hémorrhagie, par le docteur DUPUY, médecin de la marine.

Le kava, kava-kava, ava, ava-ava (*Piper methysticum*) est une plante de la famille des pipéracées originaire de l'Océanie, haute de 4 à 5 mètres et d'une ressemblance assez frappante avec un jeune figuier de France. La racine de cette plante est acre, astringente, sialagogue; O'Rorke la donne comme un puissant sudorifique. Cook a signalé le kava comme une liqueur avec laquelle les naturels s'enivrent, et MM. de Quatrefages et Fonsagrives lui accordent également des propriétés enivrantes. Cette assertion est, paraît-il, tout à fait erronée.

C'est par une circonstance toute fortuite que M. Dupuy a pu observer les propriétés antihémorrhagiques du kava. Le naufrage de son navire l'ayant laissé avec de nombreux malades sans le moindre médicament, il avait dû laisser ses hémorrhagiques sans traitement. Les hommes de l'équipage ayant pu obtenir du kava, le mélangèrent à leur eau pour se procurer une boisson plus agréable. Au bout de quelques jours le médecin du bord fut frappé de la modification survenue dans l'état de ses vénériens. Les douleurs de la miction cessèrent, l'écoulement diminuait rapidement et, dans une période de temps variant de dix à douze jours, tous les hémorrhagiques étaient guéris. Le kava fut ensuite employé dans un grand nombre de cas et donna les mêmes résultats. La liqueur, telle que la préparent les naturels et telle qu'elle a été administrée dans la hémorrhagie, n'est qu'une macération dans l'eau de la racine sèche préalablement divisée. Après avoir râpé 4 ou 5 grammes, et même plus, de la racine, on la met macérer dans 1000 grammes d'eau pendant cinq minutes, en agitant plusieurs fois. Cette eau filtrée est donnée ensuite en deux fois pendant la journée, avant ou après les repas, jusqu'à guérison.

M. Dupuy résume ainsi son travail : Le kava n'est pas enivrant; diurétique de grande énergie, il combat rapidement les écoulements hémorrhagiques. Amer et d'un goût que l'on aime vite, il peut rendre de grands services aux per-

sonnes délicates, à celles dont l'estomac fatigué ou délabré supporte mal nos moyens actuels de traitement. (*Journal de thérapeutique*, 25 février 1876.)

Épingle à cheveux perdue dans la vessie; extraction par le vagin, par le docteur PANAS.

Il s'agit d'une jeune fille de dix-neuf ans chez laquelle l'introduction d'une épingle à cheveux avait déterminé une cystite aiguë accompagnée de douleurs intenses dans la région hypogastrique. L'extraction ayant été inutilement tentée avec le brise-pierre, M. Panas substitua à cet instrument une pince à pansement entre les mors de laquelle il saisit la partie de l'épingle qui se présentait vers l'urètre, au même temps qu'il sentait, au moyen de l'index gauche introduit dans le vagin, les pointes de l'épingle qui étaient dirigées en arrière. Une pression fut alors exercée au moyen de l'index sur cette partie de l'épingle pour faciliter son déploiement et sa marche dans l'urètre. Sous l'influence de cette pression, une des pointes de l'épingle traverse la cloison vésico-vaginale et vient faire saillie dans le vagin. L'opération fut alors simplifiée, car on n'eut plus qu'à saisir cette pointe avec une pince et à l'extraire lentement. La malade quitta l'hôpital deux jours après l'opération, parfaitement guérie.

M. Panas fait remarquer la facilité avec laquelle on peut extraire les corps étrangers à travers la cloison vésico-vaginale. La simple perforation de ce septum musculo-membraneux n'expose pas à la fistule comme le fait de l'opération de la boutonnière périméale ou pénienne chez l'homme. Grâce à celle-ci, M. Panas a pu retirer sans accidents une épingle à cheveux de l'urètre d'un homme. Mais chez la femme les conditions de l'extraction sont plus faciles encore. On pourrait même les simplifier davantage en poussant à la fois les deux pointes de l'épingle dans le vagin et en les attirant jusqu'à ce que l'anse qui les rejoint retint seule l'épingle dans la vessie. En les saisissant alors et en écartant fortement on pourrait extraire l'épingle, devenue rectiligne, par une simple traction sur celle de ses extrémités qui serait la plus à portée du chirurgien. (*France médicale*, 26 février 1876.)

Travaux à consulter.

CONSTIPATION OPINIÂTRE PRODUITE PAR UN LIPOME PÉDICULÉ DU RECTUM, par M. APÉZOU. — Il s'agit d'une femme de quatre-vingt-trois ans, qui souffrait d'une constipation opiniâtre avec ténisme rectal et pesanteur à l'anus depuis deux ans. Pendant la convalescence d'une pneumonie, la malade vit sa constipation s'aggraver en même temps qu'elle ressentait des douleurs vives à l'anus. Le 27 février 1875, après plusieurs tentatives inutiles pour prendre des lavements qui ne pénétraient pas, elle rendit tout à coup, sans perte de sang, un petit corps ovoïde, gros comme un œuf de pigeon (poids, 20 grammes), qui fut reconnu pour être un lipome. À la petite extrémité on voyait les restes du pédicule. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1875, p. 195.)

DEUX CAS REMARQUABLES DE VARIOLE, par le docteur Emmanuel KRAMER. — 1° Un malade à un rash scarlatiniforme qui disparaît le sixième jour de la variole. Le huitième jour, c'est-à-dire après la disparition complète de ce rash et au moment de l'aéme du processus variolique, il se développe une scarlatine nettement caractérisée avec tous ses symptômes propres. 2° Le second malade eut une variole moyenne qui évolua avec une parfaite régularité; le seizième jour après le début de l'éruption, qui était éteinte, apparut, après prodrome, une seconde éruption variolique qui évolua régulièrement à son tour. (*Vierteiljahresschrift für Dermat.*, p. 41.)

UN CAS EXTRAORDINAIRE DE DÉVELOPPEMENT SUCCESSIF DE PUSTULES VACCINALES, par WIEHEN. — Tout ce qui touche à la théorie de la vaccination a acquis dans ces derniers temps une importance capi-

tales; c'est pourquoi il est de notre devoir de signaler l'observation suivante :

Wiehen vaccina, le 6 mai, un enfant d'un an, auquel il fit huit piqûres. Le 13 mai, il en trouva que trois boutons bien développés; les cinq autres piqûres étaient à peine visibles. Le 18 mai, il revint l'enfant et constata, à sa grande surprise, que les cinq piqûres, muettes jusqu'alors, étaient en voie de pustulation. Le 21 mai, cette nouvelle génération de vaccin était arrivée à son développement complet. (*Archiv für path. Anat. und Physiol.*, t. LXIV.)

THROMBOSE DE LA VEINE CAVÉ INFÉRIEURE PRODUITE PAR LA PRÉSENCE D'UNE AIGUILLE, par M. le docteur H. THOMPSON. — Le caillot siégeait à la partie inférieure de la veine cave inférieure; il s'était formé autour d'une aiguille dont on ignore le mode et la date de pénétration. La mort survint deux mois après les premiers accidents qui furent des douleurs lombaires tort vives bincôtées suivies d'une fièvre vive et d'un délire intense. Bientôt encore survint une phlegmatia alba dolens des deux membres inférieurs avec troubles considérables de la circulation de tous les viscères abdominaux. (*Brit. Med. Journ.*, 1874, p. 571.)

DES INJECTIONS LOCALES SOUS-CUTANÉES DANS LE RHUMATISME POLY-ARTICULAIRE, par H. SENATOR. — L'auteur a injecté sous la peau des solutions aqueuses d'acide phénique à 1, 2 et même 3 pour 100. Jamais il n'a vu se produire aucun accident. Ces injections calment les douleurs, mais elles n'empêchent ni les rechutes ni les complications. Elles ne produisent aucun abaissement de la température. — Dans le rhumatisme chronique on n'obtient pas de résultat appréciable.

MM. Citron et Goldbaum ont constaté des résultats analogues ainsi que des bons effets contre les douleurs du lumbago et de l'otite externe. Aucun effet dans le traitement des névralgies, de la sciatique en particulier. (*Bertiner klinische Wochenschr.*, 1875, n° 30, p. 461.)

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de chirurgie de guerre, par le docteur O. HEYFELDER, traduit par le docteur A. RAPP, médecin-major. Paris, Berger-Levrault. — **Aide-mémoire du médecin militaire**, par E. HERMANT, médecin de régiment. Paris, A. Delahaye. — **Guide médical pratique de l'officier**, par A. CHASSAGNE et EMERY-DESBROUSSES, médecins-majors. Paris, Ch. Delagrave.

Depuis la guerre de 1870, un assez grand nombre de publications médico-militaires ont paru, soit en France, soit en Allemagne. On s'est préoccupé de rechercher quels avaient été les avantages, quels pouvaient être les inconvénients des systèmes qui présidaient à l'organisation des hôpitaux ou des ambulances. Des statistiques ont été dressées pour établir et comparer entre eux les chiffres qui indiquent la mortalité due au feu de l'ennemi ou aux maladies qui surviennent dans les camps et dans les villes assiégées. Des rapports officiels ou des mémoires résumant les observations recueillies par divers médecins ont essayé de montrer les résultats des nombreuses opérations que l'on pratique sur le champ de bataille ou quelques heures après l'action; enfin des travaux d'une portée plus générale et des articles de journaux ont appelé l'attention sur les réformes que réclament, depuis qu'une loi récente a adopté le principe du service obligatoire, l'organisation des services administratifs et les règlements qui fixent les attributions du médecin d'armée. Dans tous les degrés de la hiérarchie militaire on a bientôt compris la nécessité de s'instruire en comparant ce qui s'était fait et ce qui avait été obtenu dans les pays voisins avec les résultats auxquels nous étions arrivés nous-mêmes. C'est pour ce motif que, guidés et encouragés par un bienveillant patronage, plusieurs officiers de l'armée ont pu faire paraître une série de notices ayant pour objet de vulgariser les ouvrages militaires de l'étranger.

LE MANUEL DE CHIRURGIE DE GUERRE, traduit par le docteur RAPP, médecin-major attaché au deuxième bureau du ministère de la guerre, est dû à un chirurgien éminent que son

talent et son caractère ont su depuis longtemps faire estimer en France. Le docteur Heyfelder, auteur de travaux justement remarqués, est non-seulement un savant, il est au courant de tous les détails pratiques que doit connaître un chirurgien d'armée. Aussi a-t-il pu indiquer, avec cette précision et cette autorité que donne seule une longue expérience, tous les soins qu'il faut prodiguer au soldat sur le champ de bataille, ou lorsqu'il devient nécessaire de le transporter à la station de pansement ou à l'ambulance, ou encore lorsque, après une évacuation, il est enfin possible de lui assurer tous les secours que nécessite son état. Nous ne pouvons que nous associer aux réflexions si pleines de tact, aux conseils si précis que l'on trouve en parcourant cette première partie du livre de M. Heyfelder, ou encore les divers chapitres qui nous rappellent quels doivent être l'aménagement des ambulances, les installations des tentes, des baraques ou des divers modes de casernement. Mais nous comprenons moins l'utilité de quelques chapitres qui semblent être destinés à remplacer un ouvrage plus complet de médecine opératoire. Le médecin qui ne connaît pas suffisamment l'anatomie topographique des régions au milieu desquelles il devra opérer, ou les divers procédés opératoires entre lesquels il devra choisir, ne les trouvera pas suffisamment indiqués dans ce très-court résumé. Celui qui aura étudié ces questions avec le soin qu'elles exigent et que doivent leur consacrer tous les chirurgiens d'armée ne comprendra guère ce que viennent faire dans un manuel aussi portatif quelques ligues consacrées à la brachiotomie, à la thoracotomie, la taille ou la transfusion du sang. A plus forte raison aurions-nous voulu supprimer les quelques chapitres qui, à propos de complications des plaies, nous parlent du scorbut, de la tuberculose, de la pneumonie, etc., ou même du choléra, du typhus, de la dysentérie. Ces critiques d'ailleurs ne sauraient s'adresser à l'ensemble d'un ouvrage qui, nous aimons à le constater, contient de très-bons et très-utiles enseignements et résume, sur toutes les questions afférentes à la médecine d'armée, la pratique de l'un des chirurgiens les plus capables et les plus dignes de respect.

— Mais nous n'avons pu ne pas faire observer qu'un manuel de chirurgie d'armée ne saurait renfermer, même en abrégé, l'ensemble des connaissances que l'on est en droit d'exiger du chirurgien militaire. Aussi ne saurions-nous approuver M. E. Hermand d'avoir voulu, dans son AIDE-MÉMOIRE DU MÉDECIN MILITAIRE, non-seulement dire quelques mots des maladies épidémiques, mais encore indiquer en un très-petit nombre de pages quelle est la composition normale des divers liquides de l'organisme. Nous le regrettons d'autant plus que cette troisième partie du livre de M. Hermand se fait remarquer non-seulement par des omissions nombreuses, mais encore par des erreurs assez grossières. Que dire, en effet, de ces lignes que je copie textuellement : « Les globules sanguins représentent des disques aplatis en forme de lentilles; ils ont un diamètre de 1/125 de millimètre et sont dépourvus de noyaux. Lorsque le sang est mêlé de pus, les globules de ce dernier se reconnaissent au microscope par leurs caractères propres... » N'insistons pas et bornons-nous à constater que dans la dernière partie de cet AIDE-MÉMOIRE on trouve, au sujet de l'hygiène des casernes, de l'alimentation du soldat, de l'organisation des hôpitaux et ambulances, etc., bien des pages intéressantes, montrant que l'auteur a su recueillir et bien résumer la plupart des ouvrages qui traitent de l'hygiène militaire. En citant de nombreux travaux extraits des ARCHIVES MÉDICALES BELGES, et en appréciant comme ils méritent de l'être les ouvrages français, l'auteur a su rendre très-intéressante et très-instructive cette première partie de son livre.

— MM. Chassagne et Emery-Desbrousses se sont adressés plutôt encore à l'officier qu'au médecin. Ils ont voulu résumer en un petit nombre de pages tout ce qu'un officier doit savoir pour qu'il puisse veiller avec une sollicitude plus éclairée

sur la santé des hommes qu'il est appelé à commander. Une première partie, intitulée : *Esquisse anatomo-physiologique*, montre, à l'aide de quelques figures, car le texte serait peut-être insuffisant, quels sont les organes et les appareils dont l'ensemble constitue le corps humain, et quel en est le fonctionnement. Vient ensuite un *Guide d'hygiène militaire*, résumant d'une manière très-concise toutes les questions relatives à l'alimentation, au logement, au vêtement du soldat, tout ce qu'il est nécessaire de savoir, que l'on s'occupe du soldat en garnison, du soldat malade à l'infirmerie ou à l'hôpital, du soldat blessé ou invalide. C'est dire que bien des questions administratives, intéressantes non-seulement l'officier, mais encore et surtout le médecin, ont été étudiées dans ces différents chapitres. Les auteurs, très au courant de toutes les expériences faites, dans ces dernières années, par ordre du ministre de la guerre, très-habitués à juger rapidement et à exposer avec précision les questions encore à l'étude, n'ont pas manqué non plus d'indiquer tous les progrès que l'administration de l'armée doit, depuis quelques années, à l'ingénieuse activité de quelques industriels. Les nouveaux sacs-valises, les hamacs-lits Maurice, les fourgons-cuisines, les marmites thermostatiques du commandant Loyre, les marmites Gervais, les mantouilles roulantes, etc., ont été décrits et appréciés. Des statistiques très-exactes, établies d'après des documents indiscutables, servent de bases à des déductions hygiéniques dont on ne saurait contredire l'importance. Enfin, un *Guide chirurgical* très-abrégé, qui débute par une série de tableaux indiquant les chances de mortalité et de blessures, indique quels doivent être les procédés à mettre en usage sur le champ de bataille avant l'arrivée du médecin pour arrêter une hémorrhagie, immobiliser un membre fracturé, etc., ou encore pour combattre le mieux possible les accidents qui peuvent survenir à l'improviste loin de la présence d'un chirurgien. Tous ces conseils pratiques seront ou ne peut plus utiles, et nous ne doutons pas du succès d'un livre écrit dans le but de vulgariser des connaissances médico-chirurgicales que nul ne doit ignorer. MM. Chassagne et Emery-Desbrousses nous parlent aussi du typhus, de la dysentérie, du choléra et du scorbut; mais au lieu de nous exposer en cinq ou six lignes la symptomatologie, puis l'étiologie, le pronostic et le traitement de ces maladies, ils se bornent à indiquer, parmi les causes multiples de ces maladies dont l'étiologie est souvent obscure, celles qu'il est le plus essentiel de prévoir et dont il est toujours utile de prévenir les effets. Les conseils d'hygiène publique ou privée déduits de ces quelques considérations sont pleins de bon sens et de tact. En résumé, ce livre, qui n'a pas la prétention d'instruire les médecins, mais qui s'adresse surtout aux officiers, nous paraît appelé à rendre service aux uns et aux autres. Les quatre dernières parties surtout, car nous voyons moins bien l'utilité de l'esquisse anatomique du début, seront consultées avec fruit par tous ceux qu'intéressent l'hygiène de l'armée, et par conséquent son avenir.

Remercions en terminant les médecins qui, comme les auteurs de ces trois ouvrages, s'efforcent de faire comprendre avec quelle sollicitude il importe de veiller au bien-être des soldats si l'on ne veut sacrifier inutilement des milliers d'existences et compromettre les succès des armées. En ce moment surtout, où tant de réformes sont à l'ordre du jour, de semblables ouvrages ne sauraient être inutiles.

L. LEREBOUTLET.

VARIÉTÉS

Chronique de l'étranger.

L'ITALIE MÉDICALE. — HYGIÈNE PUBLIQUE, HÔPITAUX. — LEÇONS CLINIQUES DU PROFESSEUR GUIDO BACCCELLI. — L'HYGIÈNE DE LA VILLE DE ROME : M. BALESTRA. — SOCIÉTÉ POUR LA CRÉATION. — PRIX DE L'INSTITUT LOMBARDE. — CONGRÈS DE L'ASSOCIATION MÉDICALE ITALIENNE.

Nous parlions il y a quelques mois de l'Espagne médicale, et nous signalions avec regret l'infériorité scientifique, assurément passagère, de cette nation, qui s'est ressentie plus que toute autre des révolutions politiques dont l'Europe a été agitée pendant ce siècle. Un autre pays latin, qui n'a pas non plus échappé aux vicissitudes politiques, a cependant su maintenir au niveau scientifique des autres nations européennes ; nous voulons parler de l'Italie.

Non-seulement l'Italie contemporaine ne saurait être accusée de pauvreté scientifique, mais ce serait commettre une injustice à son égard que de lui assigner un rang secondaire parmi les nations qui se distinguent aujourd'hui par la culture des sciences médicales. La plupart de ses universités sont florissantes et possèdent à leur tête des hommes d'une valeur incontestable. L'enseignement de la médecine y est organisé sur des bases sérieuses et confié à des professeurs dont la réputation a depuis longtemps passé les Alpes. Les sociétés savantes rivalisent de zèle et encouragent par des fondations généreuses le goût des études médicales chez les jeunes gens. C'est ainsi que quelques-unes d'entre elles ont fondé des prix qui fournissent aux jeunes docteurs les plus méritants les moyens d'aller passer un ou plusieurs années dans les grands centres scientifiques de la France, de l'Allemagne ou de l'Angleterre.

Quoique présentant d'aussi grands avantages pour les savants, les rares médecins français qui voyagent portent plutôt leurs pas en Angleterre ou en Allemagne que dans la Péninsule. Cela tient à ce que l'Italie scientifique est peu connue parmi nous et que les ouvrages des savants italiens sont rarement traduits en français. C'est sans doute pour obvier à cette lacune que le gouvernement a récemment confié à M. le docteur Millot une mission scientifique dans le but d'étudier l'hygiène publique et la chirurgie en Italie. Dans un rapport qui a été récemment publié et qui traite particulièrement de l'hygiène, notre confrère nous fournit quelques aperçus très-instructifs sur les hôpitaux de ce pays. Le livre qu'a publié M. Husson sur les grands établissements hospitaliers de l'Europe nous avait déjà fait connaître l'importance et la richesse des hôpitaux de Saint-Jean, du Saint-Esprit à Rome, de l'Hôpital-Majeur à Pavie, de Santa-Maria-Nova à Florence, et des autres établissements de Turin, de Naples et de Milan ; M. Millot complète le livre de l'ancien directeur de l'Assistance publique et nous montre que, si plusieurs hôpitaux italiens sont inférieurs aux nôtres au point de vue de l'hygiène, il existe dans ce pays des institutions uniques en Europe. C'est ainsi que nous trouvons à Turin un hôpital spécialement affecté aux maladies des yeux et qui contient de 300 à 350 lits. Ce magnifique établissement a été construit par l'université avec le produit d'un legs particulier ; il est pourvu de tous les appareils nécessaires aux démonstrations théoriques et pratiques qui se font pendant le cours de l'année scolaire. Grâce à l'habilité et à la science du professeur Spermio, à qui a été confié le soin de l'organisation, cette vaste clinique oculistique est une des curiosités scientifiques de l'Italie et peut être considérée comme la plus importante de l'Europe.

Nous ne nous étendons pas plus longtemps sur l'ouvrage de M. le docteur Millot, qui avait déjà été l'objet d'une analyse sommaire dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE (31 décembre 1875), et nous signalerons quelques travaux italiens qui ont été récemment traduits en français. Parmi ceux-ci, il faut être en première ligne les leçons cliniques du professeur Guido Baccelli, que M. le docteur Louis Sullien a eu l'heureuse idée de nous faire connaître. Les deux fascicules publiés portent sur la perniciosis, l'empyème vrai et la fièvre subcontinue. Ce n'est point ici le lieu d'analyser ces travaux ; nous dirons seulement que les théories ingénieuses du professeur romain sur les fonctions de la rate et de l'appareil veineux abdominal méritent d'être étudiées et discutées. M. Baccelli s'était déjà fait connaître et apprécier chez nous par ses publications scientifiques aux congrès scientifiques de Paris et de Florence, et la GAZETTE a récemment publié un intéressant mémoire de ce professeur sur la transmission des sons à travers les liquides de la plèvre (10 décembre 1875).

Un autre livre sur l'hygiène dans la ville de Rome et dans la campagne romaine vient également d'être traduit en français (Paris, 1876, Georges Masson). Il est dû à la plume du docteur Balestra, membre des conseils sanitaires provinciaux et autour d'un grand nombre de travaux sur les fièvres paludéennes. Quoique n'ayant pas été écrit pour des hommes spéciaux, ce livre sera néanmoins lu avec fruit par les médecins, car, indépendamment des simples mesures hygiéniques qu'il conseille, l'auteur fournit des développements historiques et scientifiques qui font de ce travail un traité complet digne d'attirer l'attention de tous ceux qui s'occupent des questions d'hygiène publique. Le livre de M. Balestra sera particulièrement utile aux étrangers qui visitent l'Italie et qui, plus encore que les indigènes, sont exposés à la pernicieuse influence de la malaria.

Nous terminerons cette chronique en signalant les principaux événements scientifiques qui se rattachent à l'Italie. On sait que cette nation a été la première à résoudre d'une manière pratique le problème de la destruction des corps par la crémation. Une société pour la crémation des morts, qui a été organisée l'année dernière à Milan, vient de tenir sa première réunion générale. Voici les principales résolutions qui ont été adoptées.

1^o Publication d'un bulletin comme organe de la Société.

2^o Requête à la junte municipale pour qu'un règlement soit établi qui fixe les règles à suivre dans chaque cas où s'effectueraient la crémation.

3^o Fixation d'un prix de 250 francs à ajouter à celui de 864 francs établi par l'Institut lombard en faveur du meilleur procédé de crémation à présenter à cet institut jusqu'au 28 février 1877.

Le nombre des sociétaires, qui est déjà considérable, va chaque jour en augmentant. De biologique seul, le comité a reçu 62 adhésions. Les demandes d'adhésions doivent être adressées au président de la Société, M. le docteur Malachio de Christoforis, 14, rue Monforte.

L'Institut lombard, dont il vient d'être question, propose les prix suivants pour cette année :

Prix Secco-Commemo (864 fr.). Indiquer une méthode de crémation des cadavres pouvant être substituée à l'inhumation actuelle. Les mémoires devront être déposés avant la fin de 1877. La somme ajoutée par la Société milanaise dont nous venons de parler porte ce prix à 1144 francs.

Prix Castiglione (700 fr.). Démontrer si, pour la prophylaxie de la variole, on doit donner la préférence au vaccin animal ou au vaccin humain. Les mémoires devront être remis avant la fin de février 1878.

Question pour l'année 1877 (2000 fr.). La clinique et la physiologie expérimentale du cerveau en rapport avec les fonctions assignées à cet organe, d'après la doctrine de Gall. Les mémoires devront être remis avant le 1^{er} avril 1877, à quatre heures de l'après-midi.

Les médecins français sont admis au concours. Les candidats qui désiraient avoir de plus amples renseignements peuvent s'adresser à l'Institut lombard, ou à la *Gazzetta medica Italiana* de Padoue.

Le congrès médical annuel de l'Association italienne aura lieu cette année à Turin. Il s'ouvrira le lundi 18 septembre et continuera ses séances jusqu'au vendredi 22 du même mois inclusivement. Les sections ont été ainsi distribuées : 1^o médecine, subdivisée en sections de physiologie, maladies mentales, maladies des enfants, etc. ; 2^o chirurgie, comprenant les sections d'obstétrique, de gynecologie, d'ophtalmologie et de syphiligraphie ; 3^o hygiène et médecine publique.

J. L.

VARIÈLE ET HOMÉOPATHIE A ORAN. — On nous écrit d'Algérie qu'une très-légère épidémie de variole, presque terminée aujourd'hui, vient de sévir à Oran, et l'on nous fournit quelques détails sur une nouvelle poussée homéopathique dont elle vient d'être l'occasion. Un adepte de la doctrine a eu l'esprit d'inventer un remède préventif et d'en faire bruit dans l'EUROPE D'ORAN, juste au moment où les cas de variole commencent à devenir rares. L'auteur assure que ce préservatif fera autant de merveilles en temps de variole que le *veratrum* et le *cuprum* en temps de choléra, ce qui est à croire en effet. Ce remède, c'est, dit l'ÉCITO c une *vaccine homéopathique*, atténuée, désagrégée, électrisée ou dynamisée et qui s'appelle *vaccinum*.

Notre correspondant assure que la foule assiège les portes de l'établissement où se débite l'Arcane.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le JOURNAL OFFICIEL contient les nominations de M. Panas comme professeur d'histoire de la médecine, et de M. Potain comme professeur de pathologie interne.

HÔPITAUX DE LYON. — A la suite d'un brillant concours, M. le docteur Vinyat vient d'être nommé médecin des hôpitaux. — Jeudi, 23 mars, à huit heures du soir, M. le docteur Horand sera installé, en qualité de chirurgien-major de l'Antiquaille.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — Amphithéâtre d'anatomie. Programme des cours de la saison d'été (année 1876). 1^o Cours de médecine opératoire : MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, directeur des travaux anatomiques, commencera ce cours le lundi 24 avril 1876, à deux heures. M. le docteur Tillaux traitera des ligatures d'artères. M. le docteur Marchand, premier prosecteur, traitera des amputations. M. le docteur Terrillon, deuxième prosecteur, traitera des résections et des opérations spéciales. Des répétitions seront faites, après chaque leçon, sous la direction des professeurs. 2^o Conférences d'histoire : Des conférences sur l'histologie normale et pathologique continueront à être faites par M. le docteur Grancher, médecin du Bureau central, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

CONCOURS. — Un concours public pour une place d'aide d'anatomie sera ouvert le lundi 10 avril 1876, à midi, dans une des salles de la Faculté. Tous les élèves de la Faculté sont admis à concourir. Le candidat nommé entrera en fonctions à la première vacance, et, au plus tard, le 15 mars 1878. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (bureau des renseignements). Les inscriptions sont reçues tous les jours de une heure à quatre heures, depuis le 22 mars jusqu'au samedi 8 avril.

LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE vient de déclarer la vacance de trois places de membres titulaires. Les candidats sont invités à faire parvenir sans retard leur demande au Secrétariat général. La Société tient ses séances à trois heures, le second lundi de chaque mois, au Palais de Justice, dans la salle d'audience de la cinquième chambre du tribunal civil. Ses séances sont publiques. En raison du nombre et de l'importance des travaux inscrits à l'ordre du jour, il y aura une séance extraordinaire le lundi 27 mars.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT A PARIS. — Depuis le 6 janvier, date de leur inauguration, jusqu'au 1^{er} mars, les médecins qui ont offert leur concours à la préfecture de police ont fait 630 visites qui se décomposent ainsi : 35 ont été payées directement aux médecins ; 215 ont été recouvrées par l'administration ; 300 paraissent être restées à sa charge. C'est, actuellement, une moyenne de 12 visites faites, chaque nuit, sur toute la surface de Paris.

UNIVERSITÉS LIBRES. COLLATION DES GRADES. — M. Waddington, ministre de l'instruction publique, a déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale un projet de loi ayant pour objet l'abrogation des articles 13 et 14 de la loi du 22 juillet 1875. Il s'agit, on le sait, des jurys mixtes de l'enseignement supérieur, que le ministre a l'intention de supprimer, afin de réserver à l'Université de l'Etat le monopole exclusif de la collation des grades.

M. Ferdinand Boyer, député de l'extrême droite, a présenté sur ce projet l'amendement suivant : « Les Facultés libres auront, concurrentement avec celles de l'Etat, le droit de délivrer des diplômes et de conférer des grades. Néanmoins les grades, soit des Facultés libres, soit de celles de l'Etat, qui voudront exercer une profession libérale privilégiée ou autre dans les fonctions ou emplois publics pour lesquels les grades sont exigés, devront subir un examen professionnel devant un jury qui se réunira au siège de chaque académie et sera désigné par le conseil supérieur de l'instruction publique et pris par tiers parmi les professeurs de l'Etat, ceux de l'enseignement libre et les membres des corps savants ou judiciaires. »

— On lit sur le même sujet dans le SCALPEL : « Le Conseil académique de l'Université de Liège a pris les résolutions suivantes : 1^o à l'unanimité, il a repoussé le système des jurys combinés, aussi désastreux pour l'enseignement supérieur que pour la dignité des professeurs. Il est inconcevable que ce système, qui est une plaie et une honte pour l'enseignement, trouve encore des défenseurs ;

2^o le système préféré par la majorité est celui des jurys professionnels ; quelques membres, cependant, sont partisans de la liberté des professions libérales et surtout de la liberté du barreau.

NOMINATION. — M. le docteur Duchamp, ex-interne des hôpitaux, licencié ès-sciences naturelles, a été nommé préparateur de zoologie et de physiologie à la Faculté des sciences de Lyon.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Le docteur Fano-hey vient d'être élevé par le sultan au grade de lieutenant-colonel.

D'un autre côté, M. le docteur Cozzonis, médecin sanita re d'Alep, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LILLE. — Dans une de ses dernières séances, le conseil d'administration de l'Université catholique de Lille a pris la résolution suivante : « Le conseil d'administration charge la commission permanente de prendre les mesures nécessaires pour assurer le fonctionnement, dès la rentrée prochaine, d'un commencement de Faculté de médecine, et lui délègue à cet effet tous les pouvoirs qu'il possède lui-même. Cette commission est investie des mêmes pouvoirs pour recruter le personnel des Facultés des lettres et des sciences, et arriver ainsi à obtenir, pour l'Institut catholique de Lille, le titre d'Université et, par conséquent, le droit de conférer les grades. »

NÉCROLOGIE. — On nous annonce la mort d'un médecin distingué, M. Loreau, décédé le 5 mars 1876 à La Chauvinière (Indre-et-Loire).

FACULTÉ DE MÉDECINE. — Cours complémentaires des maladies syphilitiques. — M. le docteur Alfred Fournier, agrégé de la Faculté, commencera ce cours, à l'hôpital Saint-Louis, le vendredi 7 avril à neuf heures et demie du matin, et il continuera les vendredis suivants à la même heure. — Conférences au lit des malades tous les mardis à huit heures et demie.

COURS COMPLÉMENTAIRE DE PHYSIQUE. — M. Gariel, agrégé de la Faculté, a commencé ce cours le lundi 20 mars, à midi, et il continuera les mercredis et vendredis suivants (petit amphithéâtre). Le professeur traitera : fin de l'optique, vision, étude générale des radiations acoustiques, notions de météorologie et de climatologie.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. MALADIES DE LA PEAU. — M. le docteur E. Guibout reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de la peau (salle Saint-Charles) le samedi 8 avril 1876 à huit heures et demie du matin, et il continuera les lundis et samedis suivants à la même heure. Les leçons du lundi resteront consacrées spécialement aux maladies des femmes.

ERRATUM. — L'auteur du travail sur « l'encéphalopathie albuminurique », dont il a été question dans notre numéro du 17 mars (Académie de médecine de Belgique, p. 117) et dans celui du 24, page 177, est M. Hayoit et non Hagôil.

État sanitaire de Paris :

Du 17 au 23 mars 1876, on a constaté 858 décès, savoir :
 Variole, 10. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 0. — Fièvre typhoïde, 8. — Erysipèle, 1. — Bronchite aiguë, 31. — Pneumonie, 54. — Dysentérie, 0. — Diarrhée cholériforme des enfants, 0. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 7. — Croup, 11. — Affections puerpérales, 7. — Autres affections aiguës, 254. — Affections chroniques, 417, dont 173 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 35. — Causes accidentelles, 8.

SOMMAIRE. — PARIS. Société de chirurgie : Un nouveau cas d'atrophie unilatérale de la face. — Académie de médecine : Cas présumé de lupus. — TRAVAUX ORIGINAUX. Pathologie interne : Atrophie unilatérale de la face. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de biologie. — Société de thérapeutique. — REVUE DES JOURNAUX. Note sur un mode particulier de traitement du prolapus inversé du rectum chez l'adulte. — Le kam-hava contre la métrorrhagie. — Épinglé à cheveux perdue dans la vessie. — Travaux à consulter. — BIBLIOGRAPHIE. Manuel de chirurgie de guerre. — VARIÉTÉS. Chronique de l'étranger. — FAULLETON. Note pour servir à l'histoire des anesthésiques.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 6 avril 1876.

LES NOUVEAUX PROJETS DE LOI SUR L'ORGANISATION DE LA MÉDECINE MILITAIRE.

Parmi les projets de loi qui ont pour but de compléter l'organisation de l'armée, et qui viennent d'être soumis par le Ministre de la guerre à l'examen du Sénat et de la Chambre des députés, il en est deux au moins qui intéressent trop directement nos confrères de l'armée pour que nous n'en disions pas quelques mots. Nous voulons parler du projet de loi relatif à l'administration de l'armée et de celui qui prétend régler, dans les hôpitaux militaires et dans les hôpitaux civils, l'organisation de tous les services qui ont pour objet d'assurer le traitement des soldats malades. Nous n'insisterons pas d'ailleurs sur les nombreuses objections que soulève le premier de ces deux projets de loi. Nous comprenons, après avoir eu successivement sous les yeux le rapport de la commission mixte présidée par M. d'Audiffret-Pasquier (rapporteur M. L. Bouchard), le rapport de M. le général Charetton et les deux rapports rédigés par M. le duc d'Harcourt, toutes les difficultés que présente l'étude de ces questions d'administration militaire; mais nous restons convaincu, s'il faut en croire ce que l'on dit du nouveau projet de loi ministériel, qu'il était difficile d'imaginer une rédaction plus susceptible d'interprétations différentes et, par conséquent, d'objections. L'honorable duc d'Harcourt avait, après M. L. Bouchard, rappelé en excellents termes les services qu'avaient rendus et qui pouvaient rendre chaque jour l'armée les médecins militaires; il avait laissé entrevoir combien il est urgent de restreindre les attributions si multiples des officiers de l'intendance. Depuis le dépôt de son premier rapport on avait

paru comprendre la nécessité de conserver aux médecins militaires une assimilation qui seule peut fixer avec netteté leur situation dans l'armée. Il est évident pour tout le monde, en effet, que vivant avec les officiers, dans les régiments, dans les camps, en garnison ou en campagne, en contact permanent avec le soldat, soumis à la discipline militaire, les médecins ne sauraient, sans être pourvus d'un grade effectif, conserver l'autorité qui leur est nécessaire. Dans tous les pays étrangers cette nécessité a été comprise en même temps que l'on s'efforçait de soustraire les agents chargés du contrôle aux difficultés que pourrait créer pour eux l'obligation de subir, en raison de leur grade, l'autorité du chef militaire dont ils sont chargés de vérifier l'administration. Il faut donc que le nouveau projet de loi qui ne s'explique pas, paraît-il, sur ce point avec toute la netteté désirable, restitue aux médecins l'assimilation dont ils jouissaient jusqu'à ce jour. Tous les exposés de motifs avaient proclamé la nécessité de donner au corps de santé de l'armée l'autonomie qu'il possède en Prusse, en Autriche ou en Italie. Le nouveau projet de loi, dans une série d'articles dont la rédaction est assez ambiguë, pour pouvoir être interprétée contrairement aux prévisions que laissent entrevoir l'exposé des motifs du projet Bouchard, où le rapport de M. le général Charetton continue à maintenir prépondérante l'autorité de l'intendance. Si donc nous n'insistons pas plus longuement, c'est que nous comptons bien que ce premier projet, qui ne contente ni les officiers-généraux, ni les intendants, ni surtout les médecins, ne sera pas adopté sans de nombreuses et importantes modifications.

Mais nous voudrions dès aujourd'hui signaler à l'attention de nos confrères, membres de la sous-commission parlementaire chargée d'étudier les questions de médecine militaire, les innovations regrettables que propose le projet de loi relatif à l'organisation des services hospitaliers de l'armée. Lorsqu'il fut, pour la première fois question de supprimer quelques

FEUILLETON

La science arabe en Occident, ou autrement sa transmission par les traductions de l'arabe en latin.

(Suite. — Voyez les nos 9, 10 et 12.)

TRADUCTION DU CORAN A TOULOUSE. — LES TRADUCTEURS.

Nous avons vu la première des traductions de Toulouse se faire par deux personnages; nous allons en voir une exécutée par le concours de quatre. La première était inspirée par l'amour de la science; la seconde le fut par le fanatisme. Ceux qui ne pouvaient combattre l'islamisme par l'épée, *gladio non volentis*, voulurent le combattre par la plume.

Pierre dit le Vénérable, abbé de Cluny et ami de saint Bernard, fut le promoteur de cette croisade d'un nouveau genre. On peut juger de la violence de son zèle religieux par une

lettre qu'il écrivait au roi de France, où l'on voit repaître ce fanatisme qui égarait les premières bandes des Croisés traversant l'Allemagne. « Que servira, dit-il, d'aller poursuivre au loin les ennemis de la foi, si nous laissons au milieu de nous les juifs, plus criminels encore que les Sarrasins? »

L'abbé de Cluny voyageant en Espagne pour inspecter les établissements de son ordre, y rencontra Pierre de Rétime et Hermann Dalmate occupés de géométrie. Il les embaucha pour traduire le Coran, qu'il se proposait de réfuter.

Lui-même raconte ces faits dans une lettre à saint Bernard : « Je l'ai fait traduire par Pierre de Tolède, habile dans l'une et l'autre langue. Mais comme le latin ne lui était pas aussi familier que l'arabe, je lui ai adjoint les frères Pierre, mon secrétaire, qui corrigeait les négligences ou les confusions de la traduction latine... J'ai fait passer l'arabe en latin par deux hommes habiles dans l'une et l'autre langue, Robert de Rétime l'Anglais, maintenant archidiacre de Pampelune, et Hermann Dalmate, homme lettré et d'un esprit subtil. Je

hôpitaux militaires, et de faire soigner les soldats dans les hospices civils, M. le Ministre de la guerre répondant à une interpellation de l'honorable M. Testelin (séance du 1^{er} août 1874) avait déclaré que les projets de loi qu'il préparait donneraient pleine et entière satisfaction aux vœux exprimés par les médecins de l'armée et que, dans les hospices civils, les médecins militaires seraient appelés à soigner leurs soldats. Or, que dit le nouveau projet? Il commence par constater la nécessité de mettre à profit les ressources que peuvent fournir à l'administration de l'armée les finances, l'agriculture, le commerce ou l'industrie, et, parmi les institutions publiques qui pourraient efficacement venir en aide au département de la guerre, il place au premier rang les hôpitaux et les hospices civils. Espérant pouvoir diminuer le nombre des hôpitaux militaires en créant des salles militaires dans les hospices de la plupart des garnisons, le ministre propose ensuite de supprimer les hôpitaux militaires des villes frontières et de ne conserver que les hôpitaux thermaux, les hôpitaux de Paris et de Lyon, enfin ceux qui, déjà établis aux chefs-lieux des grands commandements militaires, pourraient servir à l'instruction spéciale du personnel et à la préparation du matériel nécessaire aux corps d'armée. Partout ailleurs les hospices civils désignés par un décret rendu en conseil d'Etat seraient affectés au traitement des soldats malades ou blessés. Mais rien dans ce projet de loi ne permet de supposer qu'il soit question, comme on l'avait promis, de confier aux médecins de l'armée des soins à donner aux malades des salles militaires. Sans doute un article (art. 6) déclare qu'un règlement d'administration publique fixera les conditions générales du traitement des malades militaires. Mais il faudrait bien se garder de croire que cet article soit destiné à donner à nos confrères de l'armée la satisfaction qu'ils étaient en droit d'espérer. L'exposé des motifs dit, en effet, que le projet a pour but d'alléger les charges du budget « en faisant de sages réductions dans les établissements et dans le personnel de santé de l'armée ». Il s'agit donc au moment même où l'on vote un budget considérable pour le service de l'aumônerie militaire, de diminuer les cadres du corps de santé par mesure d'économie. Or, il est facile de démontrer ce que pourrait être cette économie. Parmi les médecins du grade de médecin-major de première classe, on en compte aujourd'hui 190 dans les régiments et 70 dans les hôpitaux, dont 52 en France et 18 en Algérie; les médecins-majors de deuxième classe sont au nombre de 300, dont 267 dans les régiments et 25 en Algérie. Il n'en est que 3 attachés à des hôpitaux militaires de

France et 5 agrégés au Val-de-Grâce. C'est donc sur un personnel de 55 médecins-majors attachés aux hôpitaux que devraient porter ces réductions qui « allégeraient les charges du budget ». Une semblable hypothèse est tellement contraire au simple bon sens; trop de fois on a démontré la nécessité d'augmenter et non de restreindre les cadres du corps de santé; l'exposé des motifs du projet de loi sur les cadres de l'armée a trop récemment constaté l'insuffisance du nombre des médecins militaires pour que nous croyions utile d'appeler plus longtemps l'attention sur l'idée singulière qui paraît avoir dicté le nouveau projet de loi. Contentons-nous de rappeler qu'au moment de la dernière guerre l'armée prussienne présentait un effectif de 160 médecins par corps d'armée, tandis que nous n'en avions que 30 ou 40 tout au plus!

D'ailleurs, puisqu'il est question d'économie, nous ne craignons pas d'affirmer que le traitement des malades militaires dans les hospices civils sera infiniment plus onéreux que par le passé. On voit déjà dans les petits hospices où parviennent à se faire admettre quelques soldats le nombre des journées de traitement augmenter dans des proportions considérables. Il faut appartenir à l'armée et connaître le soldat pour savoir avec quel art il parvient à faire prolonger la durée de son traitement ou à se faire recevoir à l'hôpital au moment d'une manœuvre, d'exercices un peu plus pénibles que de coutume, ou bien à l'occasion d'une punition qu'il a encourue. Le service du médecin militaire à l'hôpital aussi bien qu'au régiment est souvent celui du médecin légiste. Il faut des études préliminaires, une longue expérience, et la connaissance précise de toutes les obligations que comporte le service militaire pour remplir convenablement ses fonctions. En multipliant le nombre des salles militaires dans les hôpitaux civils, le ministère de la guerre se prépare donc bien des embarras et des conflits sans nombre. Mais il est une question plus grave, car elle intéresse au plus haut point l'avenir du corps de santé militaire. Depuis une vingtaine d'années on avait, de tous côtés, reconnu que par leur éducation militaire et leur instruction scientifique, les médecins de l'armée devenaient de jour en jour plus dignes de cette autonomie qu'ils réclamaient depuis si longtemps. Ces progrès étaient dus à un recrutement mieux assuré, à la création d'écoles de médecine militaire, à l'institution des concours qui permettaient, chaque année, à un certain nombre de médecins de quitter les régiments pour obtenir le poste de médecin d'hôpital. Depuis la guerre, l'une des écoles du service de santé a été supprimée, mais le recrutement restait assuré, et nous croyons savoir

les ai rencontrés en Espagne s'occupant d'astrologie, et j'ai fait de fortes dépenses pour les entraîner. »

Dans un opuscule de l'abbé de Cluzy contre la *secte diabolique* des Sarrasins, on lit entre autres choses : « Avec de grands efforts et de grandes dépenses, j'ai fait traduire d'arabe en latin cette doctrine impie et la vie exécrable de son auteur, afin que l'on voie la frivolité de cette hérésie, et qu'un serviteur de Dieu, enflammé par l'esprit saint, la réfutât. Mais hélas ! les saintes œuvres sont négligées, la ferveur s'atténue. J'ai attendu, et personne n'ouvrait la bouche, personne n'a battu de l'aile. Je me suis donc proposé ce labeur. »

Le prologue de cette traduction quadruple est signé de Robert de Rétines. Nous en donnerons un extrait dans sa notice.

Nous allons maintenant reproduire comme spécimen trois petites sourates.

1^{re} La *fatha*, 1^{re} sourate. — « Capitulum azohare matris libri septem verba continens. Misericordii pio que Deo univer-

sitati creatori iudicium cuius portrema dies expectat, voto supplicii nos humilicimus atorantes ipsum suam que manus suffragium semite que donum et dogma qua suos ad se benevolos nequaquam hostes et erroneos adduxit jugiter sentiamus. »

Notons en passant le titre de la 2^e sourate : *Azohara de bore*. 2^e Sourate de l'éléphant (cotée CXIV). — « Numquid te latet et qualiter Deus arto hominum elephantis errore cogit, immittens illis volucrum multo modorum cohortes quam plurimas, quæ per nigrarum lapidum injectum illos velut tritici corticem evacuant. »

3^e Sourate de l'unité de Dieu (cotée CXXII). — « Constanter dic illis Deum unum esse et incorporeum, qui nec genuit est generatus, nec habet quemquam similem sibi. »

On voit qu'ici le chiffre des sourates dépasse celui qui est généralement admis, ce qui tient sans doute à des dédoublements.

On peut voir encore la faiblesse de notre traduction latine

que des efforts seront tentés pour l'améliorer encore en modifiant les conditions d'admission à l'école du Val-de-Grâce et en sollicitant la création d'écoles préparatoires; le concours pour les hôpitaux n'existait plus, mais nous n'ignorons pas que le conseil de santé des armées en réclame énergiquement le rétablissement. N'est-ce pas affirmer que l'on considère comme déplorable un système qui consisterait à tenir éloignés de toute pratique médicale ou chirurgicale les médecins qui seront appelés en temps de guerre à diriger les ambulances. Ce point de vue est trop grave pour qu'il puisse échapper à l'examen attentif que feront de ce nouveau projet de loi nos confrères, membres de la Chambre des députés. Ils comprendront qu'en ce moment où l'on réorganise l'armée, il importe d'assurer à ses médecins les conditions nécessaires à leur perfectionnement. Ils sauront introduire dans la rédaction du projet ministériel une série d'amendements qui obligent l'administration de la guerre à multiplier et à perfectionner les ambulances divisionnaires ou les ambulances de corps d'armée qui existent déjà dans certains camps, et à confier dans ces ambulances ou hôpitaux temporaires le traitement des malades militaires aux médecins de régiment sous la direction de médecins nommés au concours médecins d'hôpitaux ou d'ambulances. Tout en admettant en principe la suppression de certains hôpitaux militaires, ils feront introduire dans la loi le paragraphe qu'une rédaction nouvelle a supprimé et qui impose aux hôpitaux civils « l'obligation de recevoir les militaires malades et, dans le cas où leur nombre moyen dépasserait dix, d'affecter une salle spéciale aux malades militaires qui seront traités par les médecins de l'armée. » Ils comprendront, en effet, que pour assurer en temps de guerre le service médical de l'armée, il faut le préparer en temps de paix, et qu'il serait dangereux de détruire toute émulation par la suppression des concours, et de déléguer dans les régiments en leur rendant impossible toute pratique médicale ou chirurgicale, les médecins qui en temps de guerre seront appelés à diriger les ambulances ou à pratiquer les opérations les plus sérieuses.

A. D.

Un deuil de famille a empêché notre collaborateur M. Raudet de donner aujourd'hui la suite de son article sur *un cas présumé de lupus*. Ce sera pour le numéro prochain.

si on la compare à la traduction française de M. Kasimirsky. Du reste on en a déjà fait ressortir les défauts.

Tel est l'explicit : « Explicit liber legis diabolicæ Sarraconum qui arabice dicitur Alchoran, id est collectio capitulorum seu preceptorum. »

Un pareil explicit reproduit bien l'esprit qui avait inspiré cette traduction, mais nécessairement il la rend suspecte. Nous retrouverons ce même esprit dans d'autres compositions qui l'accompagnent et qui en sont le complément.

Cette traduction du Coran, accompagnée de la vie de Mahomet et de ses successeurs et de la doctrine musulmane, fut imprimée à Bâle, en 1743, par Bibliander. Ces accompagnements étaient aussi le produit de deux de nos traducteurs, Robert et Hermann, ainsi que nous aurons bientôt l'occasion de le dire.

De nos quatre traducteurs du Coran, Robert et Rétines et Hermann Dalmate nous sont connus par d'autres travaux, et nous leur consacrerons à chacun une notice.

COURS PUBLICS

DE L'ATHREPSIE. Cours de M. le professeur PARROT, à l'hôpital des Enfants assistés (1).

Sous le nom d'athrepsie, M. Parrot, que la Faculté compte maintenant parmi ses professeurs les plus distingués, a désigné une affection spéciale dont les symptômes sont assez particuliers pour qu'ils doivent par leur réunion constituer une maladie. Ces symptômes connus depuis longtemps, bien décrits pour la plupart, ne constituaient pas pour les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, un ensemble assez net pour permettre d'en faire une affection ayant ses causes propres et son processus spécial. Vaillex, cependant, dans la partie de son ouvrage qui concerne le muguet, réunit tous les symptômes de l'athrepsie, mais ces symptômes, il les attribue au muguet : c'était donc prendre une manifestation, ou mieux une conséquence de la maladie pour la maladie elle-même. La même erreur était commise par M. Hervieux dans son mémoire sur l'algidité progressive des enfants nouveau-nés. (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*. II, Paris, 1862.)

Voyez ce qu'il faut entendre par *athrepsie*. Par le mot *athrepsie*, M. Parrot désigne « une maladie constituée par un ensemble d'affections qui ont pour point de départ le tube digestif, et aboutissant à une perturbation nutritive profonde. (α privatif, ὀρέξω, action de nourrir). C'est à cette maladie que l'on doit attribuer la mortalité effrayante des enfants en nourrice, c'est sur cette affection que l'hygiène pouvait le plus faire sentir son influence. Mais ici la question est plus complexe; tandis qu'en effet, chez l'adulte, il n'y a normalement qu'à veiller à la conservation de ce qui est acquis, au maintien en un mot de l'équilibre entre l'assimilation et la désassimilation, chez l'enfant, au contraire, il y a tout d'abord une transformation complète de la nutrition; de la vie fœtale où le fœtus ne fait que recevoir tout formé le sang de la veine ombilicale qu'il s'approprie, comme le remarque M. Parrot, il passe subitement à la vie active; alors commence un acte nouveau : la digestion. L'enfant doit donc recevoir une nourriture appropriée à ses fonctions, à ses besoins : il y a pour cela deux buts à atteindre au point de vue végétatif, non-seulement la conservation, mais l'augmentation et le perfectionnement de ce qui est.

On ne peut les atteindre qu'à une seule condition, que la nutrition s'accomplisse. Les troubles de la nutrition sont donc la cause principale de cet ensemble de symptômes qui constituent la maladie, mais ce n'est pas la seule. Indépendamment des enfants qui, nés viables, dans de bonnes conditions,

(1) Ce résumé a été fait d'après les leçons rédigées par M. le docteur Troisième, et publiées dans le *Progress Médical*, 1874-1875-1876.

Quant aux deux autres, Pierre de Tolède et Pierre le secrétaire, qui ne nous intéressent que par le Coran, nous allons en dire ici quelques mots.

Nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons appris sur Pierre de Tolède par l'abbé de Cluny : c'était un homme habile dans les deux langues, mais auquel le latin n'était pas aussi familier que l'arabe.

Quant à Pierre le secrétaire de l'abbé de Cluny, il porte aussi le nom de Pierre de Poitiers. Il entra dans l'ordre de Cluny sous l'abbé Ponce, peu de mois avant son abdication, et fut reçu par l'abbé Pierre le Vénérable, qu'il accompagna en Espagne en 1141.

Pierre le Vénérable chargea son secrétaire Pierre de Poitiers de composer une réputation du Coran, que saint Bernard l'avait engagé à composer lui-même.

Dans une lettre à l'abbé de Cluny, Pierre de Poitiers rappelle ainsi ses collaborateurs : « Sicut ego in Hispania pro

sont atteints, par suite de troubles digestifs consécutifs soit à une lésion, soit à une hygiène déplorable ou aux mauvais soins, l'athrèpsie frappe principalement les enfants débilités dès leur naissance, soit parce qu'ils sont nés avant terme, soit parce qu'ils sont incomplètement formés. On trouve alors les symptômes propres à l'affaiblissement des fonctions végétatives ; la respiration est difficile, rare, superficielle, le pouls est petit, c'est à peine si l'on peut le sentir : de même pour le cœur dont on entend difficilement les bruits.

Nous avons dit que les troubles de la nutrition étaient la principale cause de l'athrèpsie : tout ce qui viendra entraver la nutrition sera donc une cause prédisposante. Le bœc de lièvre, les perforations de la voute palatine, etc., en gênant la succion entravent la nutrition. Il en est de même d'affections fébriles comme la pneumonie, l'érysipèle, etc., la diarrhée (aussi l'athrèpsie est-elle plus fréquente en été qu'en hiver), et le coryza auquel les parents attachent parfois trop peu d'importance. Le coryza en effet, par cela même qu'il s'accompagne de l'accumulation de liquides dans les fosses nasales, met une entrave à la succion. L'enfant à soif, il veut boire, demande le sein, essaye inutilement d'aspirer le lait puisque les fosses nasales sont obstruées, et après s'être fatigué par ces efforts inutiles, il le repousse malgré la faim qui le tourmente. Telle est donc une cause sur laquelle il est bon d'insister, car si le coryza est par lui-même une affection bénigne chez l'adulte, ses conséquences chez l'enfant peuvent être funestes par les troubles nutritifs qui lui succèdent.

M. Parrot considère dans l'évolution de l'athrèpsie trois périodes renfermant toutes les manifestations pathologiques qui constituent la maladie.

Dans la première période, la première manifestation consiste en un changement dans les garde robes qui deviennent fréquentes, liquides, jaunes ou vertes ; puis arrivent la diminution des urines, la soif, l'agitation, le manque de sommeil.

Dans la deuxième, tous ces accidents s'aggravent, les selles ont une odeur repoussante, il y a d'abord des régurgitations puis des vomissements : l'appétit est diminué. L'enfant érie et ces cris ont un caractère particulier, il s'amaigrit, son faeces est abattu ; le corps se refroidit sensiblement. Du côté de la bouche, on trouve le muguet qui, « s'agglomérant en plaques larges et épaisses », ne tarde pas à envahir la langue, les joues et la voute palatine : tel est encore un obstacle de plus aux fonctions digestives.

La troisième période commencée, il n'est plus guère possible de conserver l'espoir de la guérison. L'enfant est fatalement condamné à mourir, les secours de la médecine ne peuvent que retarder l'issue fatale. L'amaigrissement augmente, les selles sont de plus en plus nombreuses et fétides ; malgré la soif qui le tourmente, l'enfant n'a plus la force d'aspirer le lait, ni même de l'avalor lorsqu'on le lui met dans

la bouche ; la température baisse, parfois il y a quelques convulsions, du strabisme divergent. Le corps reste dans l'immobilité, les membres sont rigides, le ventre est aplati dans la plupart des cas, la respiration se ralentit, les bruits du cœur sont difficilement perçus ; la mort arrive enfin après avoir parcouru les différentes phases que nous venons de décrire.

Après avoir fait cette description générale, M. Parrot revient sur chacun des symptômes que nous venons de signaler. Il étudie d'abord la défécation, à l'état normal puis à l'état pathologique. Dans l'athrèpsie, les selles se multiplient très-promptement, leur consistance se modifie. Elles deviennent liquides, jaunes et vertes, coloration due selon Lehmann et Robin à un afflux considérable de la bile dans l'intestin. Parfois des selles présentent au contraire une coloration blanchâtre ou grise, elles sont alors beaucoup plus fétides.

Les vomissements quoique moins fréquents offrent cependant un intérêt particulier ; ils ne s'accompagnent pas de lésions de l'estomac, comme on pourrait le croire. D'abord rares, ces vomissements se rapprochent de plus en plus à mesure que l'affection s'aggrave ; ils sont blanchâtres, jaunes et très-rarement verts. Ils survient immédiatement l'ingestion du lait dans la troisième période.

Après avoir étudié ces deux symptômes, la diarrhée et les vomissements, M. Parrot arrive aux lésions des muqueuses, et à cause de l'importance du muguet il étudie tout d'abord, et avec un soin particulier, les lésions de la muqueuse buccale. Le muguet, par sa fréquence et sa gravité dans l'athrèpsie, a attiré l'attention du savant professeur qui en donne une étude consciencieuse et complète. « C'est l'athrèpsie qui appelle le parasite sur l'organisme, et dans le processus morbide le muguet n'a que la valeur d'un incident ; jamais il ne constitue la maladie tout entière, et par conséquent, il faut bien se garder de lui attribuer les troubles qui appartiennent à celle-ci. » Mais le muguet est une complication gênante pour la succion, douloureuse même, il est donc la cause de nouveaux troubles qui viennent encore aggraver l'état général en empêchant la nutrition de l'enfant. Il est un fait dont la *Gazette* s'est occupée et sur lequel M. Parrot insiste, c'est la contagion de l'enfant à la nourrice, contagion qui n'admettent pas Billard, Baron, Valleix, Blache, Guersant, Grisollet et Seux, mais que viennent prouver non-seulement des observations de MM. Lélu, Gubter et Mignot, mais des expériences de M. Delafond (*Gazette hebdomadaire*, 1858, p. 909) sur des agneaux affaiblis soit par la maladie ou la mauvaise nourriture. Bien plus, si ces agneaux, sur la bouche desquels on a posé des cryptogames de muguet avec leurs sporules viennent à teter leur mère, on trouve de l'*Oidium albicans* à la surface du mamelon.

On ne devra pas confondre le muguet avec la stratification épithéliale qui s'accumule parfois sur des points où le fro-

certo a Petro Toletano cujus in transfendo socius eram, et a Roberto Pampiliomensis nunc archidiacono audivi.

Il s'agit des relations sexuelles chez les mahométans. (Voy. *Histoire littéraire*, t. XII.)

L. LECLERC.

(A suivre.)

Prix Ribéat. — L'Académie de médecine de Turin propose le sujet suivant pour le prix de 20 000 francs fondé par Ribéat : « Pathologie de l'appareil génital de la femme. » Voici les principales conclusions : 1° les traités complets et les monographies sont admis au concours ; 2° les ouvrages peuvent être imprimés ou manuscrits ; ils doivent être écrits en latin, italien ou français ; 3° les ouvrages imprimés doivent être publiés pendant le cours des années 1874, 1875, 1876, et être en double ; 4° les ouvrages des candidats doivent être adressés à l'Académie royale de médecine de Turin, avant le 31 décembre 1876.

FAULTE DE MÉDECINE DE GENÈVE. — Voici les nominations qui ont été faites jusqu'ici :

MM.

Laskowski, préparateur de M. Sappey, professeur d'anatomie ;
L. Revilliod, professeur de clinique médicale ;
Julliard fils, professeur de clinique chirurgicale ;
Reverdin, professeur de pathologie externe ;
Zahn, professeur d'anatomie pathologique et d'histologie ;
Vaucher, professeur d'obstétrique ;
Dunant, professeur d'hygiène.

IVROGNÈRE. — Suivant le journal le *Hainaut*, on parlerait en Angleterre d'établir un hôpital-prison pour les ivrognes, qui seraient assimilés aux aliénés.

HÔPITAUX DE BORDEAUX. — Un legs de 40 000 francs, dont 30 000 pour l'hôpital Saint-André et 10 000 pour l'hospice des incurables, a été fait à l'administration des hôpitaux de Bordeaux, par madame Jourvent, sœur du professeur Chaumat.

teinent ne se fait pas, ni avec les *kystes épidermiques* décrits par MM. Guyon et Thierry (*Archives de physiologie*, 1869).

Comme le fait remarquer M. Parrot, en insistant à plusieurs reprises sur ce point, les semences du parasite tout en étant indispensables, ne peuvent se développer que sur un individu dont le tube digestif est malade et la muqueuse buccale altérée, c'est-à-dire sur un individu atteint d'athrepsie; voilà en quoi l'étude du muguet se lie d'une façon si intime à celle de l'athrepsie. Pour M. Parrot, le muguet est donc consécutif à l'athrepsie, ou mieux en est une complication, pour M. Valleix, au contraire, le muguet serait la cause initiale de tous les accidents que nous avons signalés. On voit, par conséquent, que cette théorie s'éloigne de celle de Troussseau qui admettait trois espèces de muguet, la première due à une lésion locale, sans accidents généraux; la seconde due à un état grave consécutif en général à une alimentation vicieuse; la troisième enfin (muguet mixte) qui se montre comme premier symptôme d'un état grave.

Nous ne dirons qu'un mot des autres lésions que l'on trouve sur la muqueuse buccale, ce sont des ulcérations accompagnées parfois de perte de substance de la voûte palatine, ou encore des plaques, auxquelles M. Parrot a donné le nom de plaques ptérygoïdiennes, à cause de leur siège constant. Cette dernière lésion est importante à constater à cause de sa fréquence dans l'athrepsie; elle serait, en effet, d'après les recherches de M. Parrot, presque aussi commune que le muguet.

Les lésions cutanées peuvent être divisées en trois groupes, elles peuvent se présenter simultanément, ou aussi séparément chez le même sujet. Ce sont l'érythème, les ulcérations et le pemphigus.

L'érythème au début, est toujours constitué par une papule vésiculeuse; puis si l'affection persiste, il se forme de petites érosions saignantes et douloureuses, parfois même des ulcérations. Il siège de préférence sur les bourses, les grandes lèvres, le périnée, les fesses, la partie postérieure et interne des cuisses, les plis génitaux cruraux. Quant à la cause de cet érythème, contrairement à l'opinion de Valleix qui n'admettait pas que les déjections de l'intestin et de la vessie eussent une action quelconque sur le développement de cette affection, alors même que ces déjections baignaient les parties que nous venons de mentionner, M. Parrot conclut que « l'érythème est une affection deutéropathique se montrant immédiatement après la diarrhée, provoquée par elle, et disparaissant avec elle ».

Les ulcérations siègent d'ordinaire aux talons, sur les malloles internes, parfois sur les bords des picés; elles ne se montrent que dans une période avancée, c'est donc un signe grave, au point de vue du pronostic.

Le pemphigus est plus rare que les deux lésions précédentes, il offre moins d'intérêt, car il se présente souvent en dehors de l'athrepsie qui n'intervient que pour donner l'aspect cachectique.

En dehors de ces lésions proprement dites, la peau présente plusieurs autres modifications importantes: son changement de coloration et l'endurcissement du tissu cellulaire. Au lieu de présenter la rougeur normale chez le nouveau-né, elle devient d'un jaune livide, sur certains points bleuté, comme autour de la bouche, sur les mains, etc. Quant à l'endurcissement du tissu cellulaire déjà étudié par Underwood, M. Parrot considère ce signe comme constant; la peau ne présente plus de plis, elle devient unie, et l'on ne peut la séparer des parties sous-jacentes. « Quand la face est envahie, la roideur des lèvres et des parois buccales rend la succion et la déglutition impossibles, et l'on s'explique comment un certain nombre d'observateurs, depuis Lohmann, cité par Denis, jusqu'à nos jours, aient cru qu'il s'agissait là de ce tétanos que l'on a encore appelé le mal de mâchoire ou le trismus des nouveau-nés. » Voilà donc une cause d'erreur contre laquelle il est bon d'être prévenu. M. Parrot donne sur ce sujet une

longue explication historique et clinique (*Progrès médical*, 1875, n° 1 et 2).

Nous avons déjà signalé les troubles céphalopathiques, leur importance nécessite quelques explications: ces troubles consistent surtout en du coma et des convulsions, ils sont un signe de mort prochaine et coïncident avec l'extinction du cri, l'altération profonde du faciès, la diminution des glandes et la disparition des urines. Le coma est de toutes les manifestations nerveuses la plus fréquente; tantôt il existe seul, tantôt il coïncide avec d'autres accidents névropathiques comme la contraction de plusieurs muscles, de telle sorte qu'on a devant soi une véritable attaque épileptiforme. Ces attaques épileptiformes diffèrent notablement de celles qu'on observe en dehors de l'athrepsie, « ainsi on ne constate jamais la succession des stades qui constituent l'attaque classique: celui du stertor manque constamment. L'écume labiale est tout à fait exceptionnelle. » Les deux signes communs sont l'insensibilité absolue et la dilatation pupillaire.

Au point de vue de la pathogénie et de la physiologie pathologique de l'athrepsie, M. Parrot reconnaît deux étapes à la maladie. La première peut être qualifiée de gastro-intestinale, la seconde, qui est consécutive à la précédente, d'hématique, parce qu'elle résulte surtout de l'altération du sang. Toutes les sécrétions sont ralenties, puis arrivent les lésions cutanées, ou même stomacales que les troubles nutritifs prédisposent à la mortification. Il y a, en un mot, une stéatose des éléments organiques principalement dans les cellules de l'épithélium alvéolaire du poumon, dans les tubes du rein et enfin dans le cœur par suite de son activité excessive. Quant au foie, la stéatose est en raison inverse de celle des autres viscères. Plus tard, au dernier degré de la consommation, la graisse est résorbée. L'altération du sang, aggravée par la stéatose, produit comme terminaison ultime les congestions veineuses, les thromboses et les ramollissements. Ces dernières complications sont les plus sérieuses; il en est deux constantes, la stéatose diffuse et la congestion cérébrale. La congestion (principalement du réseau veineux péri-médullaire) par suite de l'accumulation de l'urée, etc., et de la gêne des fonctions du rein, amène des accidents urémiques (cécé-*phalopathie urémique* de Parrot). Cette cécé-*phalopathie* se manifeste cliniquement par le coma avec une contraction excessive des pupilles, strabisme, dyspnée, etc.

Après cette étude complète des symptômes si multiples de l'athrepsie, M. Parrot passe au traitement: « l'athrepsie, dit-il, est une maladie qu'il est en notre pouvoir de faire naître, car nous pouvons toujours provoquer les accidents du début, et cela fait, il nous est aisé de la mener jusqu'à la terminaison fatale...; il n'est pas un enfant qui résiste à l'action délétère des deux grandes causes que je vous ai signalées: l'influence nosocomiale et une mauvaise alimentation. »

On comprend donc que la première indication que l'on puisse tirer de la description de la maladie est le soin qu'on doit apporter dans la nutrition, et par suite dans le choix d'une nourrice. Si malgré ces précautions préventives, l'enfant est atteint d'une diarrhée verte ou jaune, diarrhée qui, ou s'en souvient, est le symptôme initial de l'athrepsie, il faut agir énergiquement et donner à l'enfant 6 ou 8 fois dans les vingt-quatre heures, avant de lui présenter le sein, une cuillerée à bouche de la mixture suivante:

Sirop de grande consoude, ou sirop de coings.	100 gr.
Sous-azotate de bismuth.	3

Dans la diarrhée persistante :

Sirop de grande consoude.	50 gr.
Eau de chaux.	50
Sous-azotate de bismuth.	3

S'il y a de l'agitation, un léger mouvement fébrile et une langue sale, il ne faut pas hésiter à administrer de 5 à 10 grammes de sirop d'ipéacuanha.

Dans l'athrepsie aiguë, le traitement est plus énergique, il faut faire prendre toutes les dix minutes, alternativement, une cuillerée à café de deux boissons glacées, l'une préparée avec :

Eau sucrée	200
Cognac vieux	10

la seconde avec : bouillon de bœuf frais, fait sans légumes, absolument privé de graisse, très-légèrement salé et coupé d'eau à parties égales. Puis on maintiendra l'enfant deux ou trois fois dans la journée, pendant cinq minutes, dans un bain d'eau à 35 degrés C., auquel on aura ajouté par 25 litres d'eau de 40 à 50 grammes de farine de moutarde.

Quant aux lavements, M. Parrot les déconseille, parce qu'il les considère comme absolument incapables de rendre les services qu'on attend généralement d'eux. Pour le muguet, le traitement n'a rien de spécial : on le combattra avec des badigeonnages au miel rosat et borate de soude, ou au miel rosat et chlorate de potasse ; l'érythème et les autres affections cutanées, en saupoudrant les parties atteintes avec de l'amidon, du lycopode et même avec de l'iodoforme dans les cas d'ulcérations.

J. M.

Syphilligraphie.

LEÇONS SUR L'APHASIE ET L'HÉMIPLÉGIE DROITE SYPHILITQUES
A FORME INTERMITTENTE, par le docteur Charles MAELIAC, médecin de l'hôpital du Midi (1).

Messieurs, je vais reprendre aujourd'hui la question de l'aphasie et de l'hémiplégie droite syphilitiques à forme intermittente, que j'ai traitée longuement, il y a cinq ou six semaines, dans ma première leçon. Ce n'est pas que j'aie rien d'essentiel à y ajouter ; mais je tiens à vous dire quelques mots du malade qui en a été l'objet, et à vous exposer l'histoire d'un autre cas moins grave, mais tout aussi intéressant que le premier, dont j'ai pu étudier, le mois dernier, la courte attaque d'encéphalopathie.

I

Vous vous rappelez sans doute cet homme, couché dans la salle 7, que je vous ai fait examiner le 27 novembre. Il était dans mon service depuis plus d'un mois ; il y était entré avec des accidents très-prononcés et permanents d'une encéphalopathie syphilitique caractérisée par de l'aphasie et une hémiplégie de tout le côté droit, sans mélange d'aucune autre perturbation fonctionnelle du système nerveux. Avant d'en arriver à ce degré de paralysie des mouvements et de la parole, le malade avait subi un nombre très-considérable d'attaques se formulant toujours par les mêmes symptômes et séparées par un retour complet du cerveau à son état de fonctionnement normal. La continuité finit par succéder à l'intermittence ; puis, après une longue période d'état, le malade recouvra peu à peu l'usage de la parole, et la force musculaire revint dans les membres frappés de parésie. Bref, grâce au traitement spécifique qu'il avait rigoureusement suivi pendant deux mois, et dont l'iodure de potassium à hautes doses faisait la base ; grâce aussi au repos, à une bonne hygiène et aux efforts spontanément réparateurs de la nature, dont il faut toujours tenir compte dans une certaine mesure, cet homme se trouvait, à l'époque où je vous parlai de lui, dans une situation relativement satisfaisante et qui faisait présager une guérison prochaine à peu près complète. Aussi, malgré quelques réserves, je portai sur son compte un pronostic favorable.

(1) Deuxième leçon, faite le 8 janvier 1876. — Voyez pour la première leçon les nos 4, 5, 7 et 8.

II

Malheureusement ce pronostic reçut un démenti inattendu et presque brutal vers le milieu du mois de décembre ; ce qui vous prouve bien qu'on ne saurait être trop circonspect dans ses prévisions en matière de syphilis, surtout lorsqu'un organe aussi délicat que le cerveau a été sérieusement endommagé. Ce malade, que vous aviez vu marcher presque sans claudication et qui s'exprimait sans un trop grand embarras de la parole, éprouva de nouvelles douleurs de tête semblables à celles qui avaient signalé l'invasion de l'encéphalopathie ; en même temps il perdit l'appétit et eut un peu de fièvre. Le mouvement lui répugnait. Il était devenu maussade et taciturne. Il avait aussi des étourdissements, des obnubilations, des vertiges, et ne s'aventurait plus dans les salles, loin de son lit, dans la crainte de tomber. Il était manifestement sous le coup d'une nouvelle attaque, quoiqu'il n'eût pas cessé de prendre de l'iodure de potassium. On lui administra inutilement quelques purgatifs pour combattre l'embarras gastrique et opérer une dérivation salutaire sur la muqueuse intestinale ; mais ils ne produisirent qu'un effet à peu près nul ou du moins presque insensible.

Je me proposais de lui faire appliquer trois ou quatre sangsues derrière l'oreille gauche, afin de provoquer un écoulement continu de sang pendant plusieurs heures et de diminuer ou faire disparaître l'hypérémie qui me paraissait s'être établie vers le lobe antérieur gauche du cerveau, lorsque je fus prévenu par l'événement. Le malade eut une véritable attaque, sans perte de connaissance et sans mouvements convulsifs épileptiformes, une attaque tout à fait semblable aux précédentes, sinon comme intensité et comme durée, du moins comme expression phénoménale : il tomba, en effet, tout à coup frappé d'une hémiplégie presque complète de tout le côté droit, et privé aussi de l'usage de la parole ou réduit à ne bégayer que quelques paroles incohérentes.

Cet état de choses se prolongea pendant cinq ou six jours sans intermittence ni rémission, avec une continuité parfaite ; puis peu à peu la parole, avec la faculté d'approprier le mot à l'idée, sortit de sa torpeur, et la force revint aussi progressivement dans les membres et la face du côté droit.

Au bout de huit ou dix jours l'amélioration était très-prononcée, comme quelques-uns d'entre vous ont pu le constater, et vers la fin de décembre l'aphasie et la parésie droite n'étaient plus qu'à ce degré où vous les aviez vues le 27 novembre.

Dans les fêtes du premier de l'an, le malade se sentit si bien qu'il désira quitter nos salles.

Quel enseignement devons-nous tirer de cette nouvelle attaque ? Le premier, c'est qu'il serait prématuré de porter un pronostic favorable peu de temps après la diminution des accidents cérébraux ; qu'il faut toujours se tenir sur ses gardes tant qu'ils persistent et même après leur disparition complète, lorsque par leur durée, par leur nature, par leur mode d'évolution, ils ont rendu manifeste l'existence d'une lésion plus ou moins profonde de la pulpe encéphalique ; le second, c'est qu'il ne faut pas interrompre le traitement ou se tenir prêt à le reprendre, sans tenir trop grand compte de phénomènes gastriques, intestinaux ou autres, qui paraîtraient le contre-indiquer. Quand je vis que le malade avait du malaise général, de la fièvre et de l'embarras gastrique, je crus prudent de suspendre l'usage de l'iodure de potassium, me réservant d'y revenir ultérieurement. Peut-être l'attaque serait-elle survenue malgré lui. Toujours est-il qu'il eût peut-être mieux valu persévérer dans son emploi. Mais je crois, en outre, que dans ces encéphalopathies, qui sont lentes à disparaître et qui ont de la tendance à récidiver sous forme de poussées congestives, il est bon de ne pas confier la guérison aux seules vertus curatives de l'iodure. Et je vous répéterai ici ce que je vous disais dans ma première leçon à propos du traitement des syphiloses cérébrales : Combatez-les non-seulement avec

la médication spécifique, mais encore avec les moyens ordinaires de la médication rationnelle. Aussi aurais-je peut-être bien fait, pour compléter et affermir la guérison, de creuser une fontanelle derrière l'apophyse mastoïde gauche, ou d'établir un séton à la nuque et d'administrer une ou deux fois par semaine quelques dérivatifs intestinaux.

Relativement au diagnostic du siège, de la nature et du processus de la lésion, je n'ajouterais rien à ce que je vous ai déjà dit; ceux d'entre vous qui ne connaissent pas l'histoire de ce malade et les réflexions qu'elle m'a suggérées pourront en prendre connaissance prochainement dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE, où ma première leçon sera publiée.

III

J'espère, messieurs, que vous trouverez quelque intérêt au récit que je vais vous faire maintenant d'un nouveau cas d'aphasie et d'hémiplégie droite syphilitiques à forme intermittente. Je l'ai observé tout récemment et fort à propos, comme vous allez en juger.

Il s'agit d'une dame, âgée d'une trentaine d'années, qui contracta la syphilis à la fin de l'année 1870. Je lui donnai des soins en 1871 pour quelques accidents consécutifs, de moyenne intensité, du côté de la peau et des muqueuses. Ils se reproduisirent en 1872; les ongles surtout furent très-malades. Elle supporta bien le traitement hydrargyrique et guérit assez vite des poussées successives qui lui survinrent pendant les deux ou trois premières années de l'intoxication syphilitique; mais la santé générale eu fut fortement éprouvée: elle maigrit beaucoup et perdit ses forces; puis peu à peu elle revint, en apparence du moins, à son état naturel.

Elle s'était toujours bien portée jusque-là, n'avait eu que des indispositions légères et une sorte d'anémie chronique et peu grave qui ne paraissait reposer sur aucun fonds constitutionnel. Elle n'était point sujette aux malaises nerveux et n'avait jamais eu ni spasmes ni convulsions hystériques. Plusieurs spécialistes fort éminents lui avaient donné des soins, et tous avaient prescrit des préparations hydrargyriques et un régime flouissant. En 1873, je constatai encore chez elle quelques plaques muqueuses sur l'isthme du gosier.

Je l'avais perdue de vue depuis deux ans, lorsqu'elle m'écrivit, en septembre 1875 (sixième année de la syphilis), qu'après avoir joui d'une très-bonne santé pendant plus d'une année elle éprouvait des éblouissements, des étourdissements et des accidents vertigineux qui rendaient parfois la chute imminente quand elle restait debout ou qu'elle se promenait. Mais ce qui lui causait le plus d'inquiétude, c'étaient certains troubles bizarres de la vue, dont elle ne se rendait pas compte et qui la prenaient subitement. Ainsi elle voyait souvent les objets doubles, juxtaposés ou superposés; d'autres fois ils lui semblaient plus éloignés ou plus rapprochés qu'ils ne l'étaient en réalité, ce qui la gênait considérablement et lui faisait faire souvent des faux pas, surtout quand elle avait à monter ou à descendre des escaliers. Ces derniers symptômes dépendaient évidemment d'un désordre survenu dans l'accommodation de l'œil. Ils n'étaient pas continus, mais revenaient fréquemment et coïncidaient presque toujours avec les accidents vertigineux. Quoiqu'il n'y eût aucun des phénomènes prodromiques les plus habituels de l'encéphalopathie syphilitique, c'est-à-dire ni insomnie, ni céphalée, ni perte de la mémoire, etc., je pensai tout de suite à une détermination de la syphilis sur le cerveau; je prescrivis donc de l'iode de potassium à la dose de 3 ou 4 grammes par jour. Il fut très-bien toléré et peu à peu les accidents diminuèrent et disparurent après avoir persisté sous forme irrégulièrement intermittente et avec des alternatives variables, pendant quatre ou cinq semaines.

Le 10 novembre 1875, cette malade vint me consulter. Je l'examinaï avec le plus grand soin et je ne découvris chez elle aucune lésion apparente, aucun trouble fonctionnel pouvant être rattaché à la syphilis. Elle avait cessé depuis quelques jours de prendre de l'iode de potassium. Je ne lui prescrivis aucun traitement spécifique.

IV

Tel était l'état des choses lorsque, le 19 décembre, la malade fut prise, sans cause appréciable, pendant qu'elle dinait dans sa famille, d'une espèce d'attaque avec perte de connaissance, pleurs abondants, sensation d'étouffement derrière le sternum, et d'une

hémiplegie de la face et des membres du côté droit. Il paraît qu'elle revint à elle, puis qu'elle retomba et que trois attaques séparées par un intervalle de quinze à vingt minutes environ, se reproduisirent dans la soirée. A minuit, elle eut une quatrième crise qui dura jusqu'à deux heures du matin et qui différa des autres en ce sens que, la connaissance revenue, il fut impossible à la malade d'articuler un mot. Il y avait donc en même temps *aphasie et hémiplégie droite*. Le seul prodrome qui eût été noté avant ces attaques c'était une tendance au sommeil plutôt que de l'insomnie. Il n'avait existé ni céphalée, ni perte de la mémoire.

Outre les phénomènes sus-indiqués, il y eut aussi quelques mouvements désordonnés et comme convulsifs, mais sans contractions ni écume à la bouche. Comme ils ne se reproduisirent pas plus tard, il n'ont peut-être pas l'importance que je fus tenté de leur attribuer de prime abord. Du reste, ce qui domina toujours dans l'ensemble phénoménal, ce furent l'aphasie et la parésie droite.

Le surlendemain, 21, on me conduisit cette malade. Elle marchait mal et avait peine à écrire. La force musculaire était un peu diminuée dans les deux membres du côté droit et l'hémiplégie faciale presque imperceptible. La parole n'était plus embarrassée et les facultés intellectuelles paraissaient intactes.

Je pensai d'abord qu'il s'agissait d'une attaque d'hystérie, bien que la malade n'en eût jamais éprouvée auparavant. Néanmoins, les troubles visuels et les accidents vertigineux qui lui étaient survenus au mois de décembre et qui avaient été si promptement guéris par l'iode de potassium, me décidèrent à recourir de nouveau à ce spécifique, et j'en prescrivis 6 grammes à prendre dans les vingt-quatre heures.

Le 22 décembre (quatrième jour des attaques), je fus appelé auprès de cette dame. Je m'y rendis à une heure de l'après-midi. Elle avait eu deux attaques, la première à quatre heures et la deuxième à dix heures du matin; depuis une heure environ la seconde avait cessé et les traces en étaient encore visibles. Ainsi je constatai un affaïssement prononcé de la joue droite et une déviation de la bouche du côté gauche. La langue avait conservé tous ses mouvements. La main droite serrait avec assez de force, mais les doigts étaient malhabiles et incapables de coudre et d'écrire. Quant au membre inférieur droit, il était encore faible; la malade aurait pu cependant se tenir debout et marcher en élançant un peu; comme elle se sentait très-mal à l'aise et courbaturée, elle gardait le lit. Pas de céphalalgie. Rien du côté des organes des sens. Mémoire très-nette. La parole était revenue et ne présentait en ce moment aucune altération.

Une circonstance très-importante, et sur laquelle j'appelle particulièrement votre attention, c'est que la sensibilité était intacte partout, même du côté de la parésie.

La malade ne raconta ses deux attaques avec une grande précision. Voici comment les choses s'étaient passées :

Le matin, à trois heures, elle se réveilla sans mal de tête, mais avec des espèces de pandiculations et des crampes dans tous les membres, puis à quatre heures, à la suite de quelques soubresauts et de quelques douleurs crampeuses du bras et de la jambe du côté droit, elle fut prise d'une paralysie de la face et des deux membres de ce même côté, sans convulsions, sans perte de connaissance, sans céphalalgie prodromique. Au même instant elle sentit qu'il lui était impossible d'articuler des mots; elle faisait de vains efforts pour parler et pour exprimer les pensées et les mots qui s'élaboraient dans son cerveau avec la même netteté qu'avant l'attaque. Toute la face était déviée à gauche. Le bras droit était devenu si inerte que la malade était obligée de le prendre et de le porter avec la main gauche pour le changer de place. Au bout d'une heure et demie de durée ces symptômes se dissipèrent et le sommeil revint.

La deuxième attaque fut caractérisée par les mêmes symptômes groupés de la même façon, c'est-à-dire par l'aphasie et l'hémiplégie droite. Elle se prolongea jusqu'à midi. Il fut impossible à la malade de m'écrire, et c'est une des personnes qui la veillaient qui s'en chargea. L'avant-veille, après la première crise, elle m'avait écrit quelques lignes, et bien que les mots fussent corrects, j'avais été frappé de leur changement graphique et de la difficulté matérielle et même morale de l'espèce d'effort pénible qu'indiquaient les cinq ou six lignes de ce billet.

Le 24 décembre (sixième jour des attaques), je constatai un mieux considérable. Il ne restait plus aucune trace de l'hémiplégie faciale: les traits s'étaient relevés à droite et la bouche n'était plus déviée vers la gauche. Parole et écriture très-faciles. Le mouvement était à peu revenu dans les deux membres droits; pour-

tant la jambe droite traînait encore un peu, ce qui causait un léger degré de claudication. Les objets qu'elle soulevait avec la main droite lui paraissaient plus lourds que lorsqu'elle les soulevait avec la main gauche; enfin la résistance du sol était moins bien sentie par le pied droit que par le pied gauche. La sensibilité était intacte partout. Sommeil assez bon mais fréquemment interrompu. Mémoire intacte.

J'ai oublié de vous dire que dans la nuit du 22, la deuxième crise avait été précédée d'un vomissement, et qu'il y avait eu des nausées sans vomissements pendant vingt-quatre heures. La langue était sale, la bouche pâteuse, l'appétit nul; il existait évidemment un peu d'embaras gastrique. Les 6 grammes d'iode de potassium donnés quotidiennement étaient très-bien tolérés. Aucune crise nouvelle n'était survenue.

V

Le 28 décembre (dixième jour des attaques), le mieux semblait si notoire que je fis diminuer de 2 grammes la dose quotidienne d'iode de potassium. Tous les phénomènes de la parésie droite qui persistaient encore les jours précédents, à un faible degré il est vrai, avaient complètement disparu. Néanmoins le lendemain, vers deux heures de l'après-midi, des accidents vertigineux semblables à ceux du mois de septembre, mais un peu plus forts, se reproduisirent: la malade fut prise tout à coup, sans perte de connaissance, sans aphasie ni paralysie, d'éblouissements et de tournoisements de tête tels que tous les objets paraissaient danser autour d'elle et qu'il lui était impossible de se tenir debout. Pas d'insomnie ni de maux de tête.

Le 30 décembre (douzième jour des attaques), les accidents vertigineux, qui n'avaient duré que quelques heures la veille, revinrent également vers deux heures de l'après-midi avec la même intensité; mais au lieu de se dissiper, ils furent accompagnés d'abord d'une certaine difficulté pour parler, puis de balbutiement, de bégayement, d'une peine extrême à trouver les mots, de leur fausse adaptation, avec la conscience de ces désordres et une conception nette et mentale formulée de tout ce qu'elle voulait et ne pouvait dire. Cette aphasie typique se prolongea jusqu'à quatre heures. Du côté de la motilité il n'y eut rien qu'un peu d'engourdissement dans le bras droit pendant quelques minutes.

Après la cessation de l'aphasie, cette dame put sortir pour faire des emplettes; mais à cinq heures elle fut reprise d'une nouvelle attaque d'aphasie, également avec hémiplegie droite et sans aucun autre trouble nerveux. Elle en fut d'autant plus contrariée qu'elle avait plusieurs personnes à dîner. Pendant quatre heures l'aphasie persista avec diverses alternatives de mieux et de plus mal. Il n'y eut aucune perte de connaissance, aucun désordre psychique. La conversation des convives était parfaitement comprise; la malade y prenait part et y répondait mentalement, mais l'expression parlée des idées était impossible; c'est à peine si elle pouvait lancer quelques mots de temps en temps, et encore n'exprimaient-ils pas toujours ce qu'elle voulait dire. Elle éprouvait en outre du dégoût pour les aliments s'élevant parfois jusqu'à la nausée. La sensibilité cutanée n'était pas altérée. Ni spasmes, ni convulsions.

Ce n'est qu'à neuf heures, c'est-à-dire au bout de quatre heures, que la parole revint. L'aphasie cessa brusquement comme elle avait commencé. Les nausées cessèrent aussi et la malade soupa avec appétit. Ce fut sa dernière attaque, du moins jusqu'à présent il ne lui en est pas revenu d'autre.

Le 31 décembre, la parole ne présentait absolument rien d'anormal et la malade me rendit très-bien compte de son état sans hésitation, sans aucun lapsus de la mémoire. La motilité et la sensibilité étaient exactement dans le même état normal à droite qu'à gauche, autant qu'on en pouvait juger par les divers modes d'exploration mis en usage. Aucune déviation des traits, contraction de la joue droite aussi prononcée que celle de la gauche dans les mouvements expressifs de la physionomie. On ne serait jamais douté que cette dame avait eu la veille deux attaques d'aphasie. J'augmentai la dose d'iode de potassium et j'en prescrivis de nouveau 6 grammes, comme lors de la première attaque. Je dois ajouter que la santé générale était assez bonne et qu'il n'existait aucune manifestation syphilitique à la surface de la peau.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 27 MARS 1876. — PRÉSIDENTE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

SOURDS-MUETS. — M. L. *Vaisse* adresse à l'Académie plusieurs opuscules sur la question de l'enseignement de la parole aux sourds-muets. (Commissaires: MM. Milne Edwards, Cl. Bernard, Blanchard, Gosselin.)

ÉCHANGES D'AMMONIAQUE ENTRE LES EAUX NATURELLES ET L'ATMOSPHÈRE, par Th. *Schlœsing*. — L'ammoniaque, condensée par une même quantité d'eau, croît rapidement à mesure que la température s'abaisse. On se trompe quand on s'imaginerait que l'ammoniaque d'un nuage se condense presque entièrement dans une pluie. On admet généralement que la pluie entraîne non-seulement l'ammoniaque des nuages, mais encore celle de l'air qu'elle traverse. Cela peut et doit être pour le nitrate d'ammoniaque, sel dénué de tension, comme l'a démontré M. Boussingault, et flottant dans l'air à l'état de poussière; mais quant au carbonate, il est certain que la pluie peut en prendre, en cédant ou passant sans modifier sa proportion dans l'air, selon les richesses et les températures respectives des nuées où elle prend naissance et des couches d'air qu'elle rencontre en tombant. « En réalité, dit l'auteur, les dosages continus de l'ammoniaque aérienne, que j'ai institués depuis près d'une année, montrent que les chutes de pluie font varier le titre de l'air, tantôt en plus, tantôt en moins; mais ces variations disparaissent dans les moyennes. »

CHOLÉRA. — M. *Larrey* présente à l'Académie, de la part de M. *Barnes*, chirurgien général de l'armée américaine, un volume (en anglais) de 1000 pages, intitulé: CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE DE 1873 AUX ÉTATS-UNIS. »

TRANSPORT DES BLESSÉS. — M. *Larrey* présente encore, de la part de M. *Barnes*, un rapport rédigé par M. *George Otis*, chirurgien assistant de l'armée des États-Unis, sur « un plan de transport par les voies ferrées des soldats blessés en temps de guerre, avec la description des diverses méthodes employées dans ce but en différentes occasions. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 4 AVRIL 1876. — PRÉSIDENTE DE M. CHATIN.

M. le ministre de l'Agriculture et du Commerce adresse à l'Académie un ouvrage intitulé: TOXICOLOGIE CURATIVE. de M. le docteur Morl, traduit de l'allemand par M. le docteur Gantier de Melles.

L'Académie reçoit: a. Un travail de M. le docteur Puytor sur les eaux minérales de Vichy. — b. Une note de M. le docteur Figeon sur la ténosynovite. — M. Bied dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Dumontpallier, un travail intitulé: CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ANOMALIES DE L'ÉRECTION VACCINALE. — M. Guibet présente une brochure de M. le docteur Garrigou, ayant pour titre: APERÇU SUR LES RESSOURCES INDUSTRIELLES DU DÉPARTEMENT DE L'ARIZÈGE.

LÈPRE. — M. *Rufz de Lavison*, à l'occasion de la dernière discussion, donne lecture d'une courte note sur la lèpre dite éléphantiasis des Grecs ou lèpre léonine. Dans cette forme, lorsque le sphacèle survient il ne se produit jamais un début, mais seulement à la dernière période de la maladie, et à cette époque les symptômes qui l'ont précédé sont assez caractérisés pour qu'il n'y ait pas d'erreur possible. La face a un aspect pathognomonique; la peau est épaissie et bronzée; les cheveux tombent ainsi que les sourcils, les cils et les dents; le développement des oreilles et le ratatinement du nez donnent à la figure un caractère tout particulier qui l'a fait comparer à celle du lion, d'où le nom de lèpre léonine donné à cette arriété.

Si le cas présenté par M. A. Després était une lèpre léonine, ce serait une lèpre partielle, localisée, extrêmement rare, ou

peut-être encore une lèpre modifiée par le milieu dans lequel elle s'est développée, comme le suppose M. Devergie.

M. Ruzf de Lavison n'admet pas la transmission de la lèpre. Dans les pays où elle existe, les malades ne sont nullement isolés, et certainement si elle était réellement transmissible, les lépreux s'y rencontreraient en plus grand nombre. Pour lui, il a observé à peine un ou deux cas de transmission.

Quant à la question d'hérédité, généralement admise par ses auteurs, elle ne lui paraît pas suffisamment démontrée. On cite bien des familles où il y a eu un ou deux lépreux, mais il n'existe pas, à proprement parler, de familles de lépreux.

M. Ruzf de Lavison pense enfin qu'au point de vue de sa nature la lèpre n'est pas une maladie de climat : ce serait plutôt, comme le crétinisme, une maladie de localité.

ELECTIONS. — L'Académie procède à l'élection des commissions de prix pour l'année 1876. Sont nommés :

Prix de l'Académie : MM. Larrey, Trélat, Alph. Guérin, Legouest, Voillemier.

Prix Barbier : MM. Hérard, Roger, Chauffard, Cloquet, Empis.

Prix Civrieux : MM. Bouchardat, Vulpian, Cl. Bernard, Mialhe, Laboulbène.

Prix Falret : MM. Baillarger, Charcot, Devergie, Bergeron, Bouillaud.

Prix Capuron : MM. Depaul, Devilliers, Huzard, Tarnier, Blot.

Prix Itard : MM. Gubler, Davaine, Marrotte, Moutard-Martin, Jolly.

Prix Godard : MM. Hardy, Hirtz, Gueneau de Mussy, Séc, Woillez.

Prix Ruzf de Lavison : MM. Broca, Magne, Colin, Delpech, Roussel.

FONCTION SOMNIFÈRE. — Pendant que l'Académie procède à ces élections, M. le docteur *Théobald Lajoux* donne lecture d'un travail original sur le sommeil. M. Lajoux a découvert le principe somnifère et l'appareil qui préside au sommeil, chez l'homme en particulier et chez les animaux en général. Le sommeil est produit par la *lymphe lymphatique* proprement dite, qu'il dénomme ainsi pour la distinguer de la lympha chileuse.

« Considérant, dit l'auteur, que les fonctions de la rate ne sont pas très-connues; que celles de la lympha lymphatique ne le sont pas davantage, et qu'on ne sait trop ce qui produit le sommeil; nous avons d'un côté la rate et le système lymphatique proprement dit, système et organe fonctionnant dont on ignore la fonction; d'un autre côté une fonction, la fonction somnifère, le sommeil, dont on ne connaît pas l'organe producteur. Il semble donc tout naturel de rapporter à l'un des deux la fonction somnifère, le sommeil. Ce n'est pas la rate, puisque son action est continue : donc, c'est le système lymphatique. »

« La conséquence de cette découverte, dit en terminant l'auteur, est de mettre à la disposition de la médecine une quantité infiniment variée de lymphes extraites des lymphatiques de différents animaux, c'est-à-dire une quantité infiniment variée de nouvelles substances calmantes qu'on pourrait appeler *opium animal*, ou même *chloroforme animal*. »

M. Bouley renvoie cette « conception » à l'examen d'une commission composée de MM. Colin, Moreau et Vulpian.

OSTÉOTOMIE. — M. J. Guérin lit une note sur l'*ostéotomie dans le traitement des courbures rachitiques*. Il vient, à l'occasion d'une communication de M. le docteur J. Bœckel (de Strasbourg) à la Société de chirurgie, revendiquer pour lui l'idée première de l'ostéotomie. Il rappelle qu'au mois de juin 1843 il faisait connaître le résultat de 360 cas de difformités rachitiques. Ce relevé, fait avec la collaboration de M. Brochin, portait que sur ces 360 cas il y avait 76 guérisons complètes et 49 améliorations, 48 sans amélioration et 235 non

traités ou en traitement. Quant aux guérisons, elles avaient été obtenues : 1° par simple traitement général approprié sans appareil; 2° par ce traitement secondé d'appareils mécaniques; 3° par la rupture et le redressement extemporané des courbes; 4° enfin par l'ostéotomie. En présence des dénégations qui accueillirent ces résultats, M. J. Guérin demanda la nomination d'une commission qui les confirmerait de tous points. Depuis cette époque, l'*ostéoclasie* et l'*ostéotomie*, abandonnées en France, devinrent d'une pratique commune en Angleterre et en Allemagne.

Après avoir rétabli la vérité et l'origine réelle de la méthode, M. J. Guérin fait remarquer que les chirurgiens étrangers qui la lui ont prêté ont oublié de lui en emprunter les principes et appliquent indistinctement l'*ostéoclasie* et l'*ostéotomie* aux mêmes périodes de la maladie. Il y a là une distinction importante à faire : l'*ostéoclasie* n'a sa raison d'être qu'à une certaine époque du rachitisme, au moment où l'ancien os, réduit à des lamelles peu consistantes, est remplacé par le tissu de nouvelle formation, encore élastique et presque dépourvu de substance calcaire. L'os dans ces conditions se rompt sans difficulté, et c'est autant une *pièture* de l'os nouveau qu'une fracture de l'ancien. Dans ces conditions seulement, c'est-à-dire à la deuxième période du rachitisme, l'*ostéoclasie* doit être préférée à l'*ostéotomie* pour la réduction des courbures irrégulières.

Quant à l'*ostéotomie*, elle n'est applicable qu'à la période qui précède la transformation éburnée de l'os, c'est-à-dire au moment où le tissu osseux acquiert une consistance et une résistance supérieure à celle de l'os normal; à cette période, il existe, au niveau de l'angle de la fracture, un tissu fibreux, spongieux, résistant, élastique, au centre duquel sont placées les lamelles de l'ancien os, brisées ou simplement plées directement sur elles-mêmes. Le tissu est trop consistant et trop peu extensible pour céder aux efforts de redressement. L'*ostéotomie* favorise ce redressement en enlevant la portion la plus résistante de la concavité de l'angle, tandis qu'on laisse intacte la moitié correspondante à la convexité de l'os.

« En résumé, dit en terminant M. J. Guérin, mon procédé diffère de la méthode suivie par mes imitateurs par plusieurs points de vue :

1° Ils appliquent indistinctement l'*ostéotomie* rachitique à toutes les périodes de la maladie, mais principalement à la période d'éburnation. Je ne l'applique jamais à cette époque.

2° Ils enlèvent une partie de la convexité de la courbure et déterminent un raccourcissement de l'os. J'obtiens, au contraire, un allongement, résultant du redressement de la courbure.

3° L'opération avec la gouge et le maillet laisse une plaie exposée à l'air et à des accidents que j'évite avec l'*ostéotomie* sous-cutanée.

4° A ne considérer l'*ostéotomie* que comme ressource ultime dans ces cas de courbure éburnée, il y aurait encore à préférer la section de l'os par la concavité de la courbure. »

Comme complément de sa méthode, M. J. Guérin reconnaît qu'il est indispensable de pratiquer la myotomie ou la ténotomie des muscles et tendons agents de la courbure, et raccourcis consécutivement à cette dernière.

RAPPORTS. — M. *Personne* termine la séance par la lecture d'une série de rapports sur les remèdes secrets et nouveaux. Il regrette de n'avoir rien d'intéressant à signaler à l'Académie, la commission n'ayant reçu qu'une série d'insanités thérapeutiques.

Académie de médecine de Belgique.

SÉANCE DU 4^e AVRIL 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. SOUPART.

M. Van der Epl, pharmacien, présente quelques observations sur le rapport lu sur son travail par M. Depaire, dans la séance du 29 janvier dernier, travail relatif à la recherche médico légale des lachés de sang. (Renvoyé à la commission.)

M. Crocy soumet à l'Académie un mémoire manuscrit de M. le docteur Victor Vlemineckx, intitulé : DE L'EXTINGUATION PAR L'OXYDE DE CARBONE, ETUDE MÉDICO-LÉGALE ET HYGIÈNE. (Renvoyé à une commission composée de MM. Crocy, Homme-laere et Thiermesse.)

M. Crocy présente, au nom de M. le docteur Senat, de Mons, un travail sur la sensibilité générale et ses altérations dans les affections mélancoliques. (Renvoyé à une commission à nommer par le bureau.)

M. Thiermesse donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Vlemineckx.

L'Académie de médecine de Belgique traverse une crise douloureuse. Deux de ses membres les plus éminents, MM. Hubert et Vlemineckx, viennent de lui être enlevés par la mort; deux de ses plus actifs, M. Soret, secrétaire perpétuel, et M. Warlomont, en sont éloignés depuis plusieurs mois par raison de santé.

M. Hubert, professeur d'accouchements à l'université de Louvain, avait contracté, dans l'exercice de sa pratique, un érysipèle de mauvaise nature, septique et erratique; il a succombé après une maladie de plus de deux mois, le 23 février dernier, à l'âge de soixante-six ans.

M. Vlemineckx, président de l'Académie depuis sa création, c'est-à-dire depuis trente-quatre ans, — sauf un interrègne de deux ans durant lequel l'illustre Fallot avait occupé le fauteuil, — est mort le vendredi 17 mars. Il était en pleine convalescence d'une broncho-pneumonie lobulaire dont depuis plusieurs hivers il avait eu à subir des atteintes. Son fils, le docteur V. Vlemineckx, qui ne l'avait pas quitté, l'avait trouvé assez bien remis pour renoncer à passer encore ses nuits à son chevet, quand, dans la nuit du mercredi au jeudi, survint un malaise subit, des douleurs aiguës dans le ventre, des vomissements de matières verdâtres et un état général excessivement grave. Le lendemain, jeudi, la langue se prenait à gonfler dans la bouche; le vendredi elle était noire, gangrenée dans sa plus grande partie, rendant la déglutition impossible et infligeant au malade le supplice d'une soif qui ne pouvait être satisfaite. A quatre heures il avait cessé de vivre. Il était dans sa soixante-seizième année.

M. Soret, à la suite de chagrins de famille violents et répétés, a dû abandonner provisoirement ses fonctions de secrétaire trésorier, en exprimant le désir que M. Thiermesse fût chargé de le suppléer, la compagnie à satisfait à ce double désir dans sa séance du 14 mars dernier. C'est à ce titre que M. Thiermesse, membre éminent de la 1^{re} section (anatomie et physiologie), a prononcé sur la tombe de Vlemineckx e discours d'adieux. (Voy. nux Variétés.)

LECTURES. — 1^o Rapport de feu M. Hubert sur la note de M. le docteur Lambert : DESCRIPTION D'UN NOUVEAU REFOULOUR SERVANT À LA CONTENTION PERMANENTE DU CORDON REFOULÉ. Ce rapport est lu par M. Pigeolet.

L'instrument de M. Lambert ressemble d'une manière frappante au porte-lacs et au refouloir de M. Hyernaux. C'est une tige métallique, longue et fourchue. Le fer à cheval qui la termine constitue un canal courbe, formé par deux petites gouttières dans lesquelles est enfoncée une éponge préparée. Une tige d'acier glissant dans la première vient assurer le dégagement de l'éponge quand on ouvre les valves du fer à cheval. Une ficelle, fixée sur l'une des cornes du croissant et passant par un trou foré dans l'autre, complète l'appareil.

Cet instrument, d'un prix élevé, n'est ni plus simple, ni plus sûr, ni plus pratique que celui de M. Hyernaux, ni surtout que celui que présente le rapporteur lui-même. Celui-ci n'exige qu'une grosse sonde et une sonde plus mince munie de son mandrin; un petit chiffon de toile se trouve toujours.

Ce qui fait le mérite de ce dernier refouloir ainsi simplifié, c'est que, rigide ou flexible au gré de l'accoucheur, il peut être laissé en place sans inconvénient jusqu'à la fin du travail et servir à tout moment à refouler le cordon menaçant de tomber.

Conclusion : Dépôt aux archives; remerciements à l'auteur. 2^o Rapport de M. Gilte sur le travail de M. Cornelis, intitulé : DE LA CONSERVATION DES MÉDICAMENTS.

Cette conservation se fait au moyen de la chaux, que l'auteur place dans des goulots creux formés au moyen d'une baudière. L'auteur a étendu ce procédé à la conservation de la viande séchée, des farines, des instruments de chirurgie.

Conclusions : Remerciements à l'auteur; insertion dans le BULLETIN.

3^o Rapport de M. Courrot sur le travail de M. Hayot, intitulé : DEL'ENGÉPHALOPATHIE ALBUMINURIQUE (Voy. Gaz. heb., 1876, n° 12, p. 177).

Conclusions : Insertion dans le BULLETIN DE L'ACADÉMIE; inscription du nom de l'auteur sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

4^o Rapport de M. Galles sur le travail de M. Motte, intitulé : SUR LES MALADIES DE L'OREILLE.

Conclusions : Remerciements à l'auteur; insertion dans le RECUEIL DES MÉMOIRES in-8.

5^o Rapport de M. Soupard sur la communication d'un procédé opératoire du bec-de-lièvre, soumise à l'Académie par le docteur Helebaud, à Tamise.

Ce procédé consiste dans l'application d'un point de suture non pas à la partie antérieure de la lèvre, mais sur le bord rosé et même sur la muqueuse buccale. Le rapporteur, après avoir constaté qu'il emploie depuis longtemps le même procédé, propose de voter des remerciements à l'auteur et de déposer son travail aux archives.

6^o Rapport de la commission chargée de l'examen de la proposition de MM. Huborn et Mascart, ainsi conçue : « L'Académie se permet d'attirer l'attention de M. le ministre sur la nécessité qu'il y aurait d'étendre le cercle des connaissances exigées des sages-femmes, afin de les mettre à même, en cas d'urgence ou d'absence du médecin, de faire des applications du forceps dans les cas simples. Voici les points principaux de ce rapport : Des écoles de Maternité seraient établies par les soins de députations permanentes des conseils provinciaux, sous la direction du gouvernement et de la commission médicale. La direction en serait confiée à un professeur, docteur en médecine, assisté d'une maîtresse sage-femme recevant ses instructions; les élèves devraient être âgées de vingt ans au moins et de trente-cinq ans au plus, avoir des mœurs régulières, savoir lire, écrire, et posséder les notions du calcul et du système métrique; les cours, qui seraient gratuits et théoriques, consisteraient en démonstrations, en manœuvres, interrogatoires, etc.; on donnerait aux sages-femmes des notions d'hygiène et de déontologie, et on leur apprendrait à se servir de certaines substances médicamenteuses. L'examen terminal serait oral et pratique. Les élèves reçues seraient admises à pratiquer dans tout le royaume, sous la réserve de faire enregistrer leur diplôme au secrétariat de la Commission médicale de la province.

COMITÉ SECRET. — La discussion des questions relatives à la future présidence de l'Académie aura lieu dans la séance du mois de juin prochain.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 22 MARS 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. HOUËL.

PANSEMENT DE LISTER. — ATROPHIE ET PARALYSIE DES MUSCLES AU VOISINAGE DES ARTICULATIONS MALADES. — DE LA TORSION DES ARTÈRES. — BLEPHAROPLASTIE. — BLESSURE DE LA RADIALE DANS LA TABATIÈRE ANATOMIQUE ; LIGATURE DANS LA PLAIE ; GUÉRISON. — APLASIE LAMINEUSE DE LA PACE.

M. J. Boeckel (de Strasbourg) adresse à la Société de chirurgie un mémoire sur la réunion immédiate sous le pansement de Lister (Renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Lucas Championnière, Le Fort et Tillaux).

— M. Le Fort fut consulté en 1872 par un garçon de dix-huit ans qui, en déplaçant un meuble, se fit une entorse du carpe. Cette lésion amena bientôt l'atrophie presque complète des muscles de la région antérieure de l'avant-bras avec paralysie des mouvements. Les courants continus avec trois ou quatre éléments amenèrent en quinze jours la guérison de cette lésion secondaire.

M. Le Fort a vu des malades qui, guéris d'une hydarthrose du genou, se plaignaient que l'articulation fonctionnait mal et étaient de nouveau traités pour une lésion de l'article. En 1873, entra dans son service un individu ayant une hydarthrose : le liquide disparut sous l'action du traitement révulsif ; et cependant le malade ne pouvait marcher. A l'examen du membre, on constate une diminution considérable dans le volume des muscles de la région antérieure de la cuisse. Application des courants continus pendant quinze jours ; guérison.

Depuis, chez tous les malades guéris d'hydarthrose, M. Le Fort a remarqué cette atrophie musculaire, bien différente de l'atrophie générale d'un membre longtemps inactif. En effet, sept ou huit jours après le début de l'hydarthrose, l'atrophie des muscles commence ; elle n'affecte pas tous les muscles du membre ; si on ne la traite pas, elle persiste longtemps, tandis que par l'application des courants continus elle disparaît en quinze jours. Dans les contusions des articulations, dans les arthrites légères, dans un grand nombre de lésions des articulations, on retrouve cette même atrophie musculaire.

Ce sujet sera étudié avec observations à l'appui dans la thèse d'un interne de M. Le Fort, M. Valtat. Ce dernier a fait des expériences sur les animaux. En irritant une articulation sans amener de pus ou un épanchement abondant, on voit survenir en quelques jours une diminution notable des muscles du membre chez le chien (les muscles diminuent d'un tiers en huit jours). M. Valtat a pesé les muscles similaires des deux côtés.

M. Verneuil confirme les remarques de M. Le Fort. Il y a longtemps qu'il a observé dans l'hydarthrose du genou l'amalgamement rapide des muscles de la cuisse. Il y a dans les ANNALES DE LA CHIRURGIE FRANÇAISE un travail dans lequel M. J. Roux insiste sur la disparition rapide du muscle deltoïde chez un sujet atteint d'hydarthrose de l'épaule. Au dernier Congrès médical, à Lyon, M. Verneuil fut consulté par M. Diday, qui souffrait depuis longtemps d'une hydarthrose du genou et ne pouvait marcher ; il y avait atrophie presque complète du muscle triceps fémoral. M. Verneuil conseilla le traitement par l'électricité, et en quelques jours l'amélioration fut très-grande. M. Verneuil demanda à M. Gayet (de Lyon), présent à la séance, si M. Diday est complètement guéri.

M. Gayet répond que M. Diday marche aujourd'hui très-bien.

— M. Tillaux lit un mémoire sur la torsion des artères. Il fait l'histoire de la question. En 1828, Amussat remit la torsion en vogue ; puis ce procédé tomba dans l'oubli, parce que le manuel opératoire était trop compliqué. En 1871,

M. Tillaux fit la torsion des artères après Sims, qui, en Angleterre, l'opposa, en 1868, à la méthode de Simpson.

En 1870 et 1871, M. Tillaux fit ses premières expériences sur le cadavre ; depuis, il a exclusivement employé la torsion et il n'a jamais eu ni hémorrhagie primitive ni hémorrhagie secondaire ; il l'applique sur les grosses comme sur les petites artères. Il a ainsi fait 100 opérations à Saint-Antoine, à Saint-Louis et à Lariboisière. Les artères peuvent être tordues dans leur continuité ; mais M. Tillaux n'a tordu que les artères divisées.

Amussat avait imaginé le *refoulement* ; mais ce temps opératoire est inutile pour rebrousser les tuniques internes vers la lumière du vaisseau : les tuniques se rompent et s'invasent d'elles-mêmes sous l'influence de la torsion. Autrefois, on faisait la *torsion limitée*. Qu'est-ce que cela veut dire ? On limitait la torsion au moyen d'une pince spéciale qui comprimait l'artère à une certaine distance de l'extrémité divisée ; on agissait ainsi pour ne tordre que la partie du vaisseau située au-dessous de la pince. Mais cette précaution est inutile ; la torsion se limite d'elle-même à la portion saisie ; M. Tillaux l'a démontré sur le cadavre.

En 1871, M. Tillaux fit sa première torsion sur l'artère humérale. La torsion ne remonte jamais au-delà de 2 centimètres. Ce qui s'oppose à ce que la torsion remonte trop haut, c'est la gaine de l'artère ; aussi faut-il dégager l'artère de sa gaine sur une certaine hauteur avant de faire la torsion. La torsion est *complète* si le bout saisi reste avec la pince ; *incomplète* si l'on donne un certain nombre de tours de torsion. Mais combien de tours faut-il donner ? Cela est très-variables. Aussi la torsion doit toujours être complète, jusqu'à ce que l'extrémité saisie se détache avec la pince.

Dans ces conditions, le procédé est facile : dénuder le vaisseau et tordre. Faut-il des pinces de diverses formes ? Non. M. Tillaux se sert d'une pince qui ressemble beaucoup à la pince à ligature ordinaire. Il ne faut pas prendre l'artère parallèlement à sa direction ; mais obliquement et dans toute sa largeur. Il est parfois difficile de dénuder le vaisseau, alors on fait la torsion médiante.

Quel est le mécanisme de l'hémostase ? Les tuniques interne et moyenne se rompent et la tunique externe s'effille pour fermer complètement le vaisseau. D'après les expériences faites sur le cadavre par M. Magon, les artères athéromateuses s'oblitérent aussi bien que les artères saines, quoique les deux tuniques internes ne forment pas valvule dans le calibre du vaisseau. Avec la torsion, on favorise la réunion immédiate. Ce procédé met à l'abri de l'hémorrhagie primitive comme la ligature ; il préserve de l'hémorrhagie secondaire mieux que la ligature. L'hémorrhagie secondaire par absence de caillot est impossible après la torsion. Joinn Hill (*Arch. de méd.*, 1870) et M. Tillaux n'ont pas eu d'hémorrhagie secondaire chez des amputés de cuisse morts d'infection purulente et dont la fémorale ne contenait pas de caillot obturateur. L'inflammation des parois artérielles n'est pas une contre-indication à la torsion ; M. Tillaux en rapporte un exemple.

M. Tillaux résume son mémoire dans les conclusions suivantes :

- 1° La torsion est applicable aux artères de tous les calibres.
- 2° Une seule pince est nécessaire pour cette opération.
- 3° Il faut saisir les artères obliquement avec la pince, et non parallèlement au vaisseau.
- 4° La torsion doit être complète.
- 5° Le refoulement des tuniques est inutile.
- 6° La torsion est applicable aux artères athéromateuses ou enflammées.
- 7° Elle favorise la réunion immédiate par l'absence de tout corps étranger dans la plaie.
- 8° Elle met à l'abri des hémorrhagies primitives aussi bien que la ligature.
- 9° Mieux que la ligature, elle met à l'abri des hémorrhagies secondaires.

— M. *Gayet* (de Lyon) communique une observation de blépharoplastie dans un cas de destruction à peu près totale des paupières, suite de l'ablation d'un épithélioma lobulé. M. *Gayet* a pris un lambeau frontal; il a descendu le sourcil, qu'il remonta plus tard par une opération complémentaire. Enfin, deux ans après la première opération, il rétablit l'ouverture des paupières.

— M. *Nicaise* communique une observation de blessure de l'artère radiale dans la tabatière anatomique. Un jeune homme de seize ans reçut un coup de hachette sur la main gauche au niveau de la tabatière anatomique. Survint une hémorragie artérielle qui fut arrêtée par la compression sur le poignet. Les jours suivants, nouvelles hémorragies. Le sujet était pâle, faible, anémié. Il fut présenté à M. *Nicaise* vingt jours après l'accident. Chloroformisation et application de la bande d'Esmarch modifiée. M. *Nicaise* agrandit la plaie et découvrit la radiale, qui est déchirée incomplètement et donne une collatérale à ce niveau. Ces artères sont liées et la plaie recouverte d'un pansement ouaté. Cicatrisation complète quinze jours après l'opération.

— M. *Després* présente un garçon de quinze ans atteint de ce qu'on a appelé l'aplasie lamineuse de la face. Cette atrophie de la face a encore été appelée trophonévrose. Chez le malade de M. *Després*, c'est la partie droite de la face qui est atrophie, et cette atrophie est due à une absence de développement des sinus frontal et maxillaire de ce côté.

Société de biologie.

SEANCE DU 1^{er} AVRIL 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

MORT RAPIDE OCCASIONNÉE PAR LE CHLORAL CHEZ UN CHIEN ATTEINT D'ENDO-PÉRICARDITE. — M. BOCHFONTAINE. — DIFFORMITÉS CONGÉNITALES MULTIPLES CHEZ UN ENFANT DE DEUX ANS. — M. LONGUET. — DISPOSITION DES VALVULES SIGMOÏDES CHEZ CERTAINS ANIMAUX. — M. FAHROT. — ATAXIQUE MORT AVEC DES SYMPTÔMES DE MYÉLITE AIGUE; EXAMEN DU BULBE. — M. HAYEM.

M. *Bochefontaine* présente le cœur d'un chien mort au cours d'une expérience. Ce chien, d'une taille assez forte, fut soumis à la chloralisation par injection intra-veineuse. A peine avait-il reçu 25 centigrammes de chloral qu'il fut pris d'une syncope persistante dont on ne put le faire sortir que difficilement et par une électrisation prolongée. La chloralisation fut reprise; le même accident se reproduisit, et cela trois fois de suite. A la quatrième syncope, on dut, après des tentatives répétées, renoncer à ramener l'animal à la vie.

Or, on sait que les syncopes pendant la chloralisation ne surviennent guère que quand l'animal a reçu rapidement une forte dose de chloral (1^{er}, 50 au moins). Ici rien de pareil : toutes les mesures avaient été prises pour éviter la syncope, et cependant elle se produisit avec une rapidité tout à fait insolite. Comment pouvait-on expliquer cette particularité ?

M. le professeur *Vulpian*, présent à l'expérience, conseilla à M. *Bochefontaine* de bien examiner le cœur, afin de savoir s'il ne trouverait pas dans une altération antérieure de cet organe l'explication des faits. L'autopsie vint confirmer cette hypothèse : on trouva, en effet, une *endo-péricardite*, caractérisée par des néomembranes du péricarde, et un épaississement avec rougeur des différentes valvules. Il est très-regrettable, croyons-nous, que M. *Bochefontaine* n'ait pas indiqué quel était l'état du muscle cardiaque.

Cette observation nous a paru intéressante à divers points de vue, mais surtout en ce qu'elle vient confirmer d'une manière concluante l'opinion émise depuis longtemps que l'administration du chloral est extrêmement dangereuse chez les malades atteints d'affections du cœur.

— M. *Longuet* rapporte l'histoire d'un enfant de deux ans qu'il a eu l'occasion d'observer chez M. le professeur *Verneuil*.

Il était atteint de lésions congénitales multiples dont voici le rapide énoncé : deux pieds bots, sillons profonds à une cuisse, unorteil, plusieurs doigts, amputation de l'index de la main droite, syndactylie de la main gauche. Cette dernière lésion consistait en une adhérence des extrémités des doigts entre eux, tandis que les extrémités métacarpiennes et les premières phalanges n'étaient point réunies.

M. *Longuet*, se basant sur la direction et la largeur des sillons, sur la petitesse des doigts et des orteils qui en étaient le siège, sur l'attitude de ces parties dans l'utérus, pense qu'ils n'ont pu être produits ni par le cordon ombilical ni par des brides placentaires. La présence de deux pieds bots, qui indique manifestement l'existence d'une altération du système nerveux central, lui font, au contraire, admettre qu'ils sont dus à des troubles trophiques. La syndactylie se serait produite par le même mécanisme; des ulcérations d'origines trophiques seraient produites aux premières phalanges, et leur cicatrisation aurait amené l'adhérence.

— M. *Parrot* rend compte des études qu'il vient de faire sur la disposition d's valvules sigmoïdes chez plusieurs animaux. Les valvules sigmoïdes, surtout celles de l'aorte, au lieu de former un angle dièdre comme chez l'homme, sont unies à la paroi par un plateau. Ce plateau n'est pas le même pour toutes les valvules: c'est toujours à la valve antérieure et droite qu'il est le plus marqué. M. *Parrot* a observé cette disposition :

1^o Chez les grands animaux (cheval, bœuf), chez lesquels la pression en retour est considérable.

2^o Chez ceux qui ont une circulation très-active, par exemple les animaux coureurs (chien, lièvre, chevreuil), chez les oiseaux (canard, pic-vert).

Existe-t-il chez ceux qui sont plus ou moins sédentaires? Le seul que M. *Parrot* ait eu jusqu'ici l'occasion d'observer, le rat, n'avait pas de plateau.

Quel est le but de cette disposition? L'auteur suppose qu'elle est destinée à donner plus de résistance aux valvules quand le sang tend à rentrer dans le ventricule gauche. On pourrait encore penser qu'il est destiné à éloigner la valve de la paroi du vaisseau et à permettre ainsi au sang d'entrer au moment de la systole ventriculaire dans les artères cardiaques. M. *Parrot* ne s'arrête pas à cette hypothèse.

— M. *Hayem* rapporte l'observation d'un ataxique mort avec des phénomènes de myélite subaiguë, et dont l'autopsie a révélé des lésions intéressantes.

Il s'agit d'un homme dans la force de l'âge chez lequel les premiers symptômes remontaient à trois ans. Il éprouva d'abord des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, de la diplopie et de l'amblyopie. En même temps, il avait une douleur fixe avec sensation de tiraillement dans le côté droit de la face; ce dernier symptôme persista jusqu'à la mort. Les symptômes d'incoordination motrice étaient beaucoup plus nets lors de son entrée à l'hôpital dans les membres supérieurs que dans les membres inférieurs, où il y avait surtout de la faiblesse. On remarquait de plus de l'atrophie de plusieurs muscles et particulièrement de ceux de l'épaule du côté droit. Peu de temps après son entrée à l'hôpital, l'état devint beaucoup plus grave; le malade fut pris d'une paraplégie progressive qui se compléta, et en même temps les muscles subirent une atrophie rapide, surtout ceux que nous avons déjà signalés, autour de l'épaule droite.

M. *Hayem*, en présence de ce fait tout à fait anormal d'une myélite subaiguë développée pendant le cours d'une ataxie locomotrice progressive, entreprit une étude très-minutieuse des centres nerveux. Nous donnons le résumé des résultats qu'il a obtenus.

Dans la *moelle épinière*, les lésions ne sont pas les mêmes dans toute la hauteur. A la région lombaire il y a de la sclérose des cordons postérieurs, mais cette lésion est limitée à une très-petite épaisseur des cordons dans la zone radiculaire.

À la région dorsale, la méningite est beaucoup plus marquée, surtout au niveau des cordons postérieurs, qui, dans toute leur étendue, sont envahis par la sclérose. Les cornes postérieures sont également sclérosées. À la région cervicale les altérations des faisceaux postérieurs sont les mêmes; les cornes de substance grise ne sont point atteintes. Telles sont les lésions qui se rapportent à l'ataxie locomotrice et en présence desquelles il est facile de comprendre pourquoi les troubles étaient bien plus marqués dans les membres supérieurs que dans les membres inférieurs.

En rapport avec les symptômes qui ont amené la mort, et avec l'atrophie musculaire, on trouve dans toute la hauteur de la colonne de substance grise qui constitue les cornes antérieures, des lésions diffuses, caractérisées par un état trouble avec atrophie des cellules, dont plusieurs sont creusées de lacunes. Cette myélite semble être due à l'extension du processus irritatif qui a produit la sclérose des cordons postérieurs. Les lésions des cornes antérieures sont surtout évidentes à droite, au niveau du point d'origine du plexus brachial, point d'où émergent les nerfs qui se rendent aux muscles de l'épaule les plus atrophiques.

Toute cette première partie de l'autopsie est fort intéressante; mais ce qui a trait au bulbe est encore plus important.

M. Hayem fait d'abord remarquer que les pyramides antérieures, jusqu'ici réputées comme formées en partie par les cordons postérieurs, ne présentant pas trace de sclérose dans un cas où elle remontait dans ces cordons jusqu'au collet du bulbe. Ce fait tendrait à infirmer l'opinion admise. La sclérose est ici limitée dans les parties postérieures. 1° elle occupe le faisceau blanc longitudinal qui longe les origines des nerfs mixtes; 2° la racine ascendante du trijumeau est également sclérosée. M. Hayem a pu suivre ces deux traînées de sclérose jusqu'au niveau de l'origine du facial. Cette sclérose de la racine du trijumeau explique les phénomènes observés du côté de la face.

Tous les autres nerfs crâniens n'offraient pas de lésions visibles à l'œil nu, si ce n'est le moteur oculaire commun, qui était sclérosé.

M. Hayem attire l'attention sur cette distribution de la sclérose dans le bulbe. Il indique sommairement que dans un cas de sclérose latérale amyotrophique la sclérose du bulbe avait une autre distribution. Il est cependant important de signaler que le faisceau longitudinal de la colonne des nerfs mixtes était sclérosé moins que dans l'ataxie, mais cependant d'une manière évidente. Ce fait viendrait à l'appui de l'opinion généralement admise que ce faisceau contient des fibres nerveuses de différents ordres.

H. CHOUPEE.

REVUE DES JOURNAUX

Contribution à l'étude de l'apoplexie spinale, par E. GOLDAMMER.

Une jeune fille de quinze ans et neuf mois, jusqu'alors bien portante, est prise subitement, sans aucun prodrome, de douleurs très-vives entre les deux épaules, et bientôt après de paraplégie. On constate que les muscles des parois abdominales, la vessie et le rectum sont paralysés, que l'anesthésie remonte jusqu'à la base de la poitrine, que les mouvements réflexes sont très-exagérés. L'intelligence est nette; les nerfs du plexus cervical et du plexus brachial fonctionnent normalement. La température oscille entre 37,2 le matin et 38° le soir (le deuxième jour), ou bien elle reste normale. Le pouls est à 86 pulsations. La malade, après avoir été atteinte de contracture des membres paralysés, souffrit cruellement de mouvements convulsifs, de secousses involontaires qui s'y manifestèrent, puis survint l'abolition des mouvements réflexes avec conservation de la sensibilité électrique; les

membres paralysés s'atrophieraient, enfin la malade succomba, après deux atteintes de cystite purulente, aux suites du décubitus. Une année s'était écoulée depuis le début de la maladie. À l'autopsie, outre les lésions de la cystite purulente et d'une pyélo-néphrite gauche, on trouve un foyer hémorragique long de 8 millimètres occupant la substance grise de la moelle au niveau de la deuxième vertèbre dorsale. Les parois cicatricielles du foyer étaient fortement pigmentées; les vaisseaux à parois dégénérées et infiltrés de pigment. Une dégénérescence secondaire ascendante suivait les cordons de Goll et aboutissait au bec du calamus scriptorius. Partout ailleurs la substance grise de la moelle était intacte.

L'intérêt de cette observation dépend surtout de la contradiction qui semble exister entre la pathogénie des accidents constatés par l'auteur et la loi établie par M. Charcot, qui considère toutes les apoplexies spinales comme consécutives à une myélite. Dans ce cas, en effet, il y avait bien hématomycélie; mais l'hémorragie s'était faite brusquement; sans prodromes; la paraplégie était survenue au milieu de l'état de santé le plus parfait, et avait en peu d'instant été complète; l'apyrexie avait été presque absolue; les accidents de décubitus avaient duré très-longtemps. Il n'y avait eu aucun symptôme de méningite ou d'apoplexie méningée. L'auteur suppose que cette hémorragie était supplémentaire de la menstruation. Il rappelle qu'Ollivier (d'Angers) et Levers ont cité des faits du même genre et, faisant remarquer que sa malade n'avait jamais été menstruée, bien qu'à l'autopsie on eût rencontré un ancien corps jaune dans l'ovaire gauche, il en conclut que le molimen hémorragique a pu se porter vers le centre géméo-spinal. Une autre conclusion à tirer de cette observation est la possibilité d'une dégénérescence ascendante des cordons blancs de la moelle, consécutive à une hémorragie intra-médullaire. Un seul cas analogue avait été observé (Liouville). Cliniquement, il est possible de reconnaître le début de cette altération par les contractures, les secousses involontaires et l'augmentation de l'irritabilité réflexe des parties paralysées. (*Arch. de Virchow*, 20 janvier 1876, p. 1.)

Altérations de l'urine dans l'hémorragie cérébrale.

Dans un travail récent (*Gaz. hebdom.*, 1875, p. 164 et suiv.), M. Ollivier avait signalé certaines modifications de la sécrétion urinaire survenant presque toujours après une attaque d'hémorragie cérébrale. Parmi ces altérations de l'urine (décoloration, diminution de densité, albuminurie, diabète). M. Ollivier, dans un nouveau mémoire, étudie spécialement la polyurie et cherche à apprécier les proportions d'urée que, dans ces circonstances, peut contenir l'urine. Il cite, avec tous les détails que comporte un semblable travail, quatre observations dans lesquelles la polyurie a été toujours notée; mais il démontre de plus que la proportion d'urée diminue d'abord puis augmente. MM. Charcot et Bouchard avaient déjà constaté l'augmentation de l'urée à la suite de l'hémorragie cérébrale. M. Ollivier montre que cette augmentation est précédée d'une diminution de ce principe, coïncidant avec la polyurie, l'abaissement de la densité, la décoloration des urines, etc. L'urée diminue en même temps que la température s'abaisse, puis l'urée revient au chiffre normal, qu'elle dépasse souvent. Dans ce dernier cas, s'il y a en même temps élévation considérable de la température, le pronostic est des plus sérieux. (*Archives de physiologie*, 1876, n° 1.)

Note sur un cas de mutisme hystérique suivi de guérison.

Le titre donné par MM. Liouville et Debove à l'observation qu'ils ont recueillie dans le service de M. Béhier n'est pas tout à fait en rapport avec les conclusions qu'ils en ont tirées. Il s'agit, en effet, non de la guérison d'une hystérie atteinte

d'aphonie, mais de la cessation du mutisme au moment où se sont manifestées de véritables crises hystériques avec convulsions, perte de connaissance, etc. La malade n'avait eu que des attaques incomplètes lorsqu'après une vive émotion elle fut atteinte d'aphonie puis de mutisme. Le 10 novembre 1875, après dix-huit mois d'essais thérapeutiques aussi variés qu'impuissants, elle fut amenée à l'Hôtel-Dieu. Après avoir constaté l'anesthésie du pharynx et de l'arrière-gorge, la paralysie des cordes vocales et un peu de douleur ovarienne (seules manifestations hystériques bien caractérisées), MM. Liouville et Debove essayèrent de transformer le mutisme en crises hystériques vraies par la compression de l'ovaire selon le procédé indiqué par Schutzenberger et Négrici. Après quelques essais survinrent plusieurs crises hystériques violentes accompagnées de convulsions et de cris perçants; en même temps disparurent le mutisme et l'anesthésie du pharynx. Depuis ce temps, les douleurs ovariennes sont devenues permanentes. En outre, la compression de l'ovaire pendant la crise en diminuait très-notablement l'intensité. (*Progress médical*, 1876, p. 145.)

BIBLIOGRAPHIE

Influence de la vision sur quelques phénomènes de la vie, par le docteur FUBINI, de Turin.

Le docteur Fubini s'est attaché à établir dans ce travail (présenté à l'Académie des sciences de Turin le 28 novembre 1876 et publié à part depuis cette époque) l'influence de la lumière sur la sensibilité générale, la coloration de la peau et la contractilité vasculaire chez la grenouille.

Ces recherches font suite à celles que l'auteur a présentées antérieurement (*Acad. sc. Turin*, 15 mai 1874) sur « l'influence de la lumière, sur le poids des animaux ».

Il y a donc aujourd'hui un véritable intérêt à exposer l'ensemble des résultats qu'a obtenus M. Fubini, et nous le ferons presque sans discussion pour ne point écarter au profit de la critique un article qui nous semble à peine suffisant pour l'analyse.

Moleschott, par des expériences restées célèbres (voy. *Vie et lumière*, et *Revue des cours scientifiques*, 1864-1865), avait démontré :

1° Que les grenouilles émettent, à une température égale et pour un même poids, une quantité d'acide carbonique plus considérable (dans le rapport de 1 1/2 à 1 1/4 à la lumière que dans l'obscurité.

2° Que plus la lumière est intense, plus grande est la proportion d'acide carbonique dégagé.

M. Fubini, s'inspirant des résultats obtenus par son maître, et partant de cette idée que la lumière active les mutations organiques, a tout d'abord étudié son influence sur le poids des animaux, et a posé les conclusions suivantes :

1° Des grenouilles *aveuglées* (par l'ablation ou la cautérisation des yeux) et des grenouilles *intactes*, d'un poids égal au début, conservées pendant le même temps à une température constante, soumises à l'abstinence et *exposées à la lumière, subissent une perte de poids plus que double* pour les grenouilles intactes que pour les grenouilles aveuglées; les premières perdent 2 gr. 78, tandis que les dernières ne perdent que 1 gr. 21 (moyenne).

2° Les grenouilles intactes et les grenouilles aveuglées, *soustraites à l'action de la lumière, gagnent en poids*; celles qui sont privées de leurs yeux plus que les grenouilles saines, les premières gagnent 0 gr. 74, les autres seulement 0 gr. 34 (moyenne).

Ces résultats sont, comme on voit, tout à fait d'accord avec les conclusions précédemment citées de Moleschott.

Dans ses dernières recherches, le docteur Fubini a suivi jour par jour l'état de la sensibilité cutanée chez les gre-

nouilles qu'il avait privées de la vue, soit en recouvrant les yeux avec un lambeau de peau, soit en détruisant les globes oculaires. Il a pu juger des variations de la sensibilité par l'intensité différente des excitations faradiques nécessaires pour provoquer des contractions musculaires aux différentes périodes de l'expérience. C'est ainsi qu'il a constaté une augmentation presque régulièrement croissante de la sensibilité cutanée pendant les dix ou quinze jours qui ont suivi la perte de la vision. Quelques-unes de ses grenouilles étaient même arrivées à un tel degré d'hyperesthésie qu'il suffisait de l'application des conducteurs, sans excitation induite, pour provoquer des secousses musculaires.

Il rappelle à ce sujet la finesse extrême du tact chez les aveugles. Ce rapprochement pourra paraître un peu forcé, car nu aveugle acquiert par l'habitude et l'éducation la faculté de remplacer dans une certaine mesure un sens par un autre, et ce résultat, auquel l'attention persévérante du sujet a la plus large part, me semble peu comparable à l'hyperesthésie toute pathologique d'une grenouille qu'une vivisection a privée de ses yeux.

Les expériences chez nous bien connues de G. Gauchet et de P. Bert sur les rapports de la lumière et de la coloration de la peau dans certaines espèces animales, les observations de Goltz sur l'influence qu'exercent les lésions du cervelet sur le pigment cutané de la grenouille, engagèrent M. Fubini à étudier l'effet des excitations soit lumineuses, soit traumatiques des yeux sur la forme et le volume des cellules dites chromatophores de la membrane interdigitale des grenouilles. Il vit que ces cellules grossissent et poussent des prolongements chaque fois qu'on cautérise la cornée ou qu'on dirige sur l'œil un faisceau de lumière avec une lentille.

C'est en recherchant cette influence de la lumière sur l'appareil pigmentaire que l'auteur a été amené à faire certaines observations intéressantes sur l'action *vasculaire* des mêmes excitations; il a constaté la dilatation des vaisseaux de la membrane natatoire, toute contraction musculaire étant abolie par le curare, chaque fois qu'il excitait le globe oculaire, et il l'explique par une paralysie réflexe des nerfs vaso-constricteurs, acte suspensif dont le point de départ est dans les nerfs sensibles de la légion irritée. Cette dilatation ne dure qu'un temps assez court et les vaisseaux reprennent bientôt un calibre qui diffère peu du calibre normal.

De ces faits l'auteur rapproche les résultats des expériences d'Owsjannikow et Tschiriew (*Arch. de phys.*, 1873). Ces physiologistes ont vu l'excitation du bout central du sciatique produire sur l'oreille du lapin des phénomènes circulatoires comparables à ceux que détermine la section du sympathique cervical. Des effets de l'excitation du globe oculaire comparés aux effets de l'excitation du bout central du sciatique, M. Fubini conclut que la dilatation des vaisseaux dans certaines parties du corps peut être produite non-seulement par des nerfs spéciaux, mais aussi par plusieurs espèces de nerfs.

Cette dilatation vasculaire réflexe n'est assurément pas contestable, et l'exemple le plus net qu'on en puisse donner est celui de la suractivité circulatoire de la glande sous-maxillaire sous l'influence des excitations portant sur les filets sensitifs du lingual et réfléchies sur les vaisseaux de la glande par la corde du tympan; mais il ne me paraît pas moins démontré que l'excitation des nerfs sensibles produit aussi, par voie réflexe, le resserrement vasculaire; l'ancienne expérience de Tholozan et Brown-Séquard simplifiée par le mode d'exploration que nous avons, Mosso (de Turin) et moi, adopté pour l'étude des variations de calibre des vaisseaux, l'inscription des changements de volume des organes, permet, plus aisément que l'examen thermométrique, de constater le resserrement réflexe des vaisseaux d'une main quand on touche le dos de la main opposée avec un morceau de glace.

De ce résultat, entre autres, ressort la réalité des réflexes vaso-constricteurs, au moins comme fait initial, n'excluant pas l'apparition ultérieure de la dilatation; si, dans des con-

ditions différentes, la dilatation vasculaire s'observe comme première réponse à une excitation cutanée ou muqueuse, un phénomène n'exclut pas l'autre; la raison des différences reste à déterminer.

D^r FRANÇOIS-FRANCK.

Index bibliographique.

ÉTUDE SUR LA MÉLANCOLIE : DES TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ GÉNÉRALE CHEZ LES MÉLANCOLIQUES, par le docteur J. CHRISTIAN, médecin adjoint de l'hôpital de Montdevergues, 1 vol. in-8. — G. Masson, 1876. Prix : 4 francs.

Ce mémoire, couronné par la Société médico-psychologique, tout en ne renfermant rien d'original, contient cependant un résumé assez complet de tout ce qui a été fait sur les troubles de la sensibilité chez les mélancoliques; l'auteur y a joint, de plus, quarante-cinq observations inédites qui, prises avec un grand soin, viennent toutes à l'appui des théories exposées dans le mémoire.

M. Christian insiste avec raison sur deux espèces de mélancolie, la mélancolie sans délire et la mélancolie avec délire. Il attribue ces deux mélancolies des caractères différentiels importants au point de vue du pronostic, car on sait combien peu on doit espérer la guérison lorsque les idées délirantes se sont systématisées. Pour M. Christian, « toute idée venant des sens », les troubles de la sensibilité doivent donc jouer un rôle prépondérant dans la mélancolie et dans la transformation de la mélancolie sans délire en mélancolie avec délire. Après avoir étudié la sensibilité générale et spéciale, M. Christian recherche le rôle de la sensibilité générale dans la production des idées, puis résumant les troubles de la sensibilité en trois classes, l'anesthésie, l'hyperesthésie et la perversion, il recherche les modes de manifestation de chacune d'elles, leur rôle dans la formation des idées délirantes et leur importance par rapport les unes aux autres comme aussi par rapport à l'issue de l'affection. A propos de l'anesthésie, l'auteur fait une remarque très-juste, c'est que chez les aliénés, « dont le délire mélancolique est greffé sur une paralysie générale, les anesthésies de la sensibilité générale sont très-multipliées ». Ainsi, dans une observation (obs. VII), indépendamment des anesthésies musculaires et cutanées, il y avait des anesthésies internes, celles de la faim, de la soif, etc. Dans l'hyperesthésie, au contraire, l'exaltation du sens musculaire permet des efforts prolongés, il semble que le malade soit infatigable. Voilà pour l'hyperesthésie fonctionnelle. Quant à l'hyperesthésie cutanée, elle est une douleur véritable, et le malade ne peut supporter le moindre contact sans pousser des cris, que cette hyperesthésie soit générale ou locale.

Dans la deuxième partie du mémoire, après avoir fait remarquer que, dans la lypémanie, il y a deux éléments constants, la mélancolie et le délire, M. Christian propose une nouvelle classification des différentes formes de lypémanie; il les résume en trois types principaux :

1^o Lypémanie avec conceptions, idées délirantes (lypémanie érotique, suicide, religieuse, misanthropique, etc.).

2^o Lypémanie avec délire sensoriel (illusions, hallucinations). Le délire variant selon la sensibilité atteinte, M. Christian fait trois subdivisions : a. sensibilité générale (lypémanie anxieuse, panophrasie, lypémanie hypochondriaque, délire de persécution); b. sensibilité spéciale (lypémanie avec hallucinations de l'ouïe, de la vue, etc.); c. sensibilité générale et spéciale (folie sensorielle).

3^o Lypémanie avec trouble de l'activité volontaire, lypémanie avec stupeur (passive), lypémanie avec agitation maniaque (active).

Cette classification, tout en étant insuffisante, ainsi que l'auteur le reconnaît lui-même, puisque plusieurs symptômes apparaissent en même temps, on est obligé de prendre le symptôme dominant pour faire rentrer l'affection dans une des classes mentionnées plus haut, permet cependant d'apporter plus de clarté dans la dénomination et dans la variété du délire ou des troubles de la sensibilité. M. le docteur Christian a donc eu raison d'insister sur ces différentes formes, et particulièrement sur les troubles de la sensibilité. Dans un dernier chapitre, il recherche l'influence de ces derniers troubles sur le pronostic de la mélancolie; cette partie du mémoire, malheureusement trop écourtée, n'est que le résumé des travaux de Calmeil, Morel, Griesinger, Marcé, Legrand du Sault, etc. Quoi qu'il en soit, ce mémoire de M. Christian est intéressant, il renferme, comme le dit M. Falret dans son rapport, un exposé très-complet et très-bien coordonné de l'état de la science. On le consultera donc avec fruit. J. M.

VARIÉTÉS

DOSAGE DE LA GLYCOSE DANS L'URINE. — Nous avons reçu de M. Léon Redon une nouvelle lettre en réponse aux critiques de M. J. Personne; mais il nous semble que la question doit être épuisée aux yeux du lecteur, et nous prions l'honorable chimiste de Lyon de vouloir bien ne pas prolonger une discussion inutile.

CHANGEMENT DE FACULTÉ. — Arrêté du ministre de l'instruction publique. Cet arrêté est déjà ancien, puisqu'il date du 24 novembre 1875, mais il intéresse trop M. M. les élèves pour que nous ne le mettions pas sous leurs yeux.

Art. 1^{er}. Tout élève d'un établissement d'enseignement supérieur public ou libre qui veut passer d'une faculté dans une autre, ou conservant le bénéfice des inscriptions qu'il a prises et des examens qu'il a passés, doit présenter: 1^o un certificat de scolarité délivré par le doyen de la Faculté ou le directeur de l'École supérieure de pharmacie, ou de l'École de médecine et de pharmacie d'où il sort, ledit certificat visé par le recteur; 2^o son acte de naissance.

En cas de refus du doyen ou du chef d'une école publique de délivrer le certificat de scolarité, l'élève a le droit de se pourvoir devant le conseil académique.

Art. 2. A moins de motifs graves, le ministre sera seul juge, les étudiants en médecine sont tenus de subir devant la même Faculté l'ensemble de leurs examens probatoires et d'y soutenir leur thèse.

AGRANDISSEMENT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE. — On vient d'ouvrir, à la mairie du VI^e arrondissement, une enquête sur le projet d'agrandissement de l'École de médecine; cette enquête durera quinze jours.

POLICE SANITAIRE MARITIME. — Le *Journal officiel* du 5 mars 1876 publie le nouveau règlement de police sanitaire maritime. Voici le titre de ce règlement :

Art. 1^{er}. — Le choléra, la fièvre jaune et la peste sont les seules maladies pestilentielles exotiques qui, en France, déterminent l'application de mesures sanitaires permanentes contre les provenances par mer des pays où règnent ces maladies.

Art. 2. — D'autres maladies graves, transmissibles et importables, notamment le typhus, la variole, peuvent toutefois être l'objet de précautions exceptionnelles; mais dans ce cas, les mesures prises ne sont applicables qu'à la provenance concernée.

Art. 3. — Des mesures de précaution peuvent toujours être prises contre un navire dont les conditions hygiéniques sont jugées dangereuses, quelle que soit la provenance de ce navire.

RÉUNION DES SOCIÉTÉS SAVANTES À LA SORBONNE. — La 14^e réunion des délégués des sociétés savantes des départements aura lieu à la Sorbonne au mois d'avril 1876. Les séances des lectures et des conférences publiques seront faites pendant les journées du mercredi 19, jeudi 20, et vendredi 21 avril.

Les personnes qui auront à faire des lectures ou des communications, et les délégués des sociétés, auront droit à des billets de chemin de fer d'aller et de retour avec une réduction de 50 0/0 sur le prix des places.

Les billets de circulation destinés aux représentants des sociétés seront valables du lundi 10 au mercredi 26 août.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU NORD. — Année 1876. — La Société décernera un prix de 1000 francs, au meilleur mémoire inédit sur le sujet suivant: Résumé de l'état actuel des connaissances acquises en Hématologie normale et pathologique.

Les mémoires devront être envoyés avant le 1^{er} janvier 1877, au secrétaire général de la Société, suivant la forme académique, c'est-à-dire franco, sans indication de nom de l'auteur et portant une devise répétée sur un billet cacheté, contenant le nom et l'adresse de l'auteur.

EXAMENS. FAUX. — T. Boiron a comparu devant la Cour d'assises, avec le sieur Coure, employé de la ville de Paris, qui avait procuré à son complice de faux certificats pour obtenir l'inscription à la Faculté de médecine de Montpellier, et se disposait de passer des examens au lieu et place d'un nommé Crespin qui est entré en Espagne. Boiron et Coure ont été condamnés, le premier à cinq ans de travaux forcés, le second à cinq ans de réclusion.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Barradon (André-Auguste) est nommé conservateur du jardin botanique, en remplacement de M. Touchy, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. Vigneau secrétaire-comptable, est nommé, en outre, bibliothécaire.

SERVICES HOSPITALIERS DE L'ARMÉE. — La commission pour l'examen du projet de loi relatif à l'organisation des services hospitaliers de l'armée a nommé président M. le docteur Laussédât; secrétaire, M. le docteur Liouville.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE. PRIX ET RÉCOMPENSES. — Concours de première année. Le premier prix n'a pas été décerné; second prix, M. Traou; accessit, M. Dupuy.

Prix de chimie médicale et d'histoire naturelle. Premier prix: M. Traou; deuxième prix: M. Girou; premier accessit: M. Caussé; deuxième accessit: M. Dupuy.

Deuxième année. Premier prix: M. Brousse; Deuxième prix: M. David; Premier accessit: M. Angéle; Deuxième accessit: M. Ricard (Adolphe).

Troisième année. 1° Des signes de la Grosseesse et de leur valeur respective au point de vue de la médecine légale (épreuve écrite); 2° Des Polypes du nez (épreuve orale). Premier prix: M. Fauqué; accessit: M. Sabadié.

Prix de clinique à M. Chevalier; le jury regrette de n'avoir à sa disposition aucune récompense pour témoigner à M. Sabadié l'intérêt que méritaient ses épreuves.

Coucoups pour les prix de pharmacie. Premier prix: M. Massanges; second prix: M. Abadie. — Prix Lefranc de Pomignau: M. Sabadié.

BIENFAITEURS DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE. — Les dons suivants viennent d'être faits en faveur de la Caisse de retraite:

MM. les docteurs Seux, de Marseille, 500 fr.; Bourdin, de Choisy-le-Roi, 100 fr.; Leroux, de Versailles, 100 fr.; de Beauvais, 100 fr.; Krishaber, 200 fr.; Emile Vidal, 105 fr.; Caffé, legs de 20,000 fr.

LE PORTRAIT DE VESALE. — Le docteur Turner a découvert le portrait d'A. Vesale au Louvre par Jean de Calcar. Ce portrait représente un jeune homme de 26 ans appuyé sur une colonne. Sur une des bagues qu'il porte à la main gauche, on lit trois lettres: A. V. B. Andreas Vesalius Bruxellensis.

NÉCROLOGIE. — M. le docteur E. Aubrun-Dewulf, ancien interne des hôpitaux de Paris, praticien très-distingué, vient de succomber à Paris à l'âge de 86 ans.

— Sir Cordy Burrows vient de mourir à Brighton à l'âge de 63 ans. Ce praticien, membre du collège des chirurgiens de Londres depuis 1836, est moins connu par ses travaux scientifiques que par la part importante qu'il prit à l'administration de la ville dans laquelle il exerçait. Il fut trois fois élu *mayor* de Brighton et c'est à la suite de sa troisième élection (1873) que le *Knighthood* lui fut conféré par la Reine. Sir Cordy Burrows devait présider l'Association médicale anglaise à son meeting annuel au mois d'août 1876 à Brighton.

— Un autre médecin anglais, Sir John Fisher, vient de mourir à Londres à l'âge de 89 ans. Recu membre du collège des chirurgiens en 1809, élu *fellou* en 1844, ce praticien a été *écuyer knight* en 1858. Il avait été nommé médecin en chef de la Police métropolitaine en 1829, et il ne quitta ce poste qu'en 1875.

— Nous avons également le regret d'annoncer la mort du docteur Henry Letheby, professeur de chimie et de toxicologie à l'école de médecine du *London hospital*. M. Letheby est surtout connu par ses travaux sur l'hygiène, la jurisprudence médicale et la chimie légale.

M. VLEMINCKX. — Le numéro était en pages quand on nous a communiqué quelques détails sur le genre de mort auquel a succombé M. Vleminckx: nous nous bornons à dire que probablement notre illustre confrère a succombé à la formation d'embolies; d'autant plus qu'il existait de longue date, du côté du cœur, des symptômes dénotant des altérations qui sans doute ont passé subitement à l'état aigu, quelque endocardite ulcéreuse peut-être, née sous l'influence d'une nutrition très-altérée par la maladie qui avait immédiatement précédé, et des foyers circonscrits au poumon.

ÉCOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE. — Par arrêté en date du 10 février 1876, des concours seront ouverts à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, savoir: le 10 août 1876, pour deux emplois de suppléants des chaires de chirurgie; le 13 novembre 1876, pour un emploi de suppléant des chaires de médecine; le 20 novembre 1876, pour deux emplois de suppléants des chaires des sciences naturelles (botanique et zoologie élémentaires, chimie et pharmacie).

LA PESTE DE MÉSOPOTAMIE. — Un télégramme signale une petite recrudescence de cette maladie à Bagdad, où l'on aurait constaté jusqu'ici 10 cas par jour. L'autorité sanitaire d'Alexandrie a décidé que les provenances du Golfe Persique seraient assujetties à leur arrivée dans un des ports égyptiens de la mer Rouge à une quarantaine de quinze jours.

ERRATUM. — Dans la citation que nous avons faite (n° 13, p. 208) du décret qui nommait deux professeurs à la Faculté de médecine de Paris, le nom de M. Panas a été mis à la place de celui de M. Parrot.

UN MÉDECIN DANS L'ARCHIPEL INDIEN.

Une bonne occasion se présente pour un jeune médecin indépendant, curieux de science et pressé de se créer une position.

Une société française, la Société des *colons explorateurs*, vient de se constituer, avec l'appui de la Commission de géographie commerciale et de nombreuses sympathies dans le monde savant et industriel.

Elle va fonder un premier établissement dans l'archipel Indien et désire s'associer un jeune médecin offrant des titres sérieux, qui serait chargé de diriger tout ce qui concerne l'hygiène et la santé de la nouvelle colonie.

Un ancien interne des hôpitaux de Paris ou un médecin de marine seraient surtout assurés de trouver bon accueil, soit auprès de M. le comte Meyners d'Estrey (5, boulevard Denain), ou M. Chesse (au ministère de la marine), délégués de la Commission de géographie, soit auprès de M. Raffray, organisateur du personnel (1, boulevard Arago), ou de M. Brau de Saint-Pol-Lias, directeur, fondateur de la Société (129, rue de Rennes, Paris).

État sanitaire de Paris :

Du 24 au 30 mars 1876, on a constaté 1153 décès, savoir :

Variole, 8. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 2. — Fièvre typhoïde, 27. — Erysipèle, 4. — Bronchite aiguë, 47. — Pneumonie, 100. — Dysenterie, 0. — Diarrhée cholériforme des enfants, 1. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 11. — Croup, 28. — Affections puerpérales, 5. — Autres affections aiguës, 328. — Affections chroniques, 506, dont 229 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 55. — Causes accidentelles, 22.

SOMMAIRE. — PARIS. Les nouveaux projets de loi sur l'organisation de la médecine militaire. — COURS PUBLICS. De l'altrepésie. — Syphillographie: Leçons sur l'aphasie et l'hémiplegie droite syphilitiques. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Académie de médecine de Belgique. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — REVUE DES JOURNAUX. Contribution à l'étude de l'opoplexie spinale. — BIBLIOGRAPHIE. Influence de la vision sur quelques phénomènes de la vie. — Index bibliographique. — VARIÉTÉS. — FEUILLETON. La science arabe en Occident.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOUQUE, L. LERBOULET

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 13 avril 1876.

L'HOMME A LA FOURCHETTE. GASTROSTOMIE. — CAS PRÉSUMÉ DE LUPUS. — MÉDECINE LÉGALE. CARACTÈRES DE L'UTÉRUS MULTIPARE.

L'homme à la fourchette. Gastrostomie.

Nous n'avons pas à rappeler l'histoire de la fourchette avalée par un jeune homme. Les journaux ont fait à ce cas une célébrité peu enviable; mais tout est bien qui finit bien, et nous espérons qu'il en sera ainsi pour le jeune imprudent.

La fourchette, ainsi que l'apprend au public un journal du matin, a été extraite, la gastrostomie a été pratiquée au commencement de cette semaine, et à ce jour l'opéré, suivant nos renseignements, a bien supporté cette première période de l'opération, et nous pouvons même ajouter qu'il va très-bien aujourd'hui, 13 avril; mais nous croyons qu'il est convenable d'attendre le résultat final pour chercher les enseignements à tirer de ce fait.

Quant à présent, il est au moins permis de dire que l'opération n'a pas été aussi simple qu'on pouvait l'espérer. Malgré des tentatives faites pour amener des adhérences entre l'estomac et la paroi abdominale par l'application successive de cautères, l'on a dû, pour inciser la paroi de l'estomac, ouvrir la cavité péritonéale, et l'opération a offert des péripéties très-étonnantes. L'observation sera sans doute très-instructive. Dans les cas analogues (nous les avons cités il y a deux ans, *Gazette hebdomadaire*, 1874, n° 15), lorsquela gastrostomie a été faite, on a trouvé des adhérences qui facilitaient singulièrement l'extraction du corps étranger et en diminuaient les conséquences: M. Sédillot a insisté à bon droit sur ces conditions anatomiques dans son mémoire sur la *gastrostomie*.

Il sera fort intéressant de ne négliger aucune particularité de cette opération, d'autant plus, que, récemment encore, l'attention était appelée sur la gastrostomie par un des chirurgiens les plus distingués de Vienne, le docteur Gussenbauer. (*Die partielle Magenresection, Langenbeck's Archiv*, volume XIX, 3^e livraison, 1876).

Il s'agit même d'une opération plus considérable encore, puisque l'assistant de Billroth ne propose rien moins que de la résection partielle de l'estomac dans les cas de cancer du pylore. Jusqu'à présent il n'y a eu que des expériences sur des chiens, mais l'assistant de Billroth rappelle que la résection de l'œsophage, la résection totale du larynx, ont été pratiquées expérimentalement avant d'être exécutées chez l'homme. À vrai dire, et sans craindre de nous répéter, nous n'avons aucune confiance dans le succès de ces tentatives audacieuses lorsqu'il s'agit de tumeurs qui récidivent presque fatalement

2^e SÉRIE, T. XIII.

lorsque le malade a guéri de l'opération. Il n'en saurait être de même dans des cas de traumatisme; par exemple, lorsqu'il s'agit de gastrostomie pour l'extraction des corps étrangers de l'estomac, l'intervention peut-être non-seulement légitime, mais imposée. Il y a dans les indications de l'opportunité d'action des nuances fort délicates qui, pour être appliquées au jugement d'un fait particulier, nécessitent une étude clinique complète. Nous espérons bien que celle-ci nous sera donnée prochainement.

A. H.

Cas présumé de lupus.

Dans un article précédent nous avons résumé l'histoire d'une malade présentée à l'Académie par M. le docteur Després, et nous avons indiqué les diverses opinions émises à son sujet.

On se rappelle que MM. Hardy et Hillairet soutenaient l'idée d'une gangrène symétrique des extrémités, que M. Desvergie, au contraire, regardait la malade comme atteinte d'une lèpre française, d'une lèpre dégénérée, et qu'enfin M. Després avait intitulé son observation: *Lupus scrofuloux*.

Nous devons maintenant chercher à déterminer scientifiquement quelle est l'affection dont est atteinte cette malade.

Pouvons-nous admettre que la malade est atteinte d'une gangrène symétrique des extrémités? Nous n'hésitons pas à répondre négativement. À notre avis, il n'existe pas la plus petite analogie entre l'affection dont est atteinte la malade du docteur Després et la gangrène symétrique.

En premier lieu, il nous semble que M. Hardy tient bien peu de compte de la symétrie: Qu'est-ce donc qu'une *gangrène symétrique des extrémités* qui n'atteint qu'un seul membre? Ce caractère de la symétrie a cependant une importance capitale, puisqu'il a fait donner le nom à la lésion. Le docteur Raynaud insiste du reste sur lui et écrit: « J'ai été frappé de la remarquable tendance de la mortification à affecter des extrémités semblables, les deux mains, les deux pieds. » Mais admettons qu'il s'agisse ici d'une gangrène symétrique des extrémités, *sans symétrie*, du moins les symptômes de cette gangrène se trouvent-ils chez notre malade? en aucune façon. En effet, quels sont les signes par lesquels se traduit la gangrène symétrique?

Tantôt, dit le docteur Raynaud, les extrémités deviennent pâles, exsangues, puis prennent une teinte lilas, enfin une coloration violacée à laquelle participent les ongles; au toucher ces parties sont d'un froid glacial. En même temps existent des fourmillements ou des déancements, lesquels font bientôt place à une chaleur brûlante.

Tantôt c'est une rougeur livide qui se montre la première. Quoi qu'il en soit, les doigts deviennent entièrement noirs et insensibles, de petites phlyctènes apparaissent sur un

doigt, puis sur un autre, toujours à l'extrémité de la phalange. Cette phlyctène se développe, se remplit d'un liquide très-purulent, se rompt et laisse le derme à nu. La petite excoaration qui en résulte persiste quelques jours. A voir cette lividité, ce froid glacial, on croirait que la gangrène va s'étendre. Mais la petite ulcération se cicatrise; bientôt il est vrai la même série de phénomènes se reproduit et à une époque avancée on voit sous la pulpe de tous les doigts un grand nombre de petites cicatrices blanches déprimées.

Quelquefois il y a une véritable carbonisation qui se termine à la longue par la chute d'un tiers ou d'une moitié de phalange unguéale.

Retrouvons-nous ces phénomènes chez notre malade ?

Pendant six années, l'affection reste limitée à l'avant-bras; elle consiste en ulcérations; après ce laps de temps elle envahit la main et les doigts et elle débute toujours par de petites saillies qui s'ulcèrent et les ulcérations s'agrandissent, atteignent les os qui se carient et tombent. Mais jamais on n'a observé la pâleur ou l'état livide des doigts, les phlyctènes auxquelles succèdent les petites ulcérations et les petites cicatrices; la carbonisation de l'extrémité d'un doigt qui devient rapidement noir.

Le pouce qui a été atteint, mais où l'ulcération n'a pas gagné l'os et qui offre un tissu cicatriciel, ne présente pas un grand nombre de petites cicatrices blanches, déprimées, ayant succédé à des phlyctènes isolées, mais une cicatrice unique.

Dans la gangrène symétrique, la gangrène est sèche, il y a carbonisation, et elle est limitée à la peau ou à une très-petite étendue de la phalange unguéale; chez notre malade il y a ulcération, mais non gangrène sèche, et deux phalanges des trois doigts indicateurs, annulaire et petit doigt, sont tombées et non une petite extrémité de la dernière phalange.

Enfin il y a un argument qui à lui seul suffirait à nous faire rejeter l'idée d'une gangrène symétrique.

Pendant six années, la malade n'a présenté qu'une affection ulcéreuse de l'avant-bras et du coude; or pendant cette période, il fallait bien porter un diagnostic et il était impossible de dénommer l'affection *gangrène symétrique des extrémités*, puisque l'extrémité du membre n'était pas affectée.

M. Hardy a prévu cette objection et a dit: Nous ne répugnons pas à admettre que quelques ulcérations de l'avant-bras ne soient scrofuleuses, mais nous nous refusons à rapporter à cette maladie constitutionnelle les désordres survenus dans les doigts. Mais n'est-il pas évident que l'affection de la main et des doigts n'est que l'extension de l'affection de l'avant-bras, que toutes ces lésions dépendent de la même cause? Que l'on compare du reste les cicatrices de l'avant-bras et celles de la main, du pouce, et en constatant leur identité on admettra évidemment l'identité de nature des ulcérations qui les ont produites.

Enfin, quel dermatologiste, en présence d'une affection qui successivement a envahi l'avant-bras; la main, les doigts, aura l'idée de la scinder et de dire: ici, à l'avant-bras, c'est de la scrofule; là, aux doigts, c'est de la gangrène symétrique. Non, il y a là une même affection, et si pendant les six années durant lesquelles l'affection était limitée à l'avant-bras, on ne pourrait dire *gangrène symétrique*, pas davantage on ne peut porter ce diagnostic aujourd'hui. Rejetons donc l'idée de gangrène symétrique.

S'agit-il d'une affection lépreuse?

Evidemment il ne pouvait venir à l'esprit de M. Devergie de comparer cette malade à une véritable lépreuse. Elle ne présente aucun des symptômes de la véritable lépre qui est

caractérisée par des *taches fauves, insensibles* à la pression, des bulles de pemphigus, des *tubercules, insensibles* au point que l'on peut les traverser avec une épinglette, tubercules qui après un certain laps de temps se ramollissent et s'ulcèrent; par la carie des os, consécutive aux ulcérations et par la chute de phalanges, d'une partie d'un membre même; par l'atrophie des muscles des éminences thénar et hypothenar, des interosseux, enfin par des lésions des viscères. Aussi M. Devergie n'a-t-il pas soutenu cette opinion; il a prétendu qu'il s'agissait, là, d'une lépre française. Pour M. Devergie la lépre est une maladie générale de l'économie plus spéciale à certains pays, mais qui peut naître sous tous les climats. Il aurait observé plusieurs exemples de lépre française; elle a, dit-il, toujours une marche lente, est caractérisée par les principaux phénomènes d'hypertrophie ou d'atrophie des parties malades dans lesquelles on observe l'existence de tubercules plus ou moins nombreux et plus ou moins volumineux, celle de taches ou décolorations de la peau avec insensibilité. Quant aux ulcérations, gangrène, elles ne se voient qu'accidentellement.

Cette lépre française n'a été admise que par M. Devergie, mais existait-elle, notre malade, n'en présenterait aucun des caractères: nous n'observons chez elle ni hypertrophie, ni atrophie, ni taches insensibles. Nous ne pouvons accepter l'idée de lépre.

Mais si cette malade n'est ni atteinte de gangrène symétrique des extrémités, ni de lépre, il ne reste que deux suppositions à faire: elle est affectée ou d'une syphilide ulcéreuse, ou d'une scrofulide maligne ulcéreuse, et en effet, je crois qu'à l'aspect de cette malade on ne pouvait ou ne devait faire que deux hypothèses: affection syphilitique ou affection scrofuleuse.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur cette malade pour repousser l'idée de la syphilis, les cicatrices ne sont pas lisses, déprimées, entourées d'une auréole cuivrée, enfin il n'y a chez la malade aucun antécédent syphilitique.

Du reste, si la syphilis existait chez cette malade depuis huit ans, elle aurait atteint d'autres parties que l'avant-bras et la main, et la malade présenterait, sans doute, des douleurs ostéocopes, des exostoses ou des nécroses, mais nullement des caries comme cela a lieu.

Au contraire, tout milite en faveur d'une affection de nature scrofuleuse: la malade a été atteinte dans son enfance d'engorgement des ganglions du cou, de conjonctivite, de kératite, tous accidents évidemment scrofuleux.

Il y a huit ans, elle a présenté à l'avant-bras de petites grosseurs qui devaient être des tubercules et qui ont été le point de départ des ulcérations qui ont successivement labouré l'avant-bras, et tandis que l'ulcération se guérissait d'un côté et faisait place à une cicatrice, de nouveaux tubercules apparaissaient d'un autre côté, s'ulcéraient de nouveau et continuaient l'ulcération.

Or, qu'observons-nous dans la scrofulide crustacée ulcéreuse? Trois périodes, une éruption cutanée tuberculeuse ou papulo-tuberculeuse (c'est là la lésion élémentaire); une affection ulcéreuse et croûteuse; enfin une cicatrice irrégulière plus ou moins difforme.

Ces trois périodes, nous les retrouvons chez notre malade: la lésion élémentaire est un tubercule de nature inflammatoire; l'affection générale, une affection ulcéreuse à laquelle succède une cicatrice et cette cicatrice est éminemment scrofuleuse, c'est-à-dire parcourue çà et là de brides, de saillies, et entourée d'une auréole rose.

Ces ulcérations, au niveau des doigts indicateur, annulaire et petit doigt, ont atteint les os, qui se sont cariés, et de cette carie est résultée la chute de la phalangette et de la phalange. Or, la carie des os est un phénomène que l'on observe fréquemment à la suite de la scrofule.

Ainsi tous les symptômes ayant existé ou existant nous conduisent à établir ce diagnostic : scrophule maligne, ulcéreuse, inflammatoire, et nous sommes vraiment étonné que le moindre doute ait pu exister à ce sujet.

J'ajouterais, pour donner plus de poids à mon opinion, qu'ayant conduit la malade chez M. le docteur Bazin, mon savant maître, à première vue, a porté le même diagnostic : scrophule maligne. Ainsi se trouve vidée la question, et M. le docteur Després avait raison d'attribuer les accidents que présente sa malade à la scrofule.

D^r E. BAUDOT.

Caractères de l'utérus multipare.

Dans un premier article (17 décembre 1875), nous avons signalé les différentes particularités médico-légales relatives à l'affaire de Whitechapel. Il s'agissait d'établir l'identité d'un cadavre trouvé dans un état avancé de putréfaction et qui avait été grossièrement mutilé et divisé en dix parties par l'assassin quelques jours avant la découverte du *corpus delicti*, c'est-à-dire un an environ après la consommation du crime. L'expertise médico-légale a porté sur plusieurs questions, mais il en est une qui a particulièrement attiré l'attention des médecins légistes en raison de sa nouveauté et des difficultés qui ont entouré sa solution. La femme dont on avait constaté la disparition et dont on cherchait à établir l'identité avec les restes informes trouvés dans la maison de Whitechapel avait eu deux enfants, son utérus devait présenter les caractères de la multiparité; il fallait donc, pour établir l'identité, démontrer que l'utérus trouvé dans le corps de la victime avait été gravide.

Les experts ont émis sur ce point des opinions contradictoires. M. Alfred Meadows a prétendu qu'il était impossible de déterminer avec certitude, d'après l'examen *post mortem*, la nulliparité ou la multiparité d'un utérus, et MM. Bond et Larkin affirmaient au contraire que l'utérus qu'ils avaient sous les yeux présentait les caractères de la multiparité. La question a été apportée devant la Société obstétricale de Londres où elle a été l'objet d'une discussion assez animée. M. Braxton Hicks a ainsi posé la question : Un utérus étant donné, peut-on affirmer, d'après l'examen *post mortem*, qu'il a ou n'a pas été gravide? Certains caractères qui ont assez de valeur pour établir la probabilité sont insuffisants pour établir la certitude, surtout lorsqu'il s'agit de se prononcer devant un tribunal. Il n'est pas un praticien qui ne reconnaisse à première vue le col et l'orifice utérins d'une femme multipare. Le poids et le volume de l'organe, le plus ou moins d'épaisseur de ses parois, qui peuvent également fournir d'utiles indications, sont néanmoins sujets à de grandes variations individuelles et pathologiques. Mais il existe un caractère particulier qui n'a pas été jusqu'à présent l'objet d'études spéciales de la part des gynécologistes, c'est le plus ou moins de convexité des parois de l'organe et la distance qui sépare l'insertion des tubes de Fallope. D'après M. Meadows, l'utérus nullipare présente sur sa face interne et supérieure, ainsi que sur ses faces latérales,

une convexité plus ou moins marquée, mais dont l'existence est constante; cette convexité disparaîtrait après un ou plusieurs accouchements.

Après avoir fait ressortir l'incertitude des signes que nous venons d'énumérer, signes qui peuvent être produits par divers états morbides aussi bien que par la grossesse, M. John Willams a appelé l'attention des membres de la Société sur quelques autres caractères de l'utérus multipare qui se rapportent exclusivement à la grossesse. En premier lieu, il signale l'état des sinus utérins du côté placentaire; ceux-ci se remplissent de caillots qui deviennent organisés et peuvent encore être observés six mois après l'accouchement. En second lieu, il insiste sur l'état des vaisseaux dans les parois de l'utérus; ces vaisseaux se présentent sous la forme de petits tubes visibles à l'œil nu, leur tunique est épaisse, jaunâtre, et l'ensemble du tissu de l'utérus est plus ou moins déchiqueté. Cet état persiste pendant un temps assez long et, dans un cas exceptionnel, le docteur Willams a pu l'observer quinze mois après le dernier accouchement; il ne peut être produit par aucune affection de l'utérus.

L'utérus de Harriett Lane, qui avait été le point de départ de cette discussion, avait, du reste, subi des altérations de structure qui eussent rendu difficile la constatation des caractères signalés par le docteur Willams. Lorsqu'il avait été retiré du cadavre, cet organe était dans un état de dessiccation tel qu'il était impossible d'étudier sa forme, ses dimensions et sa structure. Sur les conseils du docteur Hicks il fut placé dans une solution désinfectante et il reprit assez rapidement sa forme primitive. C'est dans cet état qu'il fut soumis aux experts qui ont eu à se prononcer sur la nulliparité ou la multiparité et qui, comme nous l'avons dit, sont arrivés à des conclusions tout à fait contradictoires. M. Braxton Hicks fait à ce sujet remarquer que les effets produits par l'application successive de la dessiccation et de l'imbibition sur les corps organisés n'ont pas encore été suffisamment étudiés. Après avoir fait dessécher six utérus qu'il a ensuite placés dans l'eau pendant un certain temps, ce chirurgien a pu constater que ces organes n'avaient pas subi par le fait de la dessiccation et de l'imbibition un changement notable dans leurs formes et leurs dimensions. Cette expérience, qui peut avoir une utilité pratique en médecine légale, prurrait être faite sur d'autres organes, tels que le cœur, le cerveau; elle pourrait trouver son application dans les cas où il est nécessaire de reconnaître des débris humains et de les distinguer des restes d'autres animaux.

En somme, les débats de la Société obstétricale n'ont pas jeté beaucoup de lumière sur la question des caractères médico-légaux de la multiparité. Le sujet n'avait pas été assez longuement préparé, aussi la Société a-t-elle nommé un comité chargé d'étudier cette question. Ce comité, composé de MM. Braxton Hicks, Meadows, Snow Beck et Willams, présentera son rapport vers la fin de cette année.

L^r LUTAUD.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

DES CONDITIONS DE LA CURABILITÉ DES EMBOLIES, par le docteur BOUILLON-LAGRANGE père, ancien interne des hôpitaux de Paris et membre de la Société médicale d'observation, etc.

(Suite. — Voyez les n° 10 et 12.)

TROISIÈME PARTIE.

I. QUELQUES NOTIONS SUR L'EMBOLIE EN GÉNÉRAL. — En entreprenant de donner un résumé de l'état de la science au point de vue spécial de la curabilité de l'embolie, je sais que je vais marcher entre deux écueils : je serai trop long pour ceux qui savent et savent bien, et très-incomplet pour ceux qui n'ont suivi la question *que de loin*. Mais tel qu'il est, ce résumé m'a paru nécessaire à l'intelligence de la discussion des faits. Aux premiers je dirai de ne pas le lire, aux seconds de se reporter aux sources auxquelles j'ai puisé, et particulièrement à l'excellent article donné en 1870 au DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES par MM. HIRTZ et STRAUS, qui me servira souvent de guide dans mon esquisse, pâle reflet d'un très-bon tableau (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XII, art. EMBOLIE).

On sait que les embolies proviennent du sang (débris de caillots de globules blancs ou rouges), des *parois des vaisseaux* (débris de végétations, de valvules, de plaques, d'abcès des parois), enfin du *déhors* après avoir pénétré dans les vaisseaux (parcelles de cancer, d'enchondromes, de tubercules, graisses, esquilles, chevrotines, œufs d'entozoaires, spores). Mais parmi les espèces diverses d'embolie, celle qu'il nous importe le plus de connaître c'est l'*embolie fibrineuse*.

1° De l'*embolie fibrineuse* (*thrombus, thrombose*). — Deux causes principales la font naître : le ralentissement de la circulation ; l'altération des parois. A ces causes il faut joindre une plus grande coagulabilité de la fibrine (inopexie de Vogel). Le ralentissement de la circulation agit surtout dans les *veines* chez les sujets affaiblis, chez ceux dont l'impulsion cardiaque est faible, et aux extrémités inférieures (*thrombose marantique* de Virchow), *phléguasie blanche, œdème douloureux*. Dans les *artères*, les dégénérescences calcaire, athéromateuse, l'anévrisme ; dans le *cœur* les lésions endocardiaques ; dans les *veines* la phlébectasie, la pléthibie, mais *rarement, très-rarement*, les traumatismes, la pression extérieure, toutes produisant les ralentissements du sang, en sont les conditions ordinaires.

Le thrombus (caillot ancien, *actif* de M. Broca) se distingue du récent (*passif* de M. Broca), du caillot, *Gerinsel* de Virchow. Le premier se forme petit à petit, le second d'une seule pièce. L'un est, comme le caillot de la saignée, mou, homogène, renfermant, comme le sang, des globules rouges et blancs ; l'autre est sec, cassant, résistant, stratifié, riche en globules blancs ; mais la disposition surtout importante à connaître est celle du caillot *prolongé*. Laissons parler Virchow : « Dans les veines périphériques, le danger vient surtout des *plus petites branches*. Il n'est pas rare de voir celles-ci tout à fait remplies par des masses de coagulum. Cependant, tant que le thrombus est confiné dans la branche même, le corps n'est exposé à aucun danger particulier ; le pire qui puisse arriver c'est qu'en conséquence d'une *péri- ou mesophlébite*, un abcès puisse se former et s'ouvrir extérieurement ; seulement le plus grand nombre des thrombus, dans les petites branches ne se contente pas d'avancer au niveau des gros troncs, mais presque constamment de nouveaux amas de coagulum sont déposés par le sang sur le bout du thrombus, couche par couche, celui-ci est prolongé au delà de l'embouchure de la branche dans le tronc, suivant la direction du cours du sang, bourgeonne en forme d'un épais cylindre de plus en plus loin, et devient continuellement de plus en plus gros. »

« Bientôt le thrombus *prolongé* dépasse toute proportion avec le thrombus original (*autochthone*) d'où il procède, le thrombus prolongé peut avoir l'épaisseur d'un pouce, l'original ayant celle d'une aiguille à tricoter » (ici la figure 71 d'une veine lombaire s'abouchant dans la veine cave avec un caillot de la grosseur de la dernière phalange du pouce). « Ce sont ces chevilles prolongées qui constituent la source du réel danger ; c'est sur elles que se fait le morcellement qui produit les occlusions secondaires dans les vaisseaux éloignés ; ce sont ses parties qui sont déchirées en particules *plus ou moins volumineuses* par le sang suivant son cours » (*Pathologie cellulaire*, 10^e leçon, 2^e édit., trad. angl. de Chance, p. 204, 205).

Le caillot *prolongé* est produit à l'embouchure des vaisseaux par contact (J. Davy) et par ralentissement du cours du sang, suite de la suppression d'un affluent diminuant la pression. Son extrémité est arrondie, aplatie en tête de serpent (Dumontpallier) et morcelée par la circulation, comme le cours d'eau rouge ses rives (Virchow).

Le thrombus peut se changer en tissu stable, s'organiser en cordou fibreux ; mais bien plus souvent il subit la transformation régressive, la fonte moléculaire, et surtout quand la vitalité du sujet est diminuée ; celle-ci s'établit d'abord au centre, y fait une cavité kystique avec un liquide puriforme. Les globules rouges s'y transforment en cristaux d'hématodine ; les blancs en graisse (granules) ou tuberculoïdes ; la fibrine, devenue *cassante*, en débris granuleux insolubles dans l'alcool et l'éther. Le caillot prolongé se détache le plus souvent par pièce d'un volume *relativement très-considérable* ; les polypes du cœur subissent les mêmes transformations.

A. *Siège des embolus*. — Dans le pompon, les embolus d'un certain volume gagnent les lobes inférieurs ; se mouvant le long des parois comme les globules blancs, ils se dirigent forcément vers les parties déclives, le plus souvent à droite à cause du calibre de l'artère pulmonaire plus grand de ce côté ; dans l'arbre aortique, ils suivent la direction des troncs principaux, où la poussée est plus forte et, dans l'ordre de fréquence, les artères où on les trouve sont : la liénale, la rénale, l'iliaque, surtout la gauche, puis la carotide, la sous-clavière, les mésentériques, la cardiaque. Les embolus un peu gros restent à cheval sur la bifurcation ou pénètrent dans une division comme un bouchon ; d'autres pénètrent dans les capillaires, où l'oblitération vasculaire est souvent marquée par des lésions hémorragiques ou inflammatoires.

B. *Effet immédiat des embolus dans les grosses et moyennes artères*. — Si l'embolus est *mou*, malléable, obturation complète et arrêt brusque de la circulation ; l'artère se vide en aval ; du côté du cœur le caillot coiffant l'embolus s'étend jusqu'à la première collatérale, ou l'embolus étant *résistant*, *infractueux*, et l'obturation partielle, la circulation est ralentie, puis suspendue par adjonction successive de couches fibrineuses. Dans ces deux cas le sang chassé dans tout le département de distribution, l'effet immédiat est l'anémie, et si la lésion siège en un point visible (*cadavérisation*), comme au fond de l'œil (embolie de l'artère centrale de la rétine, Graefe), dans les organes internes abolition ou diminution des fonctions, mort subite (*artère pulmonaire ou l'une de ses grandes divisions*), dyspnée terrible, pleur livide, cyanotique, asystolie, mouvements convulsifs. D'après Panum, jamais la mort n'est subite par l'embolie d'une *artère cérébrale*, mais il y a hémiplegie, paralysies foudroyantes, apoplectiques, dans les *membres* violentes névralgies (Virchow), puis paralysies partielles ou contractures.

La circulation collatérale, si elle est parfaite, peut effacer tous ces troubles primitifs ; elle est plus facile dans un sujet sain et dans les parenchymes.

Les troubles consécutifs sont d'autant plus graves que l'embolie est plus éloignée du cœur, parce que les communications collatérales sont plus difficiles ; exemple : l'artère carotide ou

l'artère sylvienne; dans celle-ci l'embolie est fatalement suivie du ramollissement et souvent mortelle.

Si l'embolus est fibrineux simple, ou l'artère se transforme en cordon fibreux, ou chez les sujets faibles, rachitiques, il se désagrège et produit des *embolies secondaires*, ou il est résorbé, ou il se canaliculise. Si l'embolus est irritant, mécanique ou chimique, l'artère et le parenchyme s'enflamment, se perforent : d'où des abcès, la gangrène. Si la circulation collatérale est nulle ou imparfaite, *névrose*, gangrène sèche. On trouve des corpuscules gangréneux (Demme), noirs, indifférents aux réactifs, insolubles dans l'éther, et un pigment rouillé, qui est de l'hématine altérée (Cohn). Dans l'estomac, on observe l'*autophagie* de la muqueuse (Virchow). C'est le cas de l'ulcère rond. Dans le cerveau ou la moelle, ramollissement rouge (mais celui-ci toujours consécutif, Panum), jaune, puis blanc; alors il ne reste plus que des gouttelettes et des granulations graisseuses dans un liquide (émulsion). Autour, inflammation éliminatrice, *ulcère*, ou le tissu connectif en capsule, en kyste, puis cicatrice après absorption. Dans le foie et le poumon, à cause des deux circulations fonctionnelle et nutritive, les embolies les plus considérables des premières ne sont pas suivies de gangrène, mais d'atrophie, et l'artère nourricière peut même devenir vicariante.

Kolk et N. Guillot l'ont vu dans des cavernes tuberculeuses, Virchow dans des expériences par les injections de caoutchouc. L'embolie de l'artère bronchique ou celle de l'artère hépatique sont, au contraire, causes de mortification des points correspondants.

2° Embolies capillaires et des très-petites artères; infarctus. — Elles produisent des hémorragies et presque toujours des *infarctus* ou farcissement par le sang extravasé. Elles sont en forme de coin, à cause de la disposition péniécilée de ces vaisseaux (Rokitansky). Si l'embolus est lisse, élastique, à contours arrondis (embolies graisseuses aériennes), la résorption est possible; mais s'il est rugueux, les parois sont éreçues, il y a épanchement (Panum, Feltz) ou rupture par hypérémie et fluxion collatérales.

Les infarctus rencontrés dans le poumon, le foie, la rate, les reins, les muscles, le tissu muqueux, quand ils sont véritablement capillaires, sont arrondis (millet, pois), rouges et grenus quand ils sont erus, ils se ramollissent en bouillie laiteuse avec globules blancs, gouttelettes graisseuses, cristaux d'hématine, granulations amorphes (*abcès infarctueux*) qui est évacuée ou se concrète, se caséifie et se résorbe; mais il peut y avoir aussi inflammation, pneumonie lobulaire avec hémorragie consécutive. Pour expliquer les transports dans les organes à travers le poumon, sans lésion de celui-ci, des *embolies secondaires*, on supposerait que, traversant le poumon et très-fins, ces corps se grossiraient par addition de fibrine et s'arrêteraient dans le foie ou la rate, ou en passant par la *circulation dérivative des capillaires du poumon* (Jusquet et H. Weber).

3° Formes spéciales d'embolies. — L'*embolie gangréneuse* agit physiquement et septiquement, ramollissement cérébral gangréneux (Virchow). La *pigmentaire* consiste dans des amas partant de la rate dans les fièvres intermittentes graves et donne au cerveau une teinte ardoisée. Planer et Frerichs expliquent par elle les formes cérébrale, conauesue, épileptiforme; mais l'oblitération serait donc intermittente comme les symptômes. L'*embolie aérienne* produirait des embolies capillaires dans le poumon (Panum, Virchow, Michel). L'*embolie graisseuse* de Wagner, de Leipzig a lieu dans les lésions osseuses aiguës ou chroniques et provient du canal médullaire; Bergmann et Weber disent qu'il faut des masses de graisse pour produire la mort subite; les petites; dans les expériences, sont rapidement résorbées.

Pour nous, disent MM. Hirtz et Strauss, les dépôts urétiques, ou phosphatiques, ou calcaires, les dépôts médicamenteux (argent, plomb) de sels en solution dans le sang « ne sont que des phénomènes de nutrition intime, des actes sécré-

toires, si l'on veut, dans lesquels intervient l'activité propre des éléments cellulaires de la région où s'opère le dépôt; vouloir ranger ces phénomènes parmi les embolies est tout aussi irrationnel que de regarder, par exemple, comme étant de nature embolique le dépôt des sels calcaires qui se fait dans les cartilages lors de la croissance physiologique des os » (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. *EMBOLIE*, t. XII, p. 640).

C'est donc à tort pour eux que Uhlé et Wagner les considèrent comme des embolies : c'est la dyscrasie *chimique* de Virchow.

En analysant rapidement les principales données renfermées dans l'excellent article des auteurs que je viens de citer, j'ai dû reproduire, et quelquefois contredire, certaines notions qui résultent d'expériences déjà exposées plus haut. De plus, en concisant encore un texte précis et clair, j'ai pu en diminuer la netteté remarquable; je ne puis qu'en recommander la lecture à ceux que cette sèche énumération ne pourrait satisfaire.

Depuis 1870, des observations nouvelles ont été faites. On doit à M. Hayem (*Gaz. hebdom.*, 1871, p. 291-296) un travail sur les *embolies capillaires* dans la *pyohémie*. Il attribue l'innocuité du pus pur, déjà signalée par M. Verneuil, non-seulement à l'innocuité du sérum, mais aussi soit à la transformation graisseuse de leucocytes, telle que les éléments en puissent être facilement réduits en débris granuleux (dans le cas d'abcès froids, suivant M. Hénoque), soit à la conservation de la structure normale et des propriétés physiologiques des leucocytes, de sorte que l'introduction de ces éléments dans le sang ne produit qu'une leucocytose passagère; mais il dit que presque toujours le pus détermine des accidents, dus non-seulement aux propriétés septiques de la partie liquide résorbée (septicémie), mais encore aux altérations physiologiques et anatomiques des leucocytes (embolies capillaires), lésions métastatiques variant avec ces diverses altérations.

Il ajoute que l'histoire clinique de la pyohémie nous montre que dans la grande majorité des cas mortels le liquide et ses parties solides (pus ou enailots) passent en même temps dans le torrent circulatoire, puisque dans les autopsies les lésions métastatiques constituent certainement la règle; que tout au moins, il nous est permis de dire que la septicémie simple aiguë ou mortelle des blessés ne doit pas être encore considérée comme fréquente.

Déjà, en rapportant les expériences de M. Feltz (*loc. citato*), nous avons emprunté à l'analyse de son livre quelques détails anatomiques. Mais insistons sur les progrès qu'il a fait faire à la science sur ce point.

M. Feltz, après avoir conclu de ses expériences que la mort subite peut résulter de l'oblitération embolique des capillaires pulmonaires, comme de celle des gros troncs, et qu'elle a lieu, surtout, quand il y a des lésions de nature à gêner la respiration ou la circulation, rapporte le fait d'un rhumatisme aléologique chez lequel un caillot dans le ventricule droit laissait l'orifice artériel libre, mais avait un cheveu fibreux dont les ramifications s'étaient détachées et avaient obitéré une grande partie des capillaires du poumon. Après avoir expliqué par le même mécanisme l'action des débris de cancer, d'enchondrome, des globules desséchés du sang dans les brûlures et de la fibrine coagulée dans les congélations, dans les fractures compliquées, il ajoute et nous répétons avec lui : « Quand ces embolies (capillaires) sont limitées à un territoire pulmonaire restreint, l'hématoïse peut encore se faire d'une manière suffisante, et l'embolie peut disparaître après avoir subi diverses altérations ». C'est tout ce que nous recherchons (1).

(1) M. Lincrobert, qui depuis 1862 (*Gaz. hebdom.*, 1862, p. 137, 756) s'occupe de l'embolie, sur laquelle déjà à cette époque il possédait 75 observations, dans un chapitre remarquable du IV^e vol. du *Traité d'anatomie pathologique* qu'il publia en ce moment, a décrit les divers « phases » de régression des « embolies » avec un soin minutieux. Je regrette de ne pouvoir en donner ici un court extrait.

II. **PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE DES EMBOLIES SUIVIES DE GUÉRISON.** — *Bases de cette physiologie.* — Nous venons de recueillir des expérimentateurs et des cliniciens des notions précieuses pour établir la physiologie des cas de guérison des embolies, alors même qu'elles ont produit des lésions pulmonaires ou qu'elles ont eu pour conséquences, comme dans mes observations, des phénomènes secondaires se répétant dans le système artériel général. Résumons ces principales notions, et d'abord remarquons les données d'anatomie pathologique spéciales, en quelque sorte, je veux dire celles recueillies comme caractères d'embolies anciennes dont les effets avaient disparu, alors que la mort venait terminer la scène : nous voyons, pour justifier la cessation des accidents, tantôt le rétablissement de la circulation par les collatérales, quand le vaisseau restait oblitéré, comme dans l'observation de M. Schutzenberger, tantôt le caillot n'emplantant pas tout le calibre du vaisseau, comme dans le fait de Virchow cité par M. Lasègue, et dans celui de M. Calloch, de Nantes; tantôt la cicatrisation des infarctus, où la forme capillaire des embolies n'occupant qu'un territoire restreint, conformément aux expériences de Panum et aux belles démonstrations de M. Feltz. C'est ce que nous remarquons dans l'observation n° 5 de M. Michel d'une embolie, suite de congélation, dans la pleurésie traumatique de l'observation n° 10 due à M. Humbert-Molière, et dans celle n° 4 de Weber d'Heidelberg, enfin dans le fait de Johnson, n° 9, qui nous offre un exemple d'embolie secondaire, d'embolie artérielle traversant les capillaires ou les voies de dérivation artério-veineuse pour se reproduire dans les veines. Les observations de Virchow et de Feltz, n° 7, démontrent à n'en pas douter la possibilité des embolies secondaires capillaires.

Mais c'est surtout par les nombreuses expérimentations que j'ai citées que se comprend bien dans ses divers modes la guérison des embolies. N'oublions pas que dans ses expériences Virchow a produit « l'embolie bénigne avec cicatrisation et développement de la circulation collatérale », et recherchons les circonstances dans lesquelles l'expérimentation, en d'autres mains, comme dans les siennes, l'a rencontrée, et qui doivent nous faire espérer; en cas analogues, chez les malades soumis à notre observation.

Dans les expériences avec le caoutchouc, nous voyons l'oblitération, la coagulation du sang sans lésions d'organes, nous voyons d'autre part les artères bronchiques suffire à la nutrition d'un lobe dont l'artère pulmonaire est oblitérée, et une circulation collatérale s'établit entre elles et les intercostales (*Exposé*, par Lasègue, in *Arch. de méd.*, 1857, p. 443. — *Idem*, septembre 1863, 286).

Il ressort des expériences de Panum, de Kiel, que les bouchons, qui ne produisent ni irritation mécanique, ni irritation chimique, comme les globules de cire, quand ils ne tuent pas par leur quantité, s'enveloppent d'une capsule d'autant plus épaisse que le bouchon est plus petit, disposition précieuse que nous avons vue reproduite dans les observations chez l'homme. Après avoir rapporté les faits les plus curieux, prélude des expériences toutes récentes de M. Davaine sur l'intensité du venin de l'infection putride, sur l'action toute spéciale et non purement mécanique du mercure, Panum démontre que les foyers inflammatoires qui ont lieu autour des matières albuminoïdes déjà décomposées avant l'injection, ne se produisent pas quand celles-ci sont desséchées, lesquelles agissent alors comme les globules de cire, même après qu'elles ont été trempées longtemps dans des matières putrides, et qu'ainsi l'irritation du tissu pulmonaire semble occasionnée par les substances qui naissent de la décomposition chimique du bouchon lui-même; que les caillots frais du sang normal injectés peuvent produire des foyers inflammatoires identiques à ceux de la plébite et de la pyhémie, mais pas toujours, et que le plus souvent ils se résident, se dissolvent sans produire d'altérations à leur circonférence; que le pus ne produit pas la coagulation, pas même par un contact pro-

longé (résultat conforme à l'opinion de M. Verneuil sur l'innocuité du pus pur); que la cause de ces variations n'est donc pas dans la différence de composition du sang, mais dans la prédisposition des différentes parties des poumons.

C'est de ces expérimentations de Panum, surtout, que date l'intelligence du véritable rôle de l'*hyperémie de compensation*, suite de l'augmentation de pression dans les branches situées en avant des vaisseaux obturés, pour la production du ramollissement rouge, toujours secondaire (mieux dit *consécutif*) de la partie postérieure de la moelle, et pour sa situation toujours limitée à la circonférence dans le cerveau, alors que partout ailleurs le ramollissement s'y montre blanc ou jaune; comme aussi dans la veine porte après l'oblitération des artères intestinales, et dans les effets physiologiques qui en résultent (nausées, vomissements, diarrhée, résorption des matières gangréneuses de la muqueuse), dernière observation d'où il tire pour la circulation normale cette conclusion, que l'action péristaltique des villosités et des parois de l'intestin, et le torrent de l'artère hépatique en sont les forces auxiliaires.

Nous avons vu dans la savante étude de Meissnar, analysée par les *Archives de médecine* (n° de juillet 1867, p. 98), et dans l'exposé qui suit des travaux de Wagner et de Bush, de Koenigsberg, sur les embolies graisseuses, que le docteur Bergmann vit, dans une dernière série, la vie se conserver pendant une semaine et plus sans les troubles ordinaires aux embolies capillaires, à moins qu'on ne répétât les expériences sur le même sujet; qu'on trouvait sur ces animaux une augmentation de la vascularisation çà et là, mais pas de graisse dans les vaisseaux; qu'elle était dans le tissu cellulaire inter-alvéolaire; que les embolies graisseuses, d'après Wagner, H. Muller et Bush, s'observent chez l'homme dans la pyhémie, dans les grands ébranlements avec rupture des cellules de la moelle des os, ou de la graisse dans la dégénérescence graisseuse des artères, dans les fractures surtout (23 fois sur 45, Bush); que dans les expériences faites par ce dernier sur des chiens, dont il fracturait les os, il trouva les capillaires et les vaisseaux plus considérables, remplis de matière grasse, et n'en vit pas ailleurs; que la cavité médullaire de l'os, vidée de moelle et remplie d'huile colorée par le cinnaibre, y montre la résorption exécutée par les vaisseaux sanguins et lymphatiques d'un certain calibre; enfin qu'il résulte de ses expériences et de celles de Weber que la graisse ne se résorbe pas à l'état d'émulsion, mais pénètre en substance et directement par les vaisseaux lésés.

Nous avons noté l'action de l'acide carbonique sur la coagulation dans les vaisseaux quand il y est en excès, fait annoncé par Panum, mais surtout bien étudié par E. Lyon, de Saint-Pétersbourg (4).

Enfin, il appert des expériences de M. Feltz sur les embolies capillaires (*Gaz. heb.*, 1871, p. 639), que les animaux peuvent résister et vivre « quand elles sont limitées à un territoire restreint, l'hématoë peut encore se faire d'une manière suffisante, et l'embolie peut disparaître après avoir subi diverses altérations »; que les infarctus qui en résultent s'effacent en laissant une cicatrice fibreuse; que certains liquides, le pus, la graisse, peuvent être résorbés; qu'enfin un coagulum peut déterminer une oblitération définitive sans grands inconvénients; que la généralisation des abcès métastatiques est le fait d'embolies secondaires qu'il a vues dans un cas de fièvre typhoïde, comme Virchow les avait vues dans un cas de gangrène du poumon; que dans des lésions chroniques du poumon il a trouvé les *veinules* pulmonaires remplies de caillots plus ou moins anciens; qu'enfin des obstructions capillaires ont été produites par des poussières qui avaient traversé tout le système capillaire; qu'ainsi dans un cas d'ictère grave les déchirures capillaires avec hémorragies

(4) *Archives de médecine*, juillet 1867.

nombreuses étaient produites par des cristaux d'hémoglobine, des tablettes de cholestérine, des corpuscules solubles dans l'éther (1).

Clinique chirurgicale.

INFLUENCE DU TRAUMATISME SUR L'AFFECTION RHUMATISMALE,
par M. le docteur A. RIGAL, médecin aide-major.

L'observation suivante, établie sur des données précises, peut servir de document pour l'œuvre poursuivie avec un si juste intérêt par M. le professeur Verneuil, sur les rapports du rhumatisme avec les lésions traumatiques. C'est à ce titre, et en raison d'une particularité qui sera développée ultérieurement, que nous croyons devoir la livrer à la publicité.

Ons. — M. X..., officier du régiment auquel je suis attaché en qualité de médecin aide-major, âgé de cinquante ans, marié, sans enfants, jouissant d'une assez bonne constitution, d'un tempérament nerveux, a été atteint une première fois en 1864 d'un rhumatisme articulaire aigu. L'attaque a été complète, généralisée aux différents articulations, avec douleurs vives, fièvre intense, délire. La durée de l'affection a été d'environ quarante jours.

Au mois de février 1875 survient une deuxième attaque, qui hécessite un repos absolu de six semaines; la maladie suit son cours normal, un peu moins accentuée à la vérité que la première fois, sans symptômes prédominants, et disparaît sans laisser de traces de ses manifestations.

Le 8 janvier 1876, par une journée de verglas, M. X... glisse et tombe de sa hauteur sur la main gauche; douleur et gonflement au poignet; il se frictionne dans la soirée avec de l'alcool camphré et s'enveloppe l'article dans un mouchoir. Appelé le lendemain auprès du malade, je constate un gonflement notable de la région radio-carpienne; la tuméfaction s'étend à l'articulation avec empatement de la face dorsale du poignet; la peau est rouge, chaude. La pression au doigt et les mouvements provoqués sont excessivement douloureux.

L'ensemble des signes fournis par un examen ménagé me permet d'espérer qu'il n'y a pas de fracture. Le malade se plaint en outre de n'avoir pas dormi la nuit et accuse une courbature générale. — Prescriptions: Repos, potion calmante, immobilisation du poignet sur une planchette; eau froide fréquemment renouvelée au siège du mal.

Du 10 au 13, le malade accuse un soulagement assez notable au point lésé; le symptôme douleur est moins prononcé; la rougeur et le gonflement ont peu varié et les mouvements sont encore pénibles. D'autre part, le malaise général s'est accru; le malade se plaint de douleurs vagues dans les genoux; les urines sont foncées en couleur; la température et le pouls n'offrent rien de saillant. — Potion calmante, réapplication de la planchette avec lotions froides moins répétées.

Le 14, l'affection locale attire moins l'attention du malade, qui se déclare à peu près satisfait de ce côté; mais, durant la nuit, insomnie et sueurs abondantes; douleurs marquées et gonflements aux genoux, oppression et sentiment de gêne à la région précordiale; état saburral des premières voies. Température, 38 degrés; pouls à 80. Les urines laissent au fond du vase un dépôt rouge briqueté; l'auscultation ne révèle aucun bruit anormal, aucun trouble dans le rythme du cœur. — Liniment opiacé; enveloppement des genoux avec l'ouate; 45 grammes de sulfate de magnésium, tisane de chiendent.

Du 15 au 16, même état, en plus extension du mal aux articulations tibio-tarsiennes. A la levée de l'appareil je trouve l'articulation revenue à son état normal. Le pourtour laisse nettement voir et sentir les apophyses radiales et cubitales; il ne reste plus trace de rougeur ni de gonflement; il est possible d'imprimer des mouvements à l'articulation sans provoquer de plaintes. Je ne cache pas à l'officier mon étonnement d'une disparition aussi rapide de son mal. L'état général s'est peu modifié, la fièvre persiste néanmoins; le malade déclare se trouver un peu mieux.

À dater du 20 février l'observation perd de son intérêt; la lésion locale a à peu près complètement disparu; les symptômes généraux

s'atténuent tous les jours, et le 30 le malade peut reprendre son service.

Que ressort-il de cette observation? La nouvelle constatation d'un fait acquis à la science, le réveil de la diathèse rhumatismale sous l'influence du traumatisme (d'une contusion articulaire dans le cas particulier).

Si les manifestations de rappel périarticulaire rhumatismal assombrissent souvent le pronostic en rendant incertain ou incomplet le retour de la fonction (et je dois avouer que, sous l'empire de cette préoccupation, je crus devoir faire part de mon impression au malade), nous savons aussi que, lorsque la manifestation est courte et bénigne, les choses ne tardent pas à reprendre leur cours normal.

Dans le cas précité, le traumatisme évolue normalement du 8 au 14 janvier, fin de la période d'augment, sans être le moins du monde influencé par l'invasion des symptômes prodromiques de la diathèse. À dater du moment (14 janvier) où la diathèse s'affirme par les localisations, la rétrocession de l'accident traumatique s'effectue, rapide, presque fugace, infligeant un démenti à mon pronostic, établi sur les lois ordinaires de la physiologie pathologique.

Il est en effet inadmissible qu'une lésion articulaire aussi violente chez un homme déjà avancé en âge, mettant de cinq à six jours à atteindre sa période d'état, puisse, en deux ou trois jours, arriver à résolution et laisse aussi facilement reprendre la mobilité à la jointure.

Faut-il, après avoir fait la part légitime de la thérapeutique, de l'immobilité et, si l'on veut, de la bénignité de l'accident, ne voir dans cet exposé qu'une pure coïncidence de fait, sans relation accrue avec les phénomènes diathésiques? Je ne saurais le croire et suis porté, en raison de cette disparition insolite et précipitée qui a aussi bien frappé le malade que moi-même, à penser que la diathèse, en s'affirmant au loin, a accéléré la période régressive et hâté la résolution.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 27 MARS 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

Aucune communication scientifique qui se rapporte aux sciences médicales.

— M. *Vulpian* prie l'Académie de bien vouloir le comprendre parmi les candidats à la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie.

M. *Piorry* avait adressé une lettre semblable dans la séance précédente.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 11 AVRIL 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. le ministre de la marine et des colonies adresse réception des tubes du vaccin que l'Académie lui a fait parvenir pour l'île de Réunion. (Commission de vaccine.)

M. le ministre de l'Agriculture et du commerce transmet à l'Académie deux exemplaires du nouveau règlement général de police sanitaire maritime, approuvé par décret du 24 février 1876.

L'Académie reçoit un pli cacheté de M. le docteur Gosson. (Accepté.)
M. Bourdon offre à l'Académie, de la part de MM. O. Saut-Vol et Desnauque, un TRAITÉ CLINIQUE DES MALADIES DE L'UTÉRUS.

M. Despech dépose sur le bureau, en son nom et au nom de M. Hillairet, un travail intitulé: MÉMOIRE SUR LES ACCIDENTS AUXQUELS SONT SOUSMIS LES OUVRIERS EMPLOYÉS À LA FABRICATION DES CERCHES.

M. Larrey présente une note manuscrite de M. le docteur Béranger-Fréaud sur le traitement de la colique de plomb à la Martinique.

M. Deschambre offre, au nom de MM. Didot et Doyon, un ouvrage sur le traitement des affections vénériennes.

ÉLECTIONS. — L'Académie, à trois heures et demie, procède à l'élection d'un membre dans la section des associés

(1) Dès 1826, Cruveilhier indiquait le passage du mercure à travers les capillaires du pignon et, dit-il, en 1831, que le pus peut d'ailleurs, comme le mercure parcourir successivement plusieurs fois le système capillaire et déterminer des inflammations circonscrites dans toutes les parties du corps. (Dict. de méd. prat., t. XII, p. 656.)

nationaux. Les candidats étaient, par ordre alphabétique, MM. Favre, Leudet et Roux. Au premier tour de scrutin, M. Favre est nommé par 46 voix sur 68 votants; M. Leudet obtient 14 voix et M. Roux 7.

RAPPORTS. — M. Lefort, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture d'une série de rapports dont les conclusions sont adoptées.

M. Personne donne lecture d'une série de rapports, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux. Les conclusions négatives de ces rapports sont adoptées.

M. Larrey fait observer que l'envoi de ces inépties et de ces demandes d'autorisation de débiter des remèdes absurdes ou dangereux sont une atteinte à la dignité de l'Académie. Il propose de nommer une commission spéciale et de donner pleins pouvoirs à la commission des remèdes secrets et nouveaux, qui examinerait ces conceptions thérapeutiques, mettrait de côté celles qui pourraient avoir quelque intérêt et renverrait en bloc les autres au ministre en mentionnant qu'il n'y a pas lieu de faire de rapport sur de telles absurdités.

Cette proposition est renvoyée au conseil.

FÈLURE DU TIBIA. — M. Bouley fait passer sous les yeux de l'Académie un tibia de cheval présentant une longue fêlure longitudinale de la face interne de l'os. Cette lésion, rare chez l'homme, est fréquente chez le cheval, bien que les pièces anatomiques de cette lésion ne soient pas nombreuses et qu'on en trouve à peine quelques exemples dans les musées. Cette rareté s'explique par ce fait que le plus souvent la fêlure se consolide ou s'achève par suite de la contraction musculaire, et l'on ne trouve qu'une fracture à l'autopsie. Dans le cas actuel la fêlure avait été produite par un coup de pied de cheval, et l'animal était mort des suites indirectes de l'accident. Dans les circonstances ordinaires, celui-ci s'accompagne d'une douleur médiocre, qui disparaît au bout de quelques jours. Ici les phénomènes douloureux avaient été tellement violents que l'animal n'avait pu bouger pendant près de quarante jours; il s'était fait des eschares multiples, et la mort était survenue à la suite de la suppuration. A l'autopsie, on trouva la fêlure en voie de cicatrisation, mais la réparation était incomplète et la pièce ne présentait pas la périostose qu'on observe ordinairement.

M. Bouley fait remarquer que la terminaison par fracture est plus fréquente que par cicatrisation. Cette fracture peut survenir à une époque assez éloignée de l'accident, et la raison en est bien simple. Au début et dans les premiers temps, la douleur empêche l'animal de marcher ou de faire des efforts. Plus tard, quand les phénomènes de douleur ont disparu, le cheval ne ménage plus ses mouvements, et il n'est pas rare de le voir tomber brusquement à la suite d'un effort violent, et à l'autopsie on trouve une fracture du tibia. Les fractures de ce genre ont été observées quelquefois deux, quatre, six mois après l'accident, à une époque où l'animal était considéré comme guéri.

Société médicale des hôpitaux.

SEANCE DU 24 MARS 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LABOULBÈNE.

LA ROTATION DE LA TÊTE DANS LES CAS D'HÉMORRHAGIE DE LA PROTUBÉRANCE. — UN CAS DE MYÉLITE ANTÉRIEURE AIGUE CHEZ L'ADULTE. — ACCIDENTS PRODUITS PAR LA ROSANILINE ET L'ANILINE CHEZ LES OUVRIERS. — UN CAS D'EXFOLIATION ÉPIDERMIQUE SINGULIÈRE. — CANCER DU LARYNX. — UN CAS DOUTEUX DE FIÈVRE PÉRICÉPHALIQUE À FORME MÉNINGITIQUE CHEZ UN ENFANT, OBSERVÉ À PARIS.

La correspondance contient une lettre du docteur Revilliod, ancien interne des hôpitaux de Paris, actuellement médecin de l'hôpital cantonal de Genève, demandant à être nommé membre correspondant de la Société.

— A l'occasion de la communication faite par M. Lépine à la dernière séance, M. Laveran rappelle un cas d'hémorragie de la protubérance, autrefois publié par lui dans les MÉMOIRES DE CHIRURGIE MILITAIRE, cas dans lequel il y avait aussi rotation de la tête du côté opposé à la lésion. Il pense que la déviation de la tête dans ces cas doit être rapportée à une lésion du noyau du spinal, laquelle entraîne la paralysie du muscle sterno-mastoïdien.

— M. Laveran présente un malade atteint de myélite antérieure aiguë.

Cette maladie, si rare chez l'adulte, est survenue chez un jeune soldat de vingt-trois ans dans les circonstances suivantes : Le 12 septembre 1875, cet homme se couche sous la tente, le sol étant humide. Le lendemain, il constate qu'il a une paralysie incomplète du bras droit. Pendant trois jours néanmoins, il continue son service. Au bout de ce temps, le membre inférieur gauche se paralyse à son tour. L'affaiblissement des membres est accompagné de douleurs lancinantes assez vives. Le malade est mis en traitement, et l'on constate alors qu'il n'y a ni anesthésie, ni analgésie. Au bout de douze jours, le mouvement reparait dans le membre inférieur, mais au bras, certains muscles (pectoral, coraco-brachial, deltoïde) restent paralysés, et ces muscles sont notablement atrophiés. Depuis cette époque, la paralysie et l'atrophie ont persisté ainsi dans le membre supérieur droit, malgré l'emploi méthodique de l'électricité. Des fibres musculaires, extraites au moyen du harpon de Duchenne, ont été examinées au microscope : M. Laveran a constaté que la striation transversale avait disparu et que les fibres contenaient de nombreuses granulations.

M. Laveran fait remarquer que le diagnostic ne peut guère être mis en doute. Évidemment il s'agit là d'une lésion des cornes antérieures de la moelle en deux points, c'est-à-dire à droite au niveau du renflement cervical, et à gauche au renflement lombaire, et non d'une lésion des centres encéphaliques. Comme dans la paralysie infantile, on a observé dans ce cas une marche rapide aiguë puis une période d'amélioration, enfin une période d'infirmité permanente et irrémédiable. Il faut noter cependant qu'il n'y a eu ni fièvre, ni céphalalgie, ni malaises, ainsi qu'on l'observe chez les enfants.

Ce cas est également intéressant par ce fait que la paralysie est alterne. Duchenne (de Boulogne) n'en cite qu'un seul cas.

— M. Laboulbène montre un sujet, ouvrier dans une fabrique de couleurs dérivées de l'aniline et en particulier de rosaniline, qui présente une coloration amarantée très-accrue et permanente des mains, des pieds et des cheveux. Cet homme prétend que cette coloration est survenue depuis qu'il travaille auprès des cuves d'où s'échappent des vapeurs d'aniline âcres et irritantes pour les yeux. Pendant les premiers temps, il paraît qu'il n'éprouva aucun malaise, mais au bout de deux mois il ressentit des douleurs dans la verge et aux bourses, puis ces parties devinrent et restèrent enflées. Un mois après, il était pris d'accidents analogues à ceux que provoque le sulfure de carbone (vertiges, perceptions sensibles lentes et émoussées, etc.) Il éprouvait, de plus, une sensation d'amertume particulière dans la bouche. Malgré cela, la santé générale s'est maintenue bonne, et le sujet ne semble pas anémié. On ne trouve chez lui aucun des accidents qui frappent les ouvriers qui manient des couleurs arsenicales, bien que l'arsenic soit employé dans la fabrication de la fuchsine.

M. J. Bergeron, qui s'est occupé des accidents que peut produire chez les ouvriers la fabrication de l'aniline (*Bullet. de l'Académie*, 1864-1865), a vu beaucoup de sujets dont la peau et même les muqueuses étaient colorées comme chez les malade de M. Laboulbène, mais il n'a observé l'œdème des bourses que chez ceux qui étaient profondément anémiés.

Or les procédés chimiques en usage dans les fabriques d'aniline sont très-variés et les accidents éprouvés par les

ouvriers peuvent être causés soit par les vapeurs d'acide hypo-azotique, soit par celles de la nitro-benzine ou encore par les vapeurs arsenicales. Ces substances sont plus ou moins répandues dans l'atmosphère des ateliers, et chacune produit des accidents spéciaux. Les vapeurs d'aniline qui se répandent en grande quantité au moment de la transformation en fuchsine, causent des vertiges, de l'hébétéme, de la faiblesse et de la somnolence, parfois même des accidents nerveux plus graves (accès épileptiformes, spasmes tétaniques, etc.) A la longue, les ouvriers tombent dans un état anémique grave, avec décoloration de la peau, teinte lilas des lèvres, anorexie, gastricité, etc. Mais cet état est promptement dissipé par la respiration à l'air libre ou les inhalations d'oxygène, et par quelques évacuants.

— *M. Féréol* communique un cas d'exfoliation épidermique singulier, qui a été observé par M. le docteur Vérité, sur un officier, engagé volontaire, ancien psoriasique. Dans ce cas, la peau de la plante des pieds s'est exfoliée par larges lambeaux et la totalité de l'enveloppe de plusieurs des orteils, y compris même la surface de l'ongle, s'est détachée sous la forme d'une gaîne épidermique sèche, d'une sorte de moule de l'orteil. L'ongle était altéré au-dessous et se présentait sous forme d'un petit bourgeon.

M. Ern. Besnier fait remarquer que l'examen histologique serait indispensable pour déterminer la nature de cette exfoliation et expliquer comment la gaîne épidermique a pu être complète et non interrompue au niveau de l'ongle. L'épiderme s'est-il prolongé sur l'ongle au point de le recouvrir complètement, ou l'ongle s'est-il lui-même exfolié, c'est là ce que le microscope peut établir.

M. Vidal dit que souvent les psoriasiques ont les ongles des orteils à l'état atrophique ou rudimentaire.

— *M. Isambert* fait voir à la Société un malade atteint de cancer du larynx. Le développement du mal s'est fait sourdement, sans dyspnée ni douleur. Au moyen du laryngoscope, *M. Isambert* montre à ses collègues que la tumeur a eu pour point de départ la face postérieure de l'épiglotte.

On ne trouve qu'un ganglion lymphatique induré sur le côté du larynx.

— *M. J. Simon* communique un fait qu'il considère comme un exemple de fièvre intermittente pernicieuse ayant simulé les accidents de la méningite tuberculeuse, survenue chez un enfant de trois ans, et qui guérit par le sulfate de quinine à la dose de 70 centigrammes par jour. Nous aurons peut-être à revenir sur ce cas intéressant, qui provoquera sans doute une discussion en raison de certaines obscurités qui ont plané sur le diagnostic.

A. L.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 29 MARS 1876. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

ÉPIPOCÈLE TRAUMATIQUE; RÉDUCTION; GUÉRISON. — TORSION DES ARTÈRES. — TRAITEMENT DES KYSTES DE L'OVAIRE PAR LE DRAINAGE ABDOMINO-VAGINAL.

M. Arlaud (de Toulon) adresse à la Société de chirurgie une observation d'épiplocèle traumatique. En 1856, il fut appelé, au commencement de décembre, pour voir une femme de quarante ans, enceinte de huit mois et demi, qui, en coupant de l'herbe avec une faucille, s'était fait une blessure à la région hypochondrienne gauche. Une masse épiplocéle du volume d'un œuf de poule s'échappait de la plaie; la tumeur était irréductible. Nausées, angoisse. Le débridement fut fait le lendemain de l'accident; les adhérences récentes furent détruites et l'épiploon fut réduit. Les accidents cessè-

rent immédiatement; la plaie se cicatrisa et la malade accoucha normalement vingt jours après l'opération.

M. Tillaux pense qu'en pareil cas il ne faut pas faire la réduction, surtout si l'on est appelé le lendemain ou le surlendemain de l'accident.

M. Larrey rappelle qu'il a lu à l'Académie de médecine, il y a longtemps, un mémoire sur ce sujet; en règle générale, il ne faut pas opérer.

M. Le Fort. Quand une grande masse d'épiploon est sortie, il faut lier le pédicule et exciser; mais il ne faut réduire dans aucun cas.

M. Desprès n'a jamais observé d'accidents en laissant l'épiploon au dehors.

— *M. Larrey*. *M. Tillaux* a bien rendu justice à *Amussat*, mais il faut dire que ce chirurgien a vulgarisé plus qu'aucun autre la torsion des artères. Il avait même pensé être l'inventeur de cette méthode. Peu de temps après lui, *Alex. Thierry* a publié un petit travail sur le même sujet; puis trois ou quatre Allemands, *Rust*, *Dieffenbach*, ont étudié la question, tout en reconnaissant les droits d'*Amussat*.

M. Tillaux n'avait jamais vu faire la torsion sur le vivant; il a opéré après avoir expérimenté sur le cadavre. A l'amphithéâtre d'anatomie, il tordait la fémorale sur un sujet et injectait ensuite dans l'artère, au niveau du pli de l'aîne, avec une seringue à hydrocèle, un liquide qu'il poussait de toutes ses forces; jamais *M. Tillaux* ne parvint à défaire le tourillon de torsion; parfois l'artère se déchirait, mais jamais au niveau du tourillon. Dernièrement, *M. Tillaux* a fait l'autopsie d'un malade mort quinze jours après une amputation de cuisse: la tunique moyenne formait valvule dans l'intérieur du vaisseau; la tunique externe formait le tourillon et un caillot adhérait à la tunique moyenne, dépassant de quelques millimètres la limite inférieure de la valvule. D'après ces dispositions, on comprend que l'hémorrhagie secondaire soit impossible après la torsion.

M. Theophile Anger a fait deux fois la torsion pour des amputations de cuisse chez des adultes; les deux malades ont guéri sans accident. Chez un troisième malade, il s'agissait d'une amputation secondaire dans un moignon enflammé; le bout de l'artère tordue se déchira rapidement et la torsion ne suffisait pas on dut faire la ligature.

M. Tillaux. L'objection de *M. Th. Anger* a une grande valeur. *M. Tillaux* amputa aussi dans une région enflammée; l'artère tordue se rompit facilement, et cependant il n'y eut pas d'hémorrhagie; toutefois, à un degré plus avancé d'inflammation, il est admissible que l'artère se rompe avant que la torsion soit efficace; mais alors le chirurgien voit tout de suite l'insuffisance de la torsion et il fait la ligature. Il ne peut y avoir qu'une hémorrhagie immédiate, et l'on y remédie immédiatement. On comprend que l'inflammation, détruisant l'élasticité des artères, rende la torsion impossible.

M. Le Fort. Il y a quelques années, des chirurgiens allemands ont fait la torsion des artères, mais ils durent revenir à la ligature. Pour n'avoir pas de corps étranger dans les plaies, on a aussi fait les ligatures avec des fils absorbables.

M. Perrin. La torsion des artères ne peut être acceptée que si elle présente des avantages sur la ligature. Puisqu'il y a eu des accidents après la torsion c'est donc que la torsion peut être mal faite. On a dit que le procédé d'*Amussat* était trop compliqué; jamais on n'a fait un pareil reproche à la ligature. Les artères enflammées devenant friables, si la torsion ne réussit pas on fera la ligature; mais pendant le sommeil chloroformique il y a dépression de la tension artérielle, et l'hémorrhagie pourra se produire au réveil du malade avec la torsion, et le chirurgien ne sera rassuré qu'au moins une heure après l'opération.

M. *Tillaux* présente à M. Le Fort un total de 100 grandes opérations faites avec la torsion; cela peut contre-balancer l'opinion des Allemands. Quant aux fils absorbables, on y renoncera bientôt: leur usage expose aux hémorragies secondaires. La torsion est facile à appliquer; la seule précaution à prendre c'est de saisir toute la lumière du vaisseau avec la pince; alors on est à l'abri de l'hémorragie secondaire beaucoup plus qu'avec la ligature. M. *Tillaux* ne pense pas que l'hémorragie primitive puisse se produire quelques heures après l'opération; si l'artère ne se casse pas de suite elle n'est pas enflammée, et alors le tourillon résistera à l'ondée sanguine.

— M. *Delore* (de Lyon) fait une communication sur le traitement de certains kystes de l'ovaire par le drainage abdomino-vaginal.

Il y a deux causes principales d'insuccès du drainage pour la cure des kystes de l'ovaire. En premier lieu, la péritonite, qu'on évite le plus souvent en déterminant des adhérences entre la paroi du kyste et les parois de l'abdomen. En second lieu, la putridité de la cavité du kyste, on l'évite au moyen d'une ouverture faite dans le cul-de-sac postérieur du vagin. En 1839, *Récamiér* fit une ponction abdominale et vaginale pour un kyste de l'ovaire; la malade mourut de péritonite au vingt et unième jour.

Il faut réserver ce traitement pour les kystes uniloculaires quand il n'y a pas de pédicule au kyste et que la tumeur fait saillie dans le cul-de-sac postérieur du vagin.

Une contre-indication évidente c'est l'existence de tumeurs fibreuses dans les parois du kyste.

M. *Delore* établit d'abord des adhérences entre la paroi abdominale et la paroi du kyste avec la pâte de Vienne pour détruire la peau, puis avec le caustique de Canquoin.

Au moyen de l'appareil de Bonnet, on cautérise ensuite le cul-de-sac postérieur du vagin; puis un trocart de Chassaignac est introduit de haut en bas et un drain traverse le kyste.

M. *Delore* a ainsi opéré une femme de quarante ans qui portait un kyste de l'ovaire depuis trois ans; la tumeur faisait au fond du vagin une saillie très-appreciable. Une ponction ordinaire donna d'abord 12 litres de liquide clair; un mois après la poche s'était remplie. C'est alors que M. *Delore* fit le drainage. Tous les jours, 10 à 30 litres d'eau furent injectés dans le kyste pour éviter la putridité. Au bout de deux mois le drain fut enlevé et l'ouverture vaginale se ferma. Plus tard, l'ouverture abdominale se ferma, puis se rouvrit, donnant un peu de pus; elle se ferma définitivement après des injections faites avec une solution concentrée de nitrate d'argent. La malade est guérie depuis deux ans.

M. *Terrier* est peu tenté d'imiter M. *Delore*. Le temps opératoire qui consiste dans la cautérisation du cul-de-sac postérieur du vagin, est très-dangereux: la paroi du kyste peut n'être pas en rapport immédiat avec la paroi du vagin; il peut y avoir du liquide ascitique entre ces deux parois: de là la probabilité de péritonite.

Quelles sont les indications de cette opération? On ne peut pas affirmer que le kyste est uniloculaire; il y a peut-être de petits kystes à côté de la grande poche. En outre, comment démontrer sur le vivant que le kyste a ou n'a pas de pédicule? Il y a toujours un pédicule plus ou moins long. Si la paroi du kyste a contracté des adhérences avec les parois abdominales, avec l'intestin, on aura des fistules interminables parce que les parois ne reviendront pas sur elles-mêmes. On ne diagnostique pas d'une façon certaine l'existence ou la non existence d'adhérences dans l'état actuel de nos connaissances. Même en admettant que l'opération de M. *Delore* soit bonne pour les kystes à contenu liquide et clair, elle sera mauvaise pour les kystes à contenu filant ou gélatineux, parce que dans ces cas il y a plusieurs poches réunies en forme de gâteau et simulat une tumeur fibreuse: le diagnostic est forcément incomplet.

M. *Després* se demande pourquoi M. *Delore* n'a pas donné la préférence à la canule à demeure, qui a donné des guérisons entre les mains de MM. *Fleury* (de Clermont), *Philippart* (de Roubaix) et *Després*. M. *Terrier* dit que les adhérences empêchent la rétraction des parois du kyste; M. *Després* n'est pas de cet avis. Une malade qui avait un kyste de l'ovaire fut examinée par *Kœberlé*, *Nélaton*, *Ricord*, *Spencer-Wells*; les uns étaient d'avis d'opérer, les autres conseillaient d'attendre. En 1868, il y eut une rupture du kyste dans l'abdomen; il ne resta rien dans la poche. Six mois après nouvelle rupture. En 1869 troisième rupture, et quand le kyste se reproduisit encore, en 1870, la malade se décida à tenter l'ovariotomie.

Elle entra dans la maison de santé de M. *Péan*, où elle fut opérée. M. *Després* dit que le chirurgien fit une simple incision, parce que des adhérences nombreuses avaient empêché d'extraire le kyste. La poche, laissée ouverte, suppura: il se produisit d'abondants bourgeons charnus qui furent détruits par les caustiques. Il restait toujours une fistule; les injections iodées ne parvinrent pas à la fermer complètement. Malgré de nombreuses adhérences, les parois du kyste sont revenues sur elles-mêmes, contrairement à l'opinion de M. *Terrier*.

M. *Lucas Championnière* connaît la malade dont parle M. *Després*; une partie du kyste fut enlevée par M. *Péan* et examinée par M. *Malassez*. Il y avait de nombreux petits kystes dans l'épaisseur de la paroi du grand kyste. L'opération n'a donc pas été une simple incision. Cette dame n'est pas complètement guérie; on ne l'a jamais déclarée guérie.

M. *Terrier*. Les adhérences intestinales ou épiploïques n'empêchent pas la rétraction des parois du kyste; mais il n'en est pas de même des adhérences à la paroi abdominale.

M. *Tillaux* a vu aussi un kyste déhiscent de l'ovaire; il y eut deux ruptures suivies de péritonite, et la malade faillit mourir.

M. *Delore*, avant d'opérer, a bien constaté qu'il n'y avait pas de liquide dans le cul-de-sac de *Douglas*; en outre, en faisant la ponction abdominale il avait pu vérifier avec l'extrémité mousse du trocart l'application exacte des parois du kyste et du vagin et l'absence de liquide ascitique intermédiaire. Si M. *Delore* avait fait une cautérisation vaginale plus prolongée, il n'y aurait pas eu une menace de péritonite.

Il est évident qu'on ne peut pas reconnaître les poches du volume d'une noix; cependant, quand on a vidé le kyste par une ponction, on peut faire une exploration complète. Chez sa malade, M. *Delore* n'a rien constaté, et il était en droit de penser qu'il n'y avait pas de tumeur fibreuse ou de petits kystes; souvent il est possible de distinguer les petits kystes des tumeurs fibreuses.

C'est précisément dans les cas d'adhérences que la méthode que propose M. *Delore* est meilleure que l'ovariotomie; les organes abdominaux sont souples et mobiles, et les parois du kyste reviennent sur elles-mêmes. Ce qui fait la ténacité des fistules c'est la persistance de l'épithélium de la membrane interne du kyste. Quand il y a des bourgeons charnus ou des végétations dans l'intérieur de la poche, il est évident que la fistule ne tend pas à se fermer. Il y a eu de ces guérisons avec la canule à demeure, mais M. *Delore* pense que son procédé est supérieur au point de vue de la désinfection du kyste.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 8 AVRIL 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. CL. BERNARD.

SCLÉROSE LATÉRALE ANOTROPHIQUE AVEC LÉSIONS SCLÉROTIQUES DU BULBE RACHIDIEN : M. HAYEM. — OBLITÉRATION DE LA VEINE PORTE PAR INJECTION D'AIR DANS LES VEINES : M. PICARD. — MENSURATION DES CERCLES DE DIFFUSION RÉTINIENS AU MOYEN D'UN NOUVEAU PROCÉDÉ : M. BADAL.

M. Hayem, après avoir résumé sommairement la communication qu'il a faite dans la séance précédente (voy. *Gaz. heb.*, 1876, n° 14. *Société de biologie*, p. 220), expose en détail le cas de sclérose latérale anotrophique qu'il n'avait fait qu'indiquer. Dans la moelle épinière, les altérations étaient celles qu'on observe ordinairement dans ces cas, sclérose, d'une portion considérable des faisceaux antéro-latéraux, surtout au voisinage de la substance grise, inflammation des cornes antérieures avec atrophie des cellules nerveuses.

C'est surtout sur le bulbe qu'à porté l'attention de M. Hayem, et voici sommairement les altérations qu'il y a constatées : Les noyaux d'origine des nerfs spinal et hypoglosses étaient atrophiés. De plus il existait plusieurs foyers de scléroses : d'abord le faisceau longitudinal de la colonne des nerfs mixtes que nous avons vu profondément altéré dans l'ataxie (voy. p. 220) présentait un peu de sclérose, mais beaucoup moins prononcée que dans le cas précédent. La partie postérieure et externe des pyramides était très-sclérosée ; il en était de même de la partie inférieure des olives ; mais à ce niveau la sclérose ne pénétrait point très-profondément, puisque la substance grise n'était pas atteinte, les cellules nerveuses étaient restées intactes. Une coupe faite au niveau du collet du bulbe permet de voir la sclérose latérale se continuer dans les pyramides.

— M. Picard, après avoir étudié les expériences de M. Oré sur la circulation du foie, a eu recours à un nouveau procédé pour obtenir l'oblitération de la veine porte. Sur un chien, il fait une plaie au-dessus de l'aîne du côté gauche, attire au dehors une partie du rectum et peut ainsi introduire une canule dans la veine rectale ; par cette canule il pousse brusquement une notable quantité d'air dans le système porte. Cet air arrive dans les capillaires du foie (capillaires portes) qu'il oblitère. L'auteur obtient donc une oblitération de la circulation porte aussi complète que s'il eût jeté une ligature sur le tronc même de la veine. M. Picard ne donne pas encore les résultats qu'il a obtenus ; mais ils sont, dit-il, des plus nets.

— M. Badal indique un nouveau moyen de mesurer les cercles de diffusion dans un œil mal accommodé, et cela sans tenir compte du diamètre de la pupille. Cette étude est basée sur des constructions géométriques et des similitudes de triangles dans le détail desquels nous ne pouvons pas entrer. Qu'il suffise de savoir que le seul instrument nécessaire avec la méthode de M. Badal se compose de deux disques percés d'un trou d'aiguille, et mobiles l'un sur l'autre de manière à pouvoir se confondre.

Samedi prochain 15 avril, veille de Pâques, la Société n'aura pas de séance.

Nous renvoyons au prochain numéro la fin de la séance du 8 avril qui a été marquée par une communication importante dont nous tenons à réunir les éléments.

H. CHOUFFE.

REVUE DES JOURNAUX

De la dislocation du cristallin chez les pendus, par le docteur J. GREEN.

La dislocation ou luxation du cristallin de cause traumatique est assez rare, les faits que nous citons offrent quelque

intérêt au point de vue médico-légal et au point de vue expérimental.

Le docteur Dyer, en 1866 et 1869, a communiqué à la Société ophthalmologique américaine une série d'observations qui se résument ainsi qu'il suit : en premier lieu, l'examen des yeux de 5 criminels a montré sur 40 yeux 4 cas de dislocation du cristallin en bas et en dehors avec rupture d'une symphise postérieure, il s'agissait d'un cristallin cataracté.

Dans les 9 autres yeux, 6 étaient atteints de fracture du cristallin ou de rupture de la capsule antérieure. Chez l'un des 5 suppliciés, la seule lésion observée était la dislocation de la cataracte, chez 2 autres une rupture positive ou probable de l'un des cristallins ou de la capsule, chez les deux derniers il y avait rupture de la capsule ou fracture du cristallin dans les deux yeux.

L'examen des yeux de trois chiens pendus dans un but d'expérience a montré chez le premier chien cette même dislocation du cristallin dans les deux yeux ; chez le second, il n'y eut pas de lésions, et le troisième présenta la dislocation dans un seul œil. Les expériences de pendaison chez six lapins ne donnèrent aucun résultat.

En avril 1875, Patrik O'Shea fut exécuté par pendaison à Saint-Louis. La hauteur de la chute fut exceptionnellement de sept à huit pieds, la mort fut prompte et sans convulsions. Les yeux ont été examinés une demi-heure après la chute et pendant une heure environ. L'ophtalmoscope, l'éclairage oblique à la lumière solaire ou artificielle n'ont démontré aucun signe de lésion dans la capsule ou le cristallin dans aucun œil. Il y avait des ecchymoses conjonctivales petites et nombreuses, mais la rétine et la papille facilement examinées ne présentaient aucun signe de lésion vasculaire.

Il importe de noter dans ce dernier fait la hauteur de la chute et l'absence de convulsions. (*Transactions of the American ophthalmological Society*, July 1875.)

De la durée de la grossesse, par le docteur A. STADFIELD.

Pour le médecin légiste, la détermination de l'époque de la fécondation est toujours une question très-difficile à résoudre, c'est pourquoi il serait à désirer que le travail de M. Stadfield trouvât des imitateurs. Dans ces tableaux, la durée de la grossesse, depuis le coït fécondant jusqu'au terme, a été calculée d'après 31 cas certains, auxquels l'auteur a ajouté 31 cas observés par M. Raven. La durée moyenne dans ces 65 grossesses a été de 271 jours, c'est-à-dire entre 250 et 293 jours.

La durée de la grossesse dans le sens physiologique doit, selon l'auteur, être calculée d'après l'époque de la première suppression des règles, les physiologistes modernes étant portés à admettre que l'œuf fécondé dérive de cette période d'ovulation. La grossesse serait donc réellement beaucoup plus courte qu'on ne le suppose généralement. Dans 24 cas où il a eu pouvoir déterminer l'époque de la première suppression de la menstruation, le terme moyen était de 254 jours avec 240 et 278 jours comme limites extrêmes. La latitude est ainsi beaucoup plus restreinte d'après cette méthode de calcul que d'après les autres qui par conséquent sont moins sûres. *Nordiskt Medicinskt Arkiv*, tome VII. Fjärde Häftet.

Un cas de la maladie de Mènière, par Byron BRAMWELL, médecin de Newcastle. (Mémoire lu à la Société de médecine de Northumberland, le 14 novembre 1875.)

Le travail de M. Bramwell sur la maladie de Mènière renferme une observation intéressante mais qui ne s'écarte par aucun symptôme de celles qu'on a pu lire dans le mémoire de Mènière (*Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXVI, p. 241) et dans la thèse du docteur Voury (*De la maladie de Mènière*,

1875); mais on trouve dans ce mémoire une indication sommaire des travaux publiés en Angleterre sur la maladie en question et des diverses théories auxquelles elle a donné lieu. C'est à ce titre qu'il peut offrir quelque intérêt, même après la leçon de M. le professeur Charcot à la Salpêtrière (*Progress médical*, janvier 1874) et la thèse de M. Voury. Le lecteur voudra bien rapprocher la présente analyse de l'exposé historique déjà fait sur le même sujet par le docteur Labadie-Lagrave dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE (1875).

En 1861, un médecin français, Ménière, a décrit une série de cas caractérisés par les symptômes suivants : vomissement, surdité, bourdonnement dans les oreilles, pâleur; et il démontrait par l'examen cadavérique que ces symptômes ne dépendaient pas d'une lésion nerveuse centrale, comme on le supposait autrefois, mais bien d'une lésion de l'oreille interne.

Dans quelques cas, le début était assez sérieux pour simuler une apoplexie. Il citait le cas d'une jeune fille atteinte pendant ses règles : elle fut prise subitement de surdité, de bourdonnement, de bourdonnement, de vomissement, et mourut en cinq jours. Après la mort, on trouva comme lésion un épauchement abondant dans le canal semi-circulaire et dans le vestibule, et il a été confirmé depuis que la lésion résidait dans le canal semi-circulaire. Mais comment cette lésion produit-elle le vertige, le tremblement, et la sensation particulière dont les malades se plaignent ?

Suivant Goltz, le nerf auditif présente deux divisions; la première se distribue à la *cochlée* (l'imaçon de l'oreille interne) : c'est le nerf de la sensation spéciale de l'audition; l'autre se distribue au canal semi-circulaire; il n'est pas auditif, mais il sert à maintenir de l'équilibre. Il pense que les canaux semi-circulaires sont les organes du sens de l'équilibre de la tête, et par conséquent du corps; remplis du liquide appelé endolymphe, ils seraient seuls affectés dans le vertige auditif.

Crum Brown est d'accord avec Goltz que cette pression de l'endolymphe est une force compensatrice (*de balancement*). Il pense que l'ampoule ou les extrémités dilatées des canaux semi-circulaires sont les parties où les impressions sont perçues, et il indique le fait que chaque canal et ampoule se termine par une seule extrémité. Pour soutenir ce point de vue, il faut admettre que les filets nerveux ne sont pas distribués à toute la partie de la membrane des canaux semi-circulaires, mais seulement à l'ampoule.

Knapp, en Amérique, a écrit un mémoire très-détaillé sur ce sujet. Il émet cette opinion, que la *cochlée* est aussi atteinte, et pour la soutenir il mentionne ce fait que dans quelques cas il y a de la surdité seulement pour certains groupes de sons musicaux; il dit que la plupart des physiologistes considèrent la perception des sons musicaux comme étant sous la dépendance de la cochlée.

Lewenberg croit que les canaux semi-circulaires sont affectés, et il regarde les troubles du mouvement comme dus non à une paralysie, mais à une irritation du nerf auditif par action réflexe. La lésion des canaux semi-circulaires peut être primitive ou secondaire. Dans le premier cas, elle est due généralement à quelque lésion dans la portion la plus externe de l'appareil auditif. Parfois elle est secondaire à un processus purulent dans l'oreille moyenne. Dans ces cas, il y a écoulement par l'oreille externe. Dans l'autre cas, la portion dure est altérée dans son passage à travers l'os temporal. Il y a alors paralysie faciale du côté de cette lésion. Mais ce sont là de simples complications, et non de véritables symptômes de la maladie.

L' diagnostic est difficile dans quelques cas, surtout dans les cas où il y a un commencement de surdité. Sur ce point Troloché dit : « Si quelqu'un qui a jadis entendu devient sourd ou a l'oreille dure, avec les symptômes d'une attaque apoplectique, s'il y a en même temps une démarche incertaine ou chancelante sans symptômes de paralysie d'autres nerfs, et si l'examen montre que la membrane du tympan est nor-

male et que la trompe d'Eustache est parfaitement libre, nous pouvons croire avec toute probabilité qu'il y a une affection du labyrinthe. » (*Edinburgh medical Journal*, février 1876.)

BIBLIOGRAPHIE

Revue de gynécologie et d'obstétrique : Les mamelles et leurs anomalies, par le docteur Albert PUECH. In-8 de 120 pages; Savy, 1876. — III. **Essai clinique sur les tumeurs solides de l'ovaire**, par M. le docteur ZIEMBICHI. In-8 de 95 pages; A. Delahaye et C^o, 1876. — IV. **Des phlegmons sous-péritonéaux de la paroi abdominale antérieure**, par le docteur Fernand VAUSSY (in-8 de 65 pages, 1876; Paris, V. A. Delahaye et C^o). — V. **De l'influence de la grossesse, l'accouchement et l'allaitement sur la phthisie pulmonaire et réciproquement**, par le docteur F. ORTÉGA (in-8 de 195 pages, 1876; Paris, G. Masson). — VI. **Des altérations du système utérin, et particulièrement des règles, chez les phthisiques**, par le docteur E. LADMIRAL (in-8 de 55 pages, 1876; Paris, V. A. Delahaye). — VII. **Pathologie et traitement des hémorrhagies utérines hors de la grossesse et de l'accouchement**, par le docteur J.-E. CARPENTIER-MÉRICOURT (in-8 de 70 pages, 1876; Paris, Octave Doyn. — VIII. **Grossesse et maladies du cœur**, par le docteur Auguste BERTHIOU (in-8 de 90 pages, 1876; Paris, V. A. Delahaye et C^o). — IX. **Des grossesses prolongées**, par le docteur Adrien SCHMIDT (in-8 de 70 pages, 1876; Paris, V. A. Delahaye et C^o). — X. **Leçons de clinique obstétricale**, professées à l'hôpital des Cliniques par le professeur J.-A.-H. DEPAUL et rédigées par le docteur DE SOYRE (3^e et dernier fascicule, 1876; Paris, V. A. Delahaye et C^o).

II. LES MAMELLES ET LEURS ANOMALIES, tel est le titre que M. le docteur Puech a donné à une intéressante brochure qu'il vient de publier. L'étude complète de la structure et du développement des organes de la lactation fournit la matière de la première partie du travail. M. Puech insiste surtout sur les modifications de structure qui s'y produisent au moment de la puberté, pendant la grossesse et la lactation; il fait voir qu'après la période sexuelle, ces organes, comme les ovaires et l'utérus, se transforment de manière à devenir impropres à remplir la fonction qui leur est dévolue.

À propos des anomalies, l'auteur fait voir que certaines ne portant que sur la forme, le volume, les rapports n'influencent rien sur le rôle physiologique des seins. D'autres, au contraire, intéressant la structure intime des glandes mammaires, les rendent impropres à la lactation. Il insiste sur les signes qui permettent de faire la différenciation. Nous ne pouvons entrer dans les détails que comporterait une analyse complète de cette brochure; nous nous bornerons à dire que le médecin y trouvera tous les renseignements précieux, et qu'en y ajoutant une bibliographie très-complète, M. Puech a fait non-seulement un travail utile, mais encore l'œuvre d'un savant consciencieux.

III. Depuis quelques années, depuis surtout que la gastrotonomie perfectionnée par des chirurgiens habiles est devenue une opération fréquente et souvent favorable, l'étude des tumeurs de l'ovaire a pris une très-grande importance. Mais ce sont surtout les kystes qui ont fourni les matériaux des travaux publiés; les tumeurs solides étaient trop laissées dans l'ombre. À l'aide des documents épars dans les auteurs et de ceux qu'il a pu recueillir pendant son internat, M. Ziembicki a voulu combler cette lacune. Son travail très-soigné est une monographie intéressante. Nous en reproduisons les principales conclusions.

Les tumeurs de l'ovaire réellement solides sont rares.

Elles restent à l'abri de toute adhérence tant que l'épithélium spécial, qui revêt leur surface, demeure intact.

Leur marche est lente ou rapide, suivant leur nature intime; rapides surtout quand elles sont malignes.

Le cancer ovarien est une tumeur spéciale aux femmes jeunes, entre quinze et vingt-cinq ans.

M. Ziembicki proscriit toute ponction exploratrice qui pourrait devenir le point de départ d'une hypergénésie rapide. Quand l'ovariotomie reste comme unique et suprême ressource, elle doit être pratiquée de bonne heure.

En somme, le travail de M. Ziembicki est très-étudié et deviendra certainement le point de départ de recherches nouvelles.

IV. Si nous analysons ici le travail de M. Vaussy, qui n'a pas directement rapport à la gynécologie, c'est que les cas dont il traite peuvent être le point de départ ou la conséquence des maladies des organes génitaux.

L'auteur a réuni dans son mémoire des observations très-intéressantes; il les a analysées, discutées. C'est sur cette base, véritablement clinique, qu'il a édifié la monographie des phlegmons sous-péritonéaux.

D'après lui, l'état puerpéral jouerait un rôle important dans la production de ces phlegmons; mais dans bon nombre de cas la cause reste obscure. Pour ce qui est des symptômes, il ajoute peu de chose aux détails contenus dans les observations; il fait remarquer que, comme ensemble, ce sont ceux des phlegmons circonscrits en général.

Le diagnostic, qui au premier abord paraît facile, est cependant dans beaucoup de cas entouré de difficultés très-grandes. C'est surtout au début, quand il n'existe pas de tuméfaction, quand les signes subjectifs, les douleurs, les troubles des fonctions digestives dominent la scène, que l'erreur est possible. Dans ces conditions, il est parfois très-important d'examiner avec minutie la paroi abdominale, dont la rougeur, l'empatement, pourront mettre sur la voie.

Parmi les maladies qui peuvent le plus induire en erreur, il nous faut signaler la péritonite circonscrite.

Quand la tumeur est formée, le diagnostic devient bien plus facile; la péritonite chronique, les tumeurs abdominales, ne se présentent à l'esprit que pour être rapidement écartées.

La longue durée de l'affection, les symptômes graves qui l'accompagnent, pouvaient faire redouter une issue funeste; heureusement il n'en est pas ainsi, et quand il est isolé le phlegmon sous-péritonéal antérieur se termine par la guérison.

La seule partie du traitement qui demande une indication spéciale est l'ouverture du foyer qui doit être faite aussitôt que possible, de manière à empêcher le pus de s'étendre et de gagner les replis péritonéaux du bassin.

V. La fréquence si grande de la tuberculose pulmonaire, son évolution ordinaire dans la première partie de l'âge adulte au moment de la plus grande activité sexuelle, devait tout naturellement porter les cliniciens à rechercher avec attention quelle est l'influence réciproque des fonctions de la génération et de la phthisie pulmonaire. Les travaux dans ce sens sont nombreux, et cependant c'est avec un réel plaisir que nous avons lu le mémoire utile de M. le docteur Ortéga. Il contient, en effet, des renseignements cliniques d'une grande valeur et toujours analysés avec perspicacité.

L'auteur base ses conclusions sur 95 cas, qu'on trouve résumés dans son travail. Nous donnerons seulement le résumé de son opinion: quand la phthisie pulmonaire débute avant la grossesse, elle suit une marche progressive, même pendant la gestation; mais c'est surtout après l'accouchement qu'on observe une recrudescence rapide. En général, la grossesse n'est pas troublée dans sa marche et les enfants naissent à terme; la proportion des accouchements prématurés et des avortements est cependant un peu plus considérable chez les femmes tuberculeuses.

Quand la tuberculose pulmonaire débute pendant la grossesse, elle revêt en général une marche assez rapide, et il est bien rare que les femmes ne meurent pas très-peu de temps après l'accouchement. Chez ces dernières, les avortements sont très-fréquents, et, de plus, beaucoup d'enfants ne sont pas viables.

Les enfants nés de femmes tuberculeuses sont en général d'une faiblesse extrême, quelle que soit l'époque du début de la phthisie, et M. Ortéga fait observer que la moitié au moins de ceux qui sont compris dans ses observations ont succombé quelques jours seulement après leur naissance. Chez eux, en effet, à la maladie de la mère se joint une nouvelle cause de mort: le défaut d'allaitement maternel. Ces pauvres femmes, en effet, ou bien ne peuvent pas nourrir, ou bien, plus souvent, après des tentatives désespérées, sont forcées d'interrompre.

Telles sont les conclusions du travail de M. Ortéga; elles sont, nous le répétons, basées sur de nombreux faits.

VI. Dans le même ordre d'idées, nous devons signaler le travail de M. *Ladmiral* sur l'influence de la phthisie pulmonaire sur la menstruation. Pour lui, la suppression des règles chez les femmes tuberculeuses a une importance assez considérable au point de vue du pronostic. On doit toujours considérer ce symptôme, quand il se produit, comme un signe fâcheux indiquant une altération profonde de l'organisme. Toute suppression menstruelle survenant en dehors de la grossesse et sans cause très-appreciable devra faire soupçonner au médecin l'existence possible de granulations tuberculeuses; Les règles n'ont, à proprement parler, aucune influence sur la marche de la tuberculose, mais quand elles disparaissent après avoir été supprimées, c'est toujours le signe d'une amélioration.

Quand, après avoir vu disparaître les signes pulmonaires, il se produit une grossesse à évolution régulière, on peut affirmer une guérison solide.

Ces conclusions sont appuyées sur des observations nombreuses et sévèrement analysées.

VII. Les métrorrhagies, qui se montrent en dehors de l'état puerpéral, sont loin d'effrayer les malades et les familles comme celles que produit l'accouchement; et cependant elles ne sont pas dénuées de tout danger et elles méritent un traitement suivi. M. Carpentier-Méricourt a donc entrepris un travail utile en essayant de grouper et de discuter les agents thérapeutiques qu'il faut opposer à ces accidents.

Pour lui, les données physiologiques permettent de bien comprendre la pathogénie des métrorrhagies, et comme conséquence de leur opposer un traitement rationnel; tel est le fait qu'il veut démontrer, le but qu'il se propose d'atteindre.

Beaucoup d'hémorrhagies utérines sont liées à une irritation; il y a donc surtout deux indications à remplir: 1° combattre la congestion utéro-ovarienne; 2° attaquer le point de départ irritatif.

Voici comment l'auteur propose d'atteindre ce but: Il conseille d'abord d'entretenir la liberté du ventre, et, si ce moyen dérivatif ne suffit pas, d'avoir recours à la saignée; mais il faut dans ces conditions que la saignée soit assez abondante. Quand l'hémorrhagie est due à une altération organique de l'utérus, il importe avant tout de faire disparaître cette cause.

Dans beaucoup de cas, le véritable point de départ de l'irritation est l'ovaire; c'est donc à lui qu'il importe de s'adresser. Dans ces conditions, les malades accusent une douleur siègeant au niveau de l'ovaire; il faut alors tendre surtout à diminuer l'éréthisme de l'ovaire et faire cesser la congestion. Ces faits sont souvent fort difficiles à reconnaître. Voici comment l'auteur propose de procéder.

On recherche trois points de repère: 1° L'épine iliaque antérieure et supérieure.

2° L'épine pubienne.

3° La ligne blanche.

« On réunit l'épine pubienne à l'épine iliaque et celle-ci à la ligne blanche : on a ainsi un triangle rectangle ; puis du sommet de l'angle droit (ligne blanche), on mène une perpendiculaire sur le côté opposé ; or, c'est dans le triangle interne que se trouve le point ovarien », que l'on constate par une pression un peu forte indiquant qu'il n'y a pas de douleur à la peau. Quand ce point est déterminé on emploie les sédatifs et les révulsifs.

Tel est le résumé du travail de M. Carpentier-Méricourt, qui, surtout pour ce qui a trait à l'étude de la congestion ovarienne, est nouveau et très-intéressant.

VIII. La phthisie pulmonaire n'est pas la seule affection sur laquelle la grossesse exerce une influence funeste ; le travail de M. Auguste Berthiot montre qu'il en est souvent de même des maladies du cœur.

Malheureusement cette influence est réciproque et l'auteur arrive à cette conclusion que ces affections entravent fréquemment le développement régulier de l'œuf, et produisent soit l'avortement, soit l'accouchement prématuré.

Il va si loin dans ce sens qu'il semble vouloir interdire le mariage à toute femme atteinte d'une affection organique du cœur. Dans certains cas le médecin serait, toujours d'après M. Berthiot, autorisé à provoquer l'accouchement avant le terme.

Les raisons sur lesquelles s'appuie l'auteur, les exemples qu'il cite, ne nous paraissent point assez concluants pour légitimer ces propositions. Il faudrait, croyons-nous, de nouvelles recherches permettant d'établir l'influence de telle ou telle lésion, suivant son siège, sa variété, sa cause et le degré auquel elle est parvenue. M. Berthiot a ouvert la voie ; à ses successeurs il appartient de l'éclaircir définitivement.

IX. S'il est une question populaire et que chaque comère prétende traiter *ex professo*, c'est assurément celle des grossesses prolongées. M. Schmidt a donc rendu un réel service en la faisant rentrer du domaine des hypothèses dans celui de la science. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé, et cela en soumettant à un examen impartial et minutieux les observations réputées les plus concluantes :

« Les grossesses prolongées n'existent pas.

» Les observations qu'on a rapportées comme telles ne relatent que des faits dans lesquels il y a eu des erreurs dans la date de la conception et où l'accouchement, lorsqu'il a eu lieu au delà du terme normal de la grossesse, a été retardé par une cause de dystocie variable, résidant soit dans le bassin, soit dans la marche du travail, soit dans l'excès de développement ou dans la position du fœtus.

» L'excès de développement qu'on observe quelquefois au terme de la grossesse, ainsi que le prouvent les faits que nous avons rapportés, ne peut donc nullement être rapporté à une prolongation de la gestation : il en est la cause et non l'effet.

L'auteur tire des conclusions précédentes l'indication médico-légale suivante :

« Le terme de trois cents jours, fixé par l'article 315 de la loi pour la légitimité d'un enfant, dépasse par conséquent la durée la plus longue des grossesses ordinaires. »

Nous ne pouvons que répéter ce que nous avons dit : c'est là un travail utile et sainement conçu.

X. On a pu se rendre compte en lisant les analyses précédentes à combien d'intéressants travaux la gynécologie et l'obstétrique ont donné lieu dans ces derniers mois. Pour couronner cette revue, nous devons signaler en terminant le plus important de tous, le dernier fascicule des cliniques de M. le professeur Depaul.

Ce fascicule contient huit leçons dont il nous est absolument impossible de rendre compte, parce qu'elles sont toutes d'un égal intérêt.

La XXXI^e leçon traite de la procidence du cordon ombilical, et plus particulièrement de ce qui se rapporte au traitement de cet accident. Après avoir passé en revue les diverses méthodes qui ont été tentées à tour mises en usage, M. Depaul pense que quand la méthode manuelle peut être employée, c'est toujours à elle qu'il faut s'adresser. Tous les instruments, en effet, présentent quelque inconvénient ; puis les réductions les mieux opérées ne sont pas toujours définitives et l'on voit fréquemment la procidence se reproduire. Dans de tels cas, pour sauvegarder la vie du fœtus il faut recourir à l'application du forceps ou à la version ; mais alors il importe que le cordon ombilical soit maintenu en dehors de l'instrument ou de la main.

La procidence du cordon intéressait directement la vie du fœtus ; celle des membres peut dans beaucoup de cas devenir également une cause de mort en ralentissant le travail, en nécessitant une intervention le plus souvent dangereuse. Aussi M. le professeur Depaul nous semble-t-il avoir voulu rappeler avec insistance aux médecins et aux élèves qu'une complication en somme peu grave doit appeler toujours l'attention ; il y a consacré une leçon entière. On peut dire qu'il y a repris la question d'une manière dogmatique et que les moindres détails du diagnostic et du traitement y sont minutieusement analysés.

Ce n'est pas seulement au moment du travail, c'est encore presque pendant tout le temps de la gestation que l'insertion vicieuse du placenta peut compromettre la vie du fœtus et la santé de la mère ; aussi ce point, qui touche plus à la médecine générale que les autres leçons, nous paraît-il réclamer une analyse plus détaillée. M. Depaul consacre à cette étude plus de 80 pages ; il reproduit, dans un tableau utile à consulter, la statistique de l'hôpital des Cliniques, bien faite pour montrer la fréquence de cet accident ; mais malgré tout l'intérêt qui s'attache à cette partie de la leçon, nous sommes forcés de la laisser dans l'ombre pour nous occuper de ce qui a trait au traitement.

Quand l'hémorrhagie survient avant le travail, si elle reste limitée et peu abondante, quelques soins généraux peuvent suffire ; mais trop souvent l'hémorrhagie, par son abondance ou sa durée, menaçant la vie de la femme, il faut avoir recours à des moyens plus puissants. M. Depaul repousse le seigle ergoté, qui ne lui a jamais donné de bons résultats. Il préfère de beaucoup le tamponnement ; mais il insiste sur ce qu'il faut le faire avec toutes les précautions possibles, de manière à éviter la persistance de l'hémorrhagie derrière le tampon.

Un des inconvénients du tampon est de provoquer l'accouchement prématuré ; mais comme dans les cas où l'insertion vicieuse du placenta produit des hémorrhagies assez considérables pour rendre le tamponnement nécessaire, il y a peu d'espoir d'atteindre le terme normal de la grossesse, cette terminaison n'est pas une contre-indication de l'emploi de ce moyen héroïque.

Supposons que la grossesse soit arrivée à son terme et que le travail commence, ou bien encore qu'il débute avant le terme de la gestation, l'insertion vicieuse du placenta peut encore amener une complication.

Quand l'hémorrhagie survient pendant le travail, ou bien si elle continue après l'avoir provoqué, deux cas peuvent encore se présenter : tantôt l'hémorrhagie est très-peu abondante, et alors il suffit d'avoir recours à quelques moyens généraux, tantôt son abondance est telle qu'elle met en danger la vie de la femme, il suffit alors dans beaucoup de cas d'avoir recours au seigle ergoté, qui hâtera les contractions utérines et permettra de faire prochainement la délivrance ; mais dans bon nombre de cas il faut agir encore plus vite, et tout en administrant le seigle ergoté, qui hâtera la rétraction utérine après la délivrance, il faut hâter l'accouchement. Dans de telles conditions, il importe d'extraire le fœtus et de l'extraire vite ; la perforation des membranes répond à cette indication. Si après cette opération le travail ne s'accélère pas beaucoup, il

faudra terminer l'accouchement, soit par la version, soit par les forceps.

Ce sont là des règles qu'il faut avoir toujours présentes à l'esprit et ne jamais s'en départir.

Après avoir ainsi passé en revue l'accouchement naturel, les complications qui peuvent entraver le travail, et montré la conduite à tenir dans les différents cas, M. Depaul termine la série de ses leçons par des conseils sur la conduite à tenir auprès de la femme en travail pendant l'accouchement naturel, les soins à donner au nouveau-né et enfin les suites de couches. Il était impossible de mieux flur cette utile publication, et il y avait là une lacune importante à combler. On cherchait vainement, en effet, dans nos traités classiques, un guide pour ces cas simples, qui sont ceux de la pratique journalière et que l'on néglige trop. Il nous est impossible de donner une analyse de ces trois dernières leçons de l'éminent professeur : tout serait à reproduire. Nous nous bornerons à dire que ces leçons sont un guide assuré que tout médecin devra lire, posséder, et dont il ne devra jamais se départir.

Tel est ce dernier fascicule d'un ouvrage important qui deviendra prochainement classique. Le nom seul de l'auteur suffit du reste pour qu'on sache qu'on va lire un travail aussi pratique que bien écrit, basé sur la science vraie et l'observation consciencieuse.

On a pu voir par cette courte revue combien les questions de gynécologie ont été travaillées dans ces derniers temps. Nous répétons en finissant que presque tous ces ouvrages méritent de prendre place dans la bibliothèque des médecins instruits.

H. CHOUPEE.

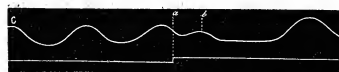
Index bibliographique.

RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES SUR LES INTERMITTENCES DU CŒUR, par G. DUBOURG. Thèse de doctorat. Paris, 1870.

Le but que s'est proposé M. Dubourg a été de rechercher si l'on pouvait, par des expériences précises, se rendre compte du mécanisme suivant lequel surviennent les pauses du cœur, souvent désignées sous le nom d'*intermittences vraies*. Ces expériences ont été faites dans le laboratoire de M. le professeur Marey. L'auteur admet, avec son maître, que le cœur affectant une tendance manifeste à l'*uniformité du travail*, une excitation électrique, ou toute autre cause qui vient à troubler son rythme en lui imposant un effort systolique prématuré, déterminera un *repos compensateur*



Tracé des pulsations d'un cœur de tortue. On excite le cœur au point a; il donne en 'a' une systole prématurée qui constitue comme un redoublement de la systole précédente. Vient ensuite une pause prolongée, une intermittence de compression. (Dubourg.)



Pulsation d'un cœur d'un malade atteint de lésion mitrale. Les systoles 'a', 'c', sont comparables aux systoles précédentes du tracé précédent; l'intermittence qui les suit représente la pause observée plus haut. (Dubourg.)

et par conséquent une intermittence. Ce repos compensateur provoqué artificiellement est identique aux intermittences que l'on observe dans certaines affections cardiaques. Il nous suffira, pour montrer tout l'intérêt du rapprochement établi par M. Dubourg entre l'intermittence expérimentale et l'intermittence pathologique,

de reproduire les deux graphiques suivants, qui montrent leur analogie.

Mais pouvons-nous, après avoir constaté l'analogie de ces tracés et en tenant compte de la cause qui nous a fournis le tracé n° 1, interpréter le mécanisme suivant lequel se trouve provoqué chez un malade atteint de lésion mitrale, un tracé analogue? On peut au moins supposer que le reflux du sang dans l'oreillette constitue une cause d'excitation anormale et que la systole anticipée répond à cette excitation. Un repos plus long est rendu nécessaire à la suite du surcroît d'effort imposé à l'organe. Ce qui rendrait assez plausible une interprétation de ce genre, c'est l'observation faite par M. Marey que le cœur du cheval soumis aux expériences cardiographiques présente quelquefois, dès qu'on a introduit la sonde exploratrice dans les cavités droites, un rythme redoublé très-comparable aux types précédents. Là encore on peut admettre, comme M. Marey tend à le faire, que l'excitation intra-cardiaque est la cause du redoublement, et que ce redoublement lui-même nécessite une intermittence.

Mais l'intermittence peut s'observer sans excitation préalable. Une pause survient sous une influence quelconque; elle est suivie d'une systole plus énergique, ou, comme l'admet M. Dubourg, d'une série de deux ou trois systoles consécutives venant à compenser le repos anormal de l'organe. Cette accélération compensatrice s'observe dans un assez grand nombre d'affections cardiaques où les cavités du cœur gorgées de sang ne peuvent plus se vider en un seul temps, et où l'intermittence est nécessairement suivie de plusieurs contractions précipitées.

Jusqu'ici il n'a point été question de la part qui revient au pneumogastrique dans la production des intermittences; le nerf d'arrêt, cependant, doit jouer un grand rôle dans le repos du cœur. L'auteur lui a fait la part moins large qu'il n'est d'usage, tout en reconnaissant que les intermittences dites nerveuses (thé, café, tabac), se produisent sous son influence. Il lui concède encore, quoiqu'avec quelques réserves, une certaine part dans l'arrêt observé pendant les inspirations profondes, pendant l'apnée, à la suite des excitations douloureuses; dans ces différents cas, le nerf vague serait l'aboutissant d'un réflexe dont le point de départ varierait avec le phénomène initial. Sans émettre sur la réserve de M. Dubourg au sujet des nerfs d'arrêt du cœur, si habituellement mis en cause, d'opinion qui nous soit personnelle, nous devons reconnaître combien il est utile de ne point admettre d'emblée un acte réflexe compliqué, alors que l'étude attentive d'un phénomène peut faire entrevoir une interprétation plus simple. M. Dubourg nous semble l'avoir bien prouvé en s'attachant à étudier les conditions mécaniques des intermittences, sans trancher toutes les difficultés qu'il a dû rencontrer par la conclusion souvent hâtive : acte réflexe.

VARIÉTÉS

Congrès médical international de Philadelphie.

Ce congrès, dont nous avons annoncé la création il y a quelques mois, sera décidément ouvert le lundi 4 septembre 1876, et tiendra ses séances dans les locaux de l'Université de Pensylvanie. Des discours d'inauguration *adresses* seront lus sur les sujets suivants : médecine, docteur Flint; chirurgie, docteur Eve; hygiène, docteur Bowditch; obstétrique, docteur Parvin; chimie médicale et toxicologie, docteur Wormley; biographie médicale, docteur Washington; éducation et institutions médicales, docteur Davis; littérature médicale, docteur Yandell; psychiatrie, docteur John Gray; médecine légale, docteur Chaillé.

Les sujets suivants seront discutés dans les sections.

SECTION I. *Médecine*. — Première question : La fièvre typho-paludéenne constitue-t-elle un type spécial de fièvre? Deuxième question : L'angine diphthérique et l'angine pseudo-membraneuse sont-elles des affections distinctes? Troisième question : Les conditions de la vie moderne favorisent-elles le développement des maladies nerveuses? Quatrième question : Influence des altitudes sur la marche de la phthisie.

SECTION II. *Biologie*. — Première question : Microscopie du sang. Deuxième question : Fonctions excrétoires du foie. Troisième question : Histologie pathologique du cancer. Quatrième question : Mécanisme des articulations.

SECTION III. *Chirurgie*. — Première question : Chirurgie antiseptique. Deuxième question : Traitement mécanique et chirurgical des anévrysmes. Troisième question : Traitement de la coxalgie,

Quatrième question : Causes et distribution géographique des affections calculieuses.

SECTION IV. *Dermatologie et syphiliographie.* — Première question : Des variations dans le type et la fréquence des affections cutanées dans les différents pays d'égal civilisation. Deuxième question : L'eczéma et le psoriasis sont-ils des affections locales ou des manifestations constitutionnelles. Troisième question : Virus syphilitique, unité ou dualité ? Quatrième question : Traitement de la syphilis.

SECTION V. *Obstétrique.* — Première question : Causes et traitement des hémorragies non puerpérales de l'utérus. Deuxième question : Mécanisme de l'accouchement naturel et artificiel dans les cas de rétrécissement du bassin. Troisième question : Traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus. Quatrième question : Nature, causes, traitement préventif de la fièvre puerpérale.

SECTION VI. *Ophthalmologie.* — Première question : Valeur comparative des astrignens et des caustiques dans le traitement des maladies de la conjonctive. Deuxième question : Tumeurs du nerf optique. Troisième question : Anévrysmes orbitaires et exophthalmie pulsatile; diagnostic et traitement. Quatrième question : La myopie progressive et la staphylome postérieur sont-ils dus à une prédisposition héréditaire ou doivent-ils être attribués à un défaut de la réfraction produit sous l'influence des muscles ciliaires ?

SECTION VII. *Otologie.* — Première question : Importance du traitement immédiat des affections de l'oreille, principalement lorsqu'elles sont dues à des exanthèmes. Deuxième question : Quel est le meilleur procédé de mensuration de l'acuité de l'ouïe ? Troisième question : Dans quels cas le tympan artificiel présente-t-il des avantages pratiques ?

SECTION VIII. *Science sanitaire.* — Première question : Disposition des égouts. Deuxième question : Construction et ventilation des hôpitaux. Troisième question : Utilité des quarantaines dans les épidémies de choléra et de fièvre jaune. Quatrième question : État actuel de la science en ce qui concerne les maladies produites par des ferments ou des germes.

SECTION IX. *Psychiatrie.* — Première question : Histologie du cerveau. Deuxième question : Responsabilité criminelle des aliénés. Troisième question : Simulation de la folie par les aliénés. Quatrième question : Traitement des individus atteints d'aliénation mentale chronique.

Les médecins étrangers qui désirent présenter des mémoires au Congrès sont priés d'en prévenir les secrétaires avant le 1^{er} avril. M. le docteur Bertolet, 113, Broad Street, Philadelphie, est spécialement chargé de recevoir les communications venant de l'étranger.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'Assemblée générale de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu le dimanche 23 avril prochain, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3. Le même jour, à sept heures et demie du soir, aura lieu au Grand-Hôtel, boulevard des Capucines, le banquet offert aux présidents et délégués des Sociétés locales. Le prix de la souscription est de vingt francs. On souscrit directement ou par lettre chez M. le docteur Brun, trésorier, 23, rue d'Aumale.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décrets en date des 7 et 20 mars 1876 : M. Noizet a été promu au grade de médecin-major de première classe. MM. Tibal et Bros ont été promus au grade de médecin-major de deuxième classe. M. Coulier a été promu au grade de pharmacien inspecteur; MM. Massie et Roussin ont été promus au grade de pharmacien principal de première classe ; MM. Courant et Cauvat au grade de pharmacien principal de deuxième classe ; MM. Rives, Parant et Thomas, au grade de pharmacien-major de première classe ; MM. Dohraye, Garnier et Leroy, au grade de pharmacien-major de deuxième classe.

PRIX CIVILE. — Un nouveau concours est ouvert entre les internes titulaires ou provisoires pour le triennal de 1000 francs fondé par feu le docteur Civiale, à l'effet d'être décerné à l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les *Maladies des voies urinaires*. Ce travail devra être déposé au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, avant le 15 août 1876, au plus tard. Les élèves qui désireront concourir devront s'adresser, pour obtenir des renseignements, au Secrétariat général.

NOUVEAU JOURNAL. — LA RIVISTA SPERIMENTALE DI MEDICINA LEGALE, journal mensuel, vient de paraître en Italie sous la direction du professeur Calvo Livi.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort de l'un des plus dignes représentants de la médecine cantonale de Strasbourg, M. le docteur Antoine-Gabriel Kuntz, né à Strasbourg le 25 mars 1807, exerça pendant quatre ans son art à Marmoutier ; il vint ensuite se fixer à Strasbourg, où il ne tarda pas à être nommé médecin cantonal (Neudorf et Neuhof). Il occupa ce poste pendant treize ans ; lors des épreuves qui frappèrent notre cité, il ne fallait pas à sa tâche. Son nom est resté cher aux malheureux qui l'ont vu à l'œuvre pendant les mémorables journées d'août et de septembre 1870. Après le siège il se retira à Saverne, ville natale de son épouse. Le 18 décembre 1875, une pneumonie grave l'enleva dans l'espace de quelques jours. Le Corps médical de l'Alsace et la Société de médecine de Strasbourg, dont Kuntz fut membre pendant de longues années, prennent un vif part à la perte de ce regretté confrère. (*Gaz. méd. de Strasbourg*).

MORT PAR LE CHLOROFORME. — Une fille de vingt-cinq ans, multipare, entre le 3 mars, à dix heures du soir, à la maternité de la Charité de Lyon. Les douleurs durent toute la soirée et toute la nuit. Le 24, la poche des eaux fut rompue ; on reconnut un : présentation de l'épaule et l'on administra le chloroforme pour faire la version. Tout cela fut fait sous la direction de la sœur, sans qu'on ait prévenu ou appelé le chef de service ou l'interne. La malade « ne se réveillait pas » après l'opération, on appela l'interne de garde, qui constata que le poulx était très-petit, la face cyanosée, les inspirations courtes et rares. Malgré tous les efforts faits par l'interne pour ranimer la malade, elle succomba dix minutes après son arrivée. Le *VOYAGEUR MÉDICAL*, qui raconte ce fait, remarque avec beaucoup de justice que cet accident ne saurait être mis au passif du chloroforme, puisque celui-ci a été administré sans contrôle, dans des conditions impossibles à préciser.

INSTRUCTION PUBLIQUE. — M. Berthelot, membre de l'Académie des sciences, professeur au Collège de France, est nommé inspecteur général de l'instruction publique, en remplacement de M. Ballard, décédé. — Ce choix fait le plus grand honneur au ministre de l'instruction publique.

LÉGION D'HONNEUR. — M. Le Port, médecin de 2^e classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE. QUESTION DE PRÉ MISE AU CONCOURS POUR 1876. — La Société n'est au concours la question suivante : Influence de l'alcoolisme chez la mère et chez la nourrice sur la santé de l'enfant. Le prix sera de 500 francs. Les mémoires, écrits en français, doivent être adressés francs de port, avant le 1^{er} novembre 1876, au secrétaire général de la Société, M. le docteur Léon Duchesne, rue des Saints-Pères, n° 85. [Les concurrents joindront à leur envoi un pli cacheté contenant leur nom et leur adresse avec une devise répétée en tête de leur travail.]

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Docteur Ernest Besnier : Conférences cliniques sur les affections de la peau (clinique et thérapeutique appliquée), tous les *mercredis* à huit heures et demie, salles Saint-Léon et Saint-Thomas

Etat sanitaire de Paris :

Du 25 mars au 6 avril 1876, on a constaté 941 décès, savoir : Variole, 4. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 0. — Fièvre typhoïde, 25. — Erysipèle, 4. — Bronchite aiguë, 46. — Pneumonie, 69. — Dysenterie, 1. — Diarrhée cholériforme des enfants, 2. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 8. — Group, 20. — Affections puerpérales, 4. — Autres affections aiguës, 257. — Affections chroniques, 427, dont 198 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 42. — Causes accidentelles, 21.

SOMMAIRE. — PARIS. L'homme à la fourchette. Gastro-entérite. — Cas présumé de lupus. — Médecine légale. Caractères de l'utérus multipare. — TRAVAUX ORIGINAUX. Pathologie interne : Des conditions de la curabilité des embolies. — Clinique chirurgicale : Influence du traumatisme sur l'arthrite rhumatismale. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — REVUE DES JOURNAUX. De la dissolution du cristallin chez les poissons. — De la durée de la grossesse. — Un cas de maladie de Ménétre. — BIBLIOGRAPHIE. Revue de gynécologie et d'obstétrique. — Index bibliographique. — VARIÉTÉS. Congrès médical international de Philadelphie.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 20 avril 1876.

Société médicale des hôpitaux : DE L'URTICAIRE CONSIDÉRÉE COMME COMPLICATION DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE. — ACTION DU VENIN DES SERPENTS SUR L'ICHŒMOM. — SERVICES HOSPITALIERS DE L'ARMÉE.

De l'urticaire considérée comme complication des kystes hydatiques du foie.

Depuis le perfectionnement apporté par M. Dieulafoy à la construction des appareils aspirateurs, l'une des méthodes de traitement les plus recommandées des kystes hydatiques du foie est la ponction capillaire avec aspiration. M. Jaccoud, dans le deuxième volume de sa CLINIQUE MÉDICALE, et plus récemment M. Desnos dans un très-intéressant mémoire inséré au BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE (1875, t. LXXXIX), ont démontré les avantages de ce procédé opératoire; M. Desnos a même soutenu que la soustraction de la sérosité du kyste suffit à tuer les vésicules hydatiques, et qu'une seule vésiculaire atteinte dans les cas de kyste multiloculaire peut provoquer, par métamorphose graisseuse des hydatides intactes, le retrait du kyste et sa guérison. L'observation lue par M. Laveran à la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux vient confirmer cette doctrine de l'innocuité et de l'utilité fréquente de la ponction aspiratrice dans les cas de kystes hydatiques du foie. Le malade ponctionné par M. Laveran a guéri sans accidents après une seule ponction, qui a pu évacuer tout le contenu du kyste et déterminer l'atrophie de la tumeur sans provoquer aucun accident grave. Il est toujours intéressant de faire connaître le résultat de semblables opérations. Les kystes hydatiques du foie sont assez fréquents, et il n'est pas inutile de recommander une méthode de traitement qui, même dans des conditions assez sérieuses (M. Moutard Martin en a cité un cas à propos de l'observation de M. Laveran), peut amener une guérison rapide.

On sait aussi que très-souvent, après la ponction de ces kystes du foie, survient une éruption cutanée tout à fait analogue à l'urticaire aiguë. Finsen, dont le travail a été traduit en français (*Arch. gén. de méd.*, 1869), a insisté sur cette complication assez fréquente, comme l'ont prouvé depuis les observations de MM. Dieulafoy (*Traité de l'aspiration des liquides morbides*), Hayem et Ferrand (*Soc. méd. des hôp.*, 1874), Feytaud (thèse de Paris, 1875), Bussard (*Gaz. des hôp.*, 1875), M. Raynaud, Verneuil et Legroux (*Soc. anat.*, 1875), Archambault (*Un. méd.*, 1876), etc. Dans sa thèse inaugurale, M. Feytaud avait essayé d'expliquer la pathogénie de l'urticaire observée dans ces circonstances; après Finsen, il avait admis que l'urticaire était due à la pénétration du contenu des kystes dans la cavité péritonéale. Pour prouver

la justesse de cette assertion, il s'était efforcé de démontrer que l'éruption avait eu lieu dans certains cas où la pénétration du liquide dans le péritoine avait été manifeste, et que dans tous les autres cas où elle avait été constatée il restait possible d'admettre le passage du contenu du kyste dans la cavité péritonéale. Rien ne paraît plus exact. Finsen a démontré que l'urticaire avait été observée souvent dans des cas où l'autopsie permettait de constater la présence du liquide kystique dans la cavité séreuse. Il est non moins prouvé que, dans les ponctions du foie, fussent-elles capillaires, on n'est jamais certain que l'ouverture se referme aussitôt après qu'on a retiré le trocart et qu'aucune trace de liquide ne s'écoule dans la cavité péritonéale. C'est ce qui engage tous les médecins à recommander après la ponction le repos le plus absolu. Nous n'hésitons pas, en conséquence, à convenir, avec M. Laveran, qui accepte la théorie défendue par Finsen et M. Feytaud, que, dans tous les cas de ponction d'un kyste hydatique du foie, une petite quantité du liquide a pu pénétrer dans la cavité péritonéale. Nous ne nions pas non plus que l'urticaire paraisse toujours dépendre d'une lésion du système nerveux; sa marche intermittente, ses relations avec les maladies qui intéressent directement ou indirectement le système nerveux, son apparition brusque, sa disparition rapide semblent le prouver. Mais il faudrait, pour pouvoir affirmer la théorie pathogénique à laquelle se rallie M. Laveran, prouver, comme l'a soutenu d'ailleurs M. Feytaud, que l'urticaire qui suit toujours de près ou de loin la rupture ou l'évacuation de la poche hydatique ne s'observe que dans les conditions où une communication a pu être établie entre elle et le péritoine. Or, il n'en est pas toujours ainsi. Ce qu'il faut retenir des observations publiées jusqu'à ce jour, c'est donc la coïncidence très-fréquente entre l'urticaire et la maladie kystique du foie; celle-ci ne saurait plus être niée. Mais ce qu'on ne peut admettre sans de nombreuses réserves, c'est la théorie pathogénique que l'on s'efforce d'en déduire et qui ne s'applique pas à tous les cas observés.

À propos de la communication de M. Laveran, M. Labbé a cité un fait qui suffit à autoriser ces réserves. Un malade opéré pour un kyste hydatique du foie a été atteint d'urticaire, mais l'éruption s'est montrée plusieurs jours avant la ponction. Faut-il rappeler d'ailleurs combien est fréquente l'urticaire qui vient compliquer les maladies de l'appareil gastro-hépatique ou l'ictère par rétention? Faut-il citer toutes les observations d'urticaire dans lesquelles il est impossible d'admettre une irritation quelconque des nerfs splanchniques? N'oublions pas non plus que des théories nerveuses analogues ont été invoquées dans d'autres circonstances. Scanzoni n'avait-il pas constaté la fréquence de l'urticaire aiguë consécutive à l'application de sangues sur la portion vaginale du col utérin chez les femmes hystériques, et admis que cette éruption était alors sous la dépendance d'une irritation des plexus nerveux de la matrice? Et Léopold n'avait-il pas

constat qu'une application de sangsues faite non plus au col utérin mais bien à la région sacrée pouvait de même provoquer l'éruption orléane ? Il suffit de citer de semblables observations, et nous pourrions les multiplier, pour montrer combien il serait imprudent de vouloir dès aujourd'hui édifier, en tenant compte d'une série de coïncidences, fussent-elles plus nombreuses encore, une théorie pathogénique définitivement acceptable. Bornons-nous donc à signaler à l'attention des observateurs cette relation qui paraît exister entre la disparition brusque d'une tumeur hydatidique du foie et l'apparition de l'urticaire. Rappelons que jamais pareille coïncidence n'a été observée après la ponction des kystes hydatiques du poumon et de la plèvre (voy. Hearn : Th. de Paris, 1875). Mais, après avoir constaté le fait, résignons-nous à convenir que nous ne saurions, dans l'état actuel de nos connaissances, en donner une explication vraiment scientifique, c'est-à-dire appuyée sur des preuves indiscutables.

L. LEREBoullet.

Action du venin des serpents sur l'ichneumon.

M. Panceri, professeur à l'université de Naples, et M. Fr. Gasco, attaché au musée anatomique de cette institution, ont profité d'un voyage qu'ils ont entrepris en Égypte pour tenter quelques expériences relativement à l'action du venin des serpents sur l'ichneumon, ou rat de Pharaon, espèce de la famille des mangoustes, que l'on a souvent citée comme rebelle à ce mode d'intoxication. Les ophiidiens dont se sont servis ces savants naturalistes appartiennent à trois genres différents : le naja, aussi appelé serpent à coiffe et serpent à lunettes, qui est de la division des protérogyphes, la vipère cornue ou aspic de Cléopâtre, type du genre céraсте, ainsi que l'échis carénée, dont les caractères approchent davantage de ceux de nos vipères européennes ; le céraсте et l'échis rentrent dans le sous-ordre des solénoxyphes, qui comprend aussi avec ces derniers les trigonocephales, les bothrops et les crotales. MM. Panceri et Gasco ont communiqué leurs remarques sur ce sujet à l'Académie royale de Naples ; on en trouvera l'analyse dans le n° 4 du JOURNAL DE ZOOLOGIE pour 1876.

Un premier ichneumon ne tarda pas à succomber après l'inoculation sous la peau de la cuisse de huit gouttes de venin de naja ; au contraire, un second, soumis à la même opération, survécut et ne parut en ressentir aucun effet ; un troisième, qui semblait d'abord près de succomber et était tombé comme inanimé, se releva au bout de trois heures, ayant recouvré toute son activité. Sur les autres animaux, et particulièrement sur l'homme, le venin de naja agit de la façon la plus terrible ; aussi les bateleurs africains et indiens qui jonglent avec ces serpents ont-ils bien soin de leur arracher les crochets avant de s'en servir.

Les piqûres d'une et ensuite de deux échis restèrent sans effet sur un troisième ichneumon ; mais un carnivore de même espèce mordu simultanément, par huit de ces reptiles fut trouvé mort deux jours après.

Les morsures d'un ou de plusieurs cérastes n'ont eu, d'autre part, pour résultat que d'amener sur les points où les ichneumons les ont subies qu'une légère inflammation.

Au contraire, le venin de ce serpent a été foudroyant pour le chien ; un renard en est mort au bout d'une heure, et une

seule goutte, introduite dans une plaie qu'un furet avait au museau, a tué cet animal en treize minutes.

Il sera intéressant de répéter ces expériences en Algérie, où vivent à la fois la mangouste ichneumon, le céraсте et l'espèce de vipère appartenant au genre échidine, à laquelle on a donné le nom d'*Echidna mauritanica*. On devrait aussi les tenter au Sénégal et au Gabon sur les mangoustes, différentes de l'ichneumon par leurs espèces, qui vivent dans ces deux parties de l'Afrique équatoriale, et en se servant alors du venin des ophiidiens protérogyphes ou solénoxyphes qui leur sont propres, plus particulièrement de celui de la vipère minute, ainsi appelée à cause de l'énergie avec laquelle elle agit ; cette vipère minute est une espèce d'échidine, mais elle diffère de celle de l'Algérie : c'est l'*Echidna arietans* des erpétologistes.

Services hospitaliers de l'armée.

Nous avons annoncé que la commission parlementaire chargée d'examiner le projet de loi concernant l'organisation des services hospitaliers de l'armée avait nommé pour président M. le docteur Laussedat, et pour secrétaire M. le docteur Liouville.

Cette commission a déjà tenu deux séances. Elle a reçu communication de deux amendements. L'un a été déposé par le docteur Cornil. Il est ainsi rédigé : « Dans les salles de malades des hôpitaux civils occupés par des militaires, le service sera confié au corps de santé de l'armée. » Le second, dû à MM. A. Garrigat et A. Lecherbonnier, porte que : « Les communes qui ont pris l'engagement dans des traités particuliers avec l'Etat de faire face aux dépenses du service hospitalier de la garnison, sont substituées aux droits de l'Etat, tels qu'ils résultent de la présente loi, et pourront réclamer à leur profit l'application de toutes les prescriptions que cette loi contient. » La commission n'a pu encore examiner ces amendements. Dans sa dernière séance, elle ne s'est occupée que de la situation spéciale de la pharmacie dans les hôpitaux militaires et dans quelques villes où les militaires sont traités à l'hôpital civil. Puis MM. Th. Roussel et Liouville ont fait remarquer la nécessité de rechercher tous les documents qui pourraient éclairer la commission, et de ne rien décider avant une enquête minutieuse. M. Liouville a fait observer de plus qu'il était indispensable de sauvegarder les intérêts civils auxquels touche le projet de loi, et de tout faire pour les concilier avec les nécessités de la guerre. Sur sa proposition, la commission, qui ne se réunira que le deuxième mercredi après la rentrée, arrête qu'elle entendra, avant de rien décider, les ministres de l'intérieur et de la guerre.

Nous n'ajouterons que deux mots à ces renseignements. Il nous paraît très-difficile de concilier les exigences très-légitimes des commissions administratives des hôpitaux civils avec les nécessités impérieuses du service militaire. Pourquoi dès lors ne pas inviter le ministre de la guerre à favoriser la création d'ambulances divisionnaires ou d'hôpitaux baraqués, où les militaires seraient soignés par leurs médecins, et pourquoi imposer, sans nécessité, aux municipalités des charges onéreuses et au corps de santé de l'armée une situation qu'il ne pourrait accepter sans déchoir ? La discussion des deux amendements que nous venons de citer prouvera aux membres de la commission que le projet du ministre de la guerre doit être très-notablement modifié.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

DES CONDITIONS DE LA CURABILITÉ DES EMBOLIES, par le docteur BOULLON-LAGRANGE père, ancien interne des hôpitaux de Paris et membre de la Société médicale d'observation, etc.

(Suite. — Voyez les n° 10, 12 et 15.)

D'une forme particulière de coagulation dans les veines des membres inférieurs. — Telles sont les bases sur lesquelles il nous est possible d'asseoir la physiologie pathologique de nos observations, mais avant de chercher à l'établir, qu'il nous soit permis de faire remarquer encore un phénomène des plus fréquents, nous le croyons. Tout le monde sait que dans la *phlegmatia alba dolens* il est assez ordinaire de voir passer la maladie d'un membre à l'autre; il en est souvent ainsi dans l'oblitération des veines, suite de varices, de contusions, de fractures, etc., et cela, avec un appareil symptomatique particulier sur lequel j'appellerai très-spécialement l'attention : M. Broca, en 1863, a signalé à la Société de chirurgie l'élevation de température au niveau de l'embolie de l'artère principale d'un membre avec circulation plus active, et au-dessous d'elle l'abaissement de température (1 degré à 1 degré 1/2), ce qui n'a pas lieu dans l'oblitération successive avec ralentissement graduel de la circulation, dans laquelle l'abaissement de la température est général et de 1 degré (*Gaz. hebdom.*, 1864, p. 155). Ce moyen excellent de diagnostic donné pour les artères par l'éminent biologiste et distingué professeur entre les deux genres d'oblitération par coagulation lente et par embolie, existe aussi pour les veines principales des membres inférieurs, et il faut ajouter qu'en même temps qu'une coagulation rapide au moment de la désagrégation du caillot, dans une première obstruction de l'une des veines principales, se manifeste dans celle du côté opposé, on constate, comme pour les artères, que la température augmente, mais avec une répartition plus générale, on voit le membre se gonfler et s'injecter, et le malade éprouve une sensation pénible de chaleur qui lui fait rechercher le froid de l'atmosphère et repousser les applications chaudes, tandis que la chaleur externe procurait du soulagement au membre primitivement atteint de coagulation lente et successive dont la température est toujours abaissée; alors aussi s'éveillent des douleurs affectant l'ensemble du système nerveux du membre opprimé tout entier, tandis que dans la coagulation lente cette douleur est en général bornée au trajet de la veine obstruée et suit la formation du caillot, qui pèse sur les parois et la gaine commune au nerf, à l'artère et à la veine satellite. Ce phénomène est remarquable, essentiel à signaler, non-seulement pour la physiologie du processus dont nous nous occupons, mais pour le diagnostic général des embolies, dont il devient un auxiliaire puissant : il indique, en effet, que sa source embolique est aussi celle de symptômes viscéraux graves qui l'ont précédé, qui l'accompagnent ou vont le suivre, et qui en l'absence de ce signe précieux pourraient ne pas être rapportés à leur vraie cause. Ici le principe de la coagulation ne vient plus du manque de *vis a tergo*, qui n'agit que lentement de bas en haut, avec l'abaissement de la température générale et avec une douleur locale *périvasculaire*, soudainement et successivement produite et étendue, mais bien un arrêt brusque agissant de haut en bas, vers les *capillaires*, sollicitant la circulation collatérale à une *exagération rapide*, d'où l'élevation de température et les douleurs générales, subites et presque instantanées.

Je citerai à cette occasion un fait encore récent observé à la fin de l'été dernier. Il s'agit d'un médecin distingué des hôpitaux de Paris, qui touche à la *stéréance*, époque de repos pour toutes les carrières, et si pénible pour la nôtre et surtout pour les plus célèbres d'entre nous! Cet honoré confrère, sous l'influence d'une affection goutteuse avec manifestations ex-

termes peu prononcées mais caractérisée d'ailleurs par les désordres nerveux de l'estomac, avec flatulence exagérée, troubles cardiaques, pouls souvent et tout à coup inégal, irrégulier, sans lésions matérielles du cœur, tout au plus mince de parois (fait reconnu par les plus éminents cliniciens), avait éprouvé en 1874 d'abondantes et subites hémorrhagies intestinales, qu'aucune affection organique n'expliquait; après un assez long repos commandé par l'anémie, il reprit les fatigues de la clientèle et de l'hôpital, puis en 1875 fut arrêté de nouveau par une *phlébite* de la saphène interne gauche avec ses symptômes ordinaires et locaux. Il vint s'établir à la campagne pour y achever sa convalescence. Tout allait pour le mieux, lorsqu'à la suite de quelques symptômes cardiaques à peine exprimés, il fut pris successivement de deux petites pleurésies à l'un et à l'autre côté de la poitrine et en arrière, puis un peu plus tard la *phlébite* se prononça dans l'autre membre inférieur, mais avec un cortège de symptômes différents, vives douleurs, sorte de névralgie générale, sensation de chaleur, soulagement en mettant le membre à l'air, applications chaudes mal supportées, mais en même temps aussi un cordon dur, plein, douloureux à la pression, même légère, se montrant à la veine crurale, cordon qui n'avait pas existé de l'autre côté d'une manière bien évidente. Au moment du rétablissement de la circulation, il y eut quelques troubles cardiaques assez pénibles, et une *colique hépatique* des plus violentes, *fait absolument nouveau dans la santé du cher malade*. La convalescence s'est enfin établie, seulement il restait encore à la fin de novembre une certaine anhélation et quelques *engètures* à teinte assez vive aux mains (1).

Ne voit-on pas là le phénomène dont je viens de parler précédé ou suivi d'embolies *capillaires* sans gravité du poulmon et des plevres, de la veine porte, puis de la circulation générale, consécutives dans le poulmon et les plevres, entre les deux oblitérations veineuses, puis dans le cœur et l'artère pulmonaire, ainsi que dans la veine porte, après la seconde oblitération à droite, et secondaires dans la circulation artérielle des membres supérieurs et, par leur ténuité, inoffensives. Ainsi le caillot prolongé dans la veine crurale gauche, en se fragmentant d'abord finement, a produit les pleurésies *hématisques* et les légers troubles du cœur et de l'artère pulmonaire, puis en se déplaçant en masse l'oblitération des veines iliaque et crurale droites et ses suites primitives et secondaires (2).

Que dans ces circonstances les phénomènes soient produits, comme je le crois, par les seuls déplacements du *caillot prolongé*, s'augmentant dans le mouvement lent qui lui subit sous l'impulsion de l'effort de retour du sang, ou se *pelotonnant* pour s'arrêter à la bifurcation de la veine cave et suspendre le cours du sang dans la veine de l'autre côté, cours déjà ralenti par le défaut de pression à cette embouchure; que la circulation dans celle-ci soit seulement à un moment donné tout d'un coup suspendue dans la colonne sanguine, qui déjà s'étalait à l'embouchure par ce défaut de pression et arrive à s'y coaguler enfin spontanément, toujours est-il que cette colonne sanguine s'arrête à cet endroit et non successivement de bas en haut, des *rameaux au tronc*: de là les symptômes et signes que nous venons d'indiquer.

C'est le phénomène que j'avais déjà constaté dans les observations rapportées à l'Académie en 1873 et rangées dans les

(1) Le malade, vers le 21 février 1876, après quelques embarras nouveaux dans la circulation des membres inférieurs et l'expulsion d'un petit caillot urinaire, est bien et rend à ses travaux habituels.

(2) La guérison se compléta certainement; une vie moins laborieuse pendant quelque temps et le séjour à Crevinville eût été pour y combattre et la cause générale et ses conséquences d'affaiblissement dues aux désordres circulatoires, achèvement de rétablir une santé précieuse pour tous et pour nous en particulier. Habilité à recourir souvent à la sagesse et à l'autorité des conseils du savant et affectionné confrère, nous en sommes même pendant cette longue série d'événements pendant laquelle ne furent nullement altérées les facultés intellectuelles et morales du malade; il conserva, au contraire, avec une patience admirable, un esprit toujours en action, un courage de chef de famille, et de médecin dirigé par la hauteur des circonstances pénibles qu'il traversait!

n^{os} 13 et 14 de la première partie de ce travail et que j'observe encore en ce moment chez une jeune femme qui, atteinte de deux périonites successives et partielles, après divers accidents d'inflammation et de suppuration d'un kyste de l'ovaire, suite de la *onzième ponction* (la maladie date de neuf ans), a présenté une oblitération de la veine tibiale postérieure droite avec œdème léger et douleur locale, puis au moment du départ du caillot prolongé de la poplitée, quelques suffocations, syncopes, et une oblitération *complète et subite* de la veine crurale et du membre opposé; enfin même phénomène dans le membre primitivement atteint, le droit, *mais sans les symptômes de douleur et de chaleur générales très-vifs à gauche*. Peut-être la valeur de notre explication est-elle plus douteuse chez cette intéressante malade. Il s'agit, en effet, de l'ovaire droit, et soit que la coagulation ait fermé d'abord la veine ovarique et produit un caillot prolongé dans la veine cave, gênant le cours du sang et causant, suivant ses dispositions, les coagulations successives indiquées, soit que le kyste enflammé n'ait agi que par compression sur l'iliaque primitive, sur la veine cave elle-même, en produisant la gêne, puis l'arrêt de la circulation de proche en proche dans les deux branches veineuses, toutes ces coagulations pourraient être rapportées à cette action du kyste par l'un ou l'autre de ces modes, mais j'insiste sur la différence de la physiologie pathologique dans les deux membres, différence qui serait favorable à la marche des accidents, telle que je l'ai indiquée d'abord. D'ailleurs la situation de la malade, améliorée sous tous les autres rapports, reste encore incertaine et périlleuse sur les suites possibles de la désagrégation de caillots divers, qui à chaque instant apporte quelque trouble à la circulation et à la respiration, sans avoir jusqu'ici produit ni infarctus pulmonaires, ni phénomènes d'embolies capillaires, ni troubles secondaires apparents, mais seulement, et à diverses reprises, un état de demi-syncope avec gêne comme *asthmatique* et rare sibilant trachéal, légère cyanose semblant indiquer le dépôt successif dans les grosses divisions artério-pulmonaires du caillot de Virchow (1).

La plasticité du sang, augmentée par l'état inflammatoire combiné à l'anémie, est-elle ici un préservatif, et favorise-t-elle l'adhésion de caillots moyens lancés dans l'artère pulmonaire et arrêtés aux bifurcations, dans ses premières divisions? La *pression sous-sternale constante*, augmentant parfois *subitement*, me fait penser que c'est là la véritable interprétation de cet état bien précaire (2).

Discussion. — Après cette longue digression à l'occasion d'un fait qui m'a paru intéressant à signaler, il me reste à faire à nos observations de guérison d'embolies, l'application des diverses notions que nous avons exposées. Lorsqu'on a bien compris que tout le danger des embolies réside dans la disposition du caillot prolongé telle que l'a si bien indiquée Virchow, qu'il résulte de l'examen de tous les faits que la plébité proprement dite n'est pour rien ou presque rien dans leur production, qu'au contraire elle serait une cause de préservation en fixant les caillots, même le caillot prolongé, s'il avait été produit, aux parois des vaisseaux, en facilitant leur accolement, leur adhésion à ces parois, leur dessèchement, pour laisser se rétablir le passage du sang sans rupture ni migration; lorsqu'on a puisé aux preuves expérimentales et nécropsiques la conviction que les bonnes qualités du sang sont avant tout la condition essentielle d'une heureuse terminaison des effets de ces voyages et arrêts de caillots, et que dans ces déplacements subits, dont les conséquences sont si variées, tout dépend alors du volume de l'embolus, on connaît

la cause de l'embolie la plus ordinaire, qu'on saisira désormais dans sa physiologie symptomatique, et le mécanisme de sa guérison, quelle que soit la situation qu'elle affecte dans les vaisseaux.

En effet, qu'un caillot parti de l'une des veines crurales, iliaques, ou de la veine cave inférieure, cas le plus fréquent, aille traverser le cœur sans y faire sentir sa présence, ce qui est bien établi par les observations cliniques et par les expériences, il se révélera en s'arrêtant à la première bifurcation de l'artère pulmonaire, s'il est un peu volumineux, par une oppression subite, un sentiment de suffocation et de défaillance qui le plus souvent fait jeter un cri d'effroi aux malades et terrifie les assistants, tant le tableau de la mort imminente se montre saisissant en pareille occurrence, et sans doute une mort subite peut, en effet, s'ensuivre si le caillot remplit le calibre du tronc ou de l'une des branches principales du vaisseau, les exemples n'en sont que trop nombreux; mais aussi, nous venons de l'exposer, malgré la gravité des circonstances, la guérison peut se produire: c'est la marche que nous avons remarquée 10 fois sur les 15 cas rapportés dans la *Première partie*, et 1 fois encore dans la *Troisième partie*. Ces symptômes suivis de guérison ont persisté plus ou moins longtemps, tantôt en se reproduisant, tantôt d'une manière continue mais eu s'affaiblissant, tantôt enfin en se compliquant d'une hémoptysie plus ou moins prolongée, plus ou moins renouvelée; c'est-à-dire que le caillot s'organise, devient adhésif, se dessèche sur place en laissant peu à peu le vaisseau reprendre son calibre après avoir reçu du sérum *pré-ariétal* ses organes d'absorption dans des *vaisseaux capillaires de nouvelle formation* qui l'unissent à la paroi.

Ou bien, si le caillot se divise, une partie seulement restera sur place pour y subir les métamorphoses que nous venons d'indiquer, tandis qu'un autre fragment ayant pénétré dans une branche de troisième ou de quatrième ordre, qu'il a complètement bloquée, celle-ci reste fermée à la circulation, le tissu qu'elle arrosait se dessèche, se vide, à moins que les artères bronchiques, se substituant à l'artère *fonctionnelle* et ajoutant à leur rôle nourricier celui de l'hématose, ne deviennent *vicariantes*, suivant l'expression consacrée; ou bien enfin le tissu pulmonaire, qui était parcouru par l'artère désormais fermée, entre en turgescence sous l'effort de pression en retour de l'*hyperhémie de compensation*, se rompt et alors présente une véritable *caverne* embolique, l'*infarctus*, qui à son tour offrira diverses phases suivant son étendue, suivant l'état plus ou moins actif de l'hyperhémie de compensation, et surtout, cela est démontré par l'expérimentation comme par la clinique, suivant la disposition qu'il rencontre dans les organes affectés; si ces dernières sont bonnes, ce peu de jours et sans autres accidents, après avoir produit et d'une manière *subite* les signes et symptômes d'une vraie caverne tuberculeuse, le sang s'y coagule, s'y dessèche, s'y agglutine, et la cicatrisation fibreuse va fermer celle-ci; ou bien une membrane lisse enveloppera le caillot desséché. Mais avant que ces résultats ne soient produits, l'hyperhémie de compensation peut être portée au point de développer une véritable pneumonie à la circonférence, qui suivra son cours ordinaire, et qui, peu étendue, se terminera par la résolution le plus souvent; mais si les conditions premières individuelles ne sont pas bonnes, ce qu'il est bien difficile de préjuger, surtout dans les *cas aigus*, dans les embolies des variqueux, des blessés, des brûlés, etc., l'inflammation peut passer à la suppuration, à la gangrène, et des désordres généraux et locaux se produiront, désordres qu'il n'entre pas dans notre sujet d'exposer.

Nous avons jusqu'ici supposé une portion de caillot un peu considérable comme cause d'embolie, mais si le fragment est moindre, si surtout il est presque moléculaire, il peut aller produire des effets *capillaires*, et c'est jusqu'à la surface pulmonaire qu'il ira faire son dépôt hématisque, développant ou plutôt *simulant* la plénésie, et cela dans les deux côtés à

(1) Ce diagnostic a paru le seul acceptable, à l'un des plus distingués chirurgiens des hôpitaux de Paris, M. le docteur F. Guyon, auquel j'ai montré cette malade, et qui a encouragé mon espoir de la conserver.

(2) N'est-ce pas par un mécanisme semblable que s'expliquerait la formation de la véritable *phlegmasia alba dolens*, cet œdème chaud actif descendant, si bien décrit à la fin du dernier siècle, et que beaucoup de médecins des hôpitaux d'accouchements persistent à distinguer de l'œdème froid, passif, ascendant, conséquence de la plébité ou de la coagulation des veines des membres inférieurs?

la fois et principalement en arrière : ce sont les *embolies capillaires*. On conçoit facilement la guérison en pareil cas, l'oblitération partielle du système capillaire du poumon n'a rien qui s'oppose à l'exercice de sa fonction. C'est le fait qu'on observe principalement à la suite des coagulations dans les varices, car ici le dessèchement est tel qu'il y a production de *phlébolithes* et qu'il est possible de concevoir une fragmentation si fine, et de celles-ci, soit, mieux encore, du caillot lui-même, qu'elle pourra reproduire les effets des expériences avec les poudres impalpables de charbon ou de fibrine desséchée ; par là aussi il est possible de comprendre la production de ces embolies *secondaires d'embolie*, les embolus traversants, à cause de leur extrême finesse, le système capillaire pulmonaire, allant s'accumuler dans le système capillaire général et y produisant des symptômes analogues à ceux que les expériences de Panum et de M. Feltz ont fait connaître. C'est ce que nous croyons avoir observé, il y a deux ans, chez la femme qui fait l'objet de notre seizième observation, alors qu'à la suite de varices enflammées elle présente les symptômes hizarres d'une sorte de névralgie partielle du pneumogastrique, à son départ de la moelle, avec ces vomissements si fréquents, si opiniâtres qu'aucune affection particulière n'expliquait (1). Peut-être s'agissait-il là même d'une de ces hyperémies de compensation du sommet de la moelle épinière, sur lesquelles Panum a appelé l'attention, à la suite des embolies de la substance nerveuse ; sa persistance pourrait le faire penser, comme la *ténuité* de la lésion en expliquerait la guérison (*Arch. de méd.*, sept. 1863, p. 298).

Je viens de parler des embolies secondaires d'embolie. Je dois surtout insister sur les embolies secondaires *consécutives* qui ne peuvent plus être mises en doute. En effet, pour mon compte, je les ai observées trois fois, et elles l'ont été certainement par beaucoup d'autres ; si elles n'ont pas été plus souvent signalées, c'est qu'elles ont échappé à l'observateur seul parce que les effets ont été très-superficiels, très-éphémères, soit parce que ces effets, bien que constatés, n'ont pas été rapportés à leur véritable cause. Nous n'en sommes plus à les nier par les objections théoriques de l'exiguïté relative des capillaires du poumon comparés aux capillaires généraux, ou de l'absence de démonstration des communications *vasculaires directes* entre les artères et les veines pulmonaires ; le fait est aujourd'hui constant : c'est d'abord dans les cavernes emboliques que se passe le phénomène, ce sont les vaisseaux d'un certain calibre, les *veinules* pulmonaires, ce sont aussi les *veinules* de la membrane médullaire dans les embolies des os, qui transmettent les embolus, ainsi que Virchow et M. Feltz l'ont constaté chez l'homme, ainsi que ces savants expérimentateurs l'ont démontré par leurs injections et que Bush l'a fait voir pour les embolies graisseuses et par l'expérience avec l'*huile cinabré*. Mais il est possible aussi de les comprendre par le passage direct de très-fins embolus à travers les capillaires du poumon malgré leur exigüité, car les expériences l'ont bien établi et la clinique permet de l'affirmer en s'éclairant de cette pathologie expérimentale et jugeant en quelque sorte à sa *clarté* les faits de ce genre qu'elle rencontre, analogues d'ailleurs à celui de M. Feltz, cité plus haut.

Ainsi : caillots restés dans l'artère pulmonaire et s'y accimant, divisions de cette artère fermées par les embolies, infarctus, embolies capillaires, embolies secondaires, d'embolie ou primitives et consécutives ; toutes ces variétés, démontrées par l'anatomie pathologique et la pathologie expérimentale, sont susceptibles de guérison sur l'homme, comme elles le sont sur les animaux soumis aux injections, et les faits que nous avons cités les présentent d'une manière plus ou moins évidente. En effet, il est incontestable que la première dispo-

sition a dû exister dans les observations relatées par M. Houel (n° 1), par M. Azam (n° 4), dans celles rapportées à l'Académie par MM. Demarquay, Bourdon, Depaul et Moutard-Martin n° 6, 7, 8, 9, 10, 11), dans le cas de contusion observé par moi (n° 13) et dans l'observation de coagulation par varices (n° 14) ; enfin dans celle d'inflammation de kyste ovarique qui est en ce moment sous mes yeux, et dans laquelle la malade a déjà subi un assez grand nombre de fois le même accident, en tout onze fois.

Dans quelques-uns de ces cas cependant, les premiers symptômes ont été suivis d'affections pulmonaires plus ou moins réitérées, ce qui s'est produit chez le malade de M. Azam, chez les deux de M. Bourdon, chez mon premier malade (n° 13) dont les accidents ont été si complexes, chez les malades n° 15 et 16 : en tout 6 fois. Mais la forme hémoptoïque ou pneumonique a eu lieu aussi alors que la dyspnée du début avait été à peine exprimée ; ainsi chez le gouteux de Johnson (n° 5) dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, comme chez le malade de M. Colin (n° 3), qui a eu des hémoptysies répétées après des oblitérations veineuses des membres inférieurs (1). Mais dans tous ces cas la migration du caillot ou des caillots emboliques semble s'être bornée aux poumons ; aucune de ces observations, bien que quelques-unes aient offert des accidents prolongés ou réitérés à des intervalles souvent assez longs, aucune, dis-je, n'accuse la conséquence d'embolies secondaires se produisant dans le système artériel général ou dans les capillaires généraux, en dehors des faits qui me sont personnels ; je ne retrouve cette marche que dans l'observation suivie de mort et rapportée par Johnson (n° 9 de la *Deuxième partie*).

J'insisterai sur mes propres observations, au moins sur ce point important, soupçonné par Panum, confirmé par Virchow et cliniquement et expérimentalement, et mieux encore par Bush et M. Feltz par les mêmes voies, et déjà remarquable dans le fait de M. Houel, dans lequel on observe le poulx *plus faible à la radiale droite*.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 10 AVRIL 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

SUR LA FORMATION DU SUCRE DANS LE SANG OU SUR LA FONCTION DE LA GLYCÉMIE PHYSIOLOGIQUE, par M. Claude Bernard. — L'auteur continue l'exposé historique et critique qu'il a commencé dans les séances des 10 et 17 janvier dernier. Nous en extrayons le passage suivant :

« ... Les médecins et les chimistes qui ont recherché la présence du sucre dans le sang se sont divisés en plusieurs camps les uns, tels que Dobson, Rollo, Ambrosiani (*Annal. univ. medic.*, Milano, 1835), Mac-Gregor, admirent la présence du sucre dans le sang des diabétiques ; les autres, tels que Nicolas et deville, Vauquelin et Ségalas (*Note sur le diabète sucré*, in *Journal de chimie médic.*, t. I, p. 1, 1825), Henry et Soubeiran (*Journal pharmacie*, t. XII, p. 320, Paris, 1826) fa nièrent ; enfin un troisième groupe d'observateurs, tels que Wollaston (*On the existence of sugar in the blood*, etc., in *Philosoph. Mag.*, t. XXXVII, p. 79), Bouchardat (*Revue médicale*, p. 321, 1839), avancèrent que la présence du sucre dans le sang des diabétiques n'est pas une chose constante. Que penser de ces opinions diverses et même opposées ? Faut-il les admettre toutes comme étant fondées sur l'observation de faits réellement contradictoires ? Certainement non ; car les phénomènes de la nature, par eux-mêmes, ne sauraient être contradictoires : ce sont les opinions erronées qui seuls se contredisent ; et, à ce sujet, on

(1) Comme elle a offert, cette année, des phénomènes d'hémiplegie passagère sur l'influence très-probable d'embolies capillaires secondaires, cette fois consécutives à un infarctus. Je dirai plus loin la fin de cette observation, si heureusement terminée malgré ses complications.

(1) M. Lancereux cite, dans son

l'interprétation des faits avec les faits eux-mêmes. Quand on dit, par exemple, qu'il y a ou qu'il n'y a pas de sucre dans le sang des diabétiques, on n'exprime pas un fait, comme on semble le croire, on émet simplement une opinion ou une interprétation déduite de l'emploi de méthodes ou de procédés de recherches qui constituent seuls les faits nécessaires à connaître pour porter un jugement sur l'opinion exprimée. Or nous allons voir que les méthodes expérimentales, et par conséquent les interprétations qu'on en a tirées sont fautes aussi bien de la part de ceux qui ont affirmé que de ceux qui ont nié la présence du sucre dans le sang. Je ne fatiguerai pas l'Académie par les détails de mon examen critique (*Revue scientifique*, nos 22 et 23, année 1874), je m'arrêterai seulement à quelques indications générales qui seront relatives à : 1° aux procédés chimiques mis en usage pour la recherche du sucre dans le sang ; 2° aux conditions physiologiques dans lesquelles le sang a été examiné ; 3° enfin à l'influence que les idées théoriques régnaient ont exercée sur la direction des recherches.

» Relativement aux procédés chimiques de la recherche du sucre dans le sang, il y a des auteurs, tels que Dobson, Wollaston, Bouchardat, qui n'indiquent pas la manière dont ils ont opéré ; leur opinion se réduit ainsi à une simple assertion qui ne repose sur aucune démonstration. Vauguelin et Ségalas ont opéré sur le sang après sa coagulation et vingt-quatre heures après la saignée. Ils ont fait un extrait alcoolique dans lequel, disent-ils, n'y ont pas reconnu la saveur sucrée. Henry et Soubeiran ont également examiné le sang après sa coagulation et en ont fait de même un extrait alcoolique dans lequel ils n'ont pu constater le sucre ni par la saveur sucrée ni par la fermentation. Quant au professeur de Pavie, Ambrosiani, il a procédé autrement : il a coagulé le sang par la chaleur après l'avoir étendu d'une certaine quantité d'eau ; il a séparé, par le filtre, la partie coagulée, et a obtenu un liquide rougeâtre dont il a précipité encore les matières albuminoïdes par l'acétate de plomb. Il s'est débarrassé ensuite de l'excès de plomb par un courant d'hydrogène sulfuré et a achevé de clarifier en faisant bouillir avec une solution aqueuse de blanc d'œuf battu. Le liquide final étant concentré par l'évaporation, il y constata la présence du sucre à l'aide de la fermentation. Mac-Gregor a suivi la même méthode et, comme Ambrosiani, il a constaté l'existence du sucre dans le sang.

» Sans doute, en tant que procédé chimique, la précipitation du sang par l'alcool, mise en usage par Vauguelin et Ségalas, par Henry et Soubeiran, est un bon moyen de séparer le sucre qui reste dissous dans l'extrait alcoolique ; mais notre objection portera ici sur les conditions physiologiques dans lesquelles le sang a été examiné, et nous dirons immédiatement que la destructibilité du sucre dans le sang est si grande qu'une recherche faite vingt-quatre heures après la saignée, comme l'ont pratiquée les observateurs que nous venons de nommer, n'a aucune valeur : il faut agir sur le sang chaud au sortir des vaisseaux. Nous verrons plus loin que toute l'exactitude des résultats chimiques, dans le sujet qui nous occupe, dépend des conditions physiologiques dans lesquelles on s'est placé : ce qui prouve une fois de plus, comme nous ne cessons de le répéter, que la chimie biologique reste complètement incertaine si elle n'a pas la physiologie elle-même pour base. Quant aux analyses positives d'Ambrosiani et de Mac-Gregor, elles peuvent, comme les autres, pécher par les conditions physiologiques, mais elles sont en outre passives d'une cause d'erreur grave qui tient au procédé chimique lui-même. En effet, dans ce procédé, on clarifie le liquide dans lequel on recherche le sucre avec du blanc d'œuf. Or nous savons aujourd'hui (Bernard et Barreswil, *Compte rendu de la Société de biologie*) que le blanc d'œuf renferme du sucre (glycose), et en plus forte proportion que le sang lui-même. Il n'est donc pas étonnant qu'Ambrosiani et Mac-Gregor aient trouvé du sucre dans le sang, puisque, sans s'en douter, ils en ajoutaient par le fait du procédé de recherche qu'ils ont mis en usage.

» Au résumé, de tout ce que nous venons de dire il résulte que les expériences au moyen desquelles les auteurs précédemment cités ont cru pouvoir nier ou affirmer la présence du sucre dans le sang chez les diabétiques n'ont réellement aucune valeur scientifique ; elles doivent être rayées de la science et répudiées comme des essais, des tâtonnements entachés d'erreur qui ne méritent plus que l'oubli.

» n'en dirons pas autant des expériences de Tiedemann et Magendie ; ils ont agi sur le chyle, le sang frais du chien, du lapin, du bœuf ; ils ont précipité les matières coagulables du sang par l'acétate de plomb, et ont constaté la présence du sucre dans l'extrait alcoolique obtenu par l'évaporation. Magendie a constaté dans ses

expériences ; mais je sais et je puis dire que le sang a été coagulé au sortir des vaisseaux par l'eau bouillante, et le sucre constaté à l'aide du réactif cupropotassique, soit directement, soit après évaporation et concentration. Les expériences de Tiedemann et Magendie, ainsi que celles de Magendie, restent donc exactes comme faits bruts, mais l'interprétation qui les faisait rattacher à une alimentation amyliacée ou sucrée est au contraire erronée....

» Or, pour prouver que le sucre du sang provenait bien des matières amyliacées, il ne suffisait pas d'avoir rencontré du sucre dans le sang des animaux nourris avec de la fécule, mais il fallait, d'autre part, démontrer qu'il n'en existait pas dans le sang des animaux privés de matières amyliacées dans leurs aliments. C'est en faisant cette simple expérience de contrôle que j'ai trouvé qu'il y a toujours du sucre dans le sang de tous les animaux, quelle que soit la nature de l'alimentation, et même en l'absence de toute alimentation, c'est-à-dire après une abstinence prolongée. »

AIR ATMOSPHÉRIQUE. — M. Piarron de Mondésir soumet au jugement de l'Académie une note sur la composition de l'air atmosphérique. Suivant l'auteur, les propriétés acquises par l'azote et par l'oxygène, dans le mélange qui constitue l'air, doivent être attribuées à des rotations des molécules, accompagnées d'une modification dans le volume de la masse gazeuse. (Commissaires : MM. Boussingault, Berthelot.)

CANDIDATURE. — M. A. Gubler prie l'Académie de vouloir bien le comprendre parmi les candidats à la place laissée vacante, dans la section de médecine et de chirurgie, par le décès de M. Andral. M. Piorry avait aussi fait acte de candidature dans une précédente séance. (Renvoi à la section de médecine et chirurgie.)

SUR LES ÉCHANGES D'AMMONIAQUE ENTRE LES EAUX NATURELLES ET L'ATMOSPHÈRE, par M. Th. Schlosing. — Les nouvelles recherches de l'auteur tendent à montrer que la quantité d'alcali condensée dans chaque gramme d'eau croît à mesure que la température diminue, malgré l'appauvrissement graduel de l'air ; cela nous fait comprendre comment les pluies d'hiver, bien que débitées par des nuages déjà refroidis, sont cependant aussi et même plus riches que les pluies d'été, ainsi que l'ont démontré les recherches instituées à Lyon par Bincau, à Paris et en Alsace par M. Boussingault, à Rothamsted par MM. Lawes et Gilbert, par M. Bretschneider en Silésie, et par d'autres observateurs en d'autres lieux.

DU CHANGEMENT DE VOLUME DES ORGANES DANS SES RAPPORTS AVEC LA CIRCULATION DU SANG. Note de M. A.-F. Franck. — L'appareil dont l'auteur a fait usage consiste essentiellement en un bocal rempli d'eau et dans lequel on plonge la main à explorer : un tube vertical muni d'une ampoule établit la communication avec un tambour à levier inscripteur ; la membrane de caoutchouc à travers laquelle passe la main est fixée à l'aide d'une plaque métallique. Une graduation préalable de l'appareil permet d'apprécier la valeur absolue des changements de volume de la main dont on inscrit les variations rapides. Voici les conclusions principales que l'auteur tire de trois séries d'expériences :

Première série : *Variations normales du volume de la main.*
— 1° Les doubles mouvements de la main affectent avec la fonction cardiaque les mêmes rapports que le pouls de l'artère radiale ; ils fournissent un tracé identique à celui du pouls recueilli avec le sphygmographe à transmission de M. Marcy ; on doit les considérer dès lors comme l'expression directe des pulsations totalisées des vaisseaux. 2° Le retard de l'expansion vasculaire de la main sur le début de la systole cardiaque est le même que celui de l'artère radiale ; il varie, comme celui-ci, avec l'évacuation plus ou moins facile du cœur gauche. 3° Chaque pulsation de la main présente un diastole simple ou double. 4° Le volume de la main augmente pendant l'expiration, diminue pendant l'inspiration ; mais ce rapport peut varier suivant le type respiratoire. 5° L'effort chasse du sang artériel à la périphérie et n'entraîne pas le retour du sang veineux de la main.

Deuxième série : *Variations produites par des influences mécaniques.* — 1° La compression de l'artère humérale supprime les pulsations, produit une notable diminution du volume de la main, mais n'empêche pas les collatérales de ramener du sang; après la compression, la main acquiert un volume plus considérable qu'auparavant. 2° La compression des fémorales, la contraction musculaire des membres inférieurs, la pression exagérée exercée sur ces membres, l'élevation d'un membre supérieur, produisent l'augmentation de volume de la main explorée. 3° La compression veineuse est accompagnée d'une augmentation graduelle et saccadée du volume de la main, et celle-ci conserve après la décompression un volume exagéré.

Troisième série : *Variations produites par des influences nerveuses directes ou réflexes.* — 1° Le refroidissement modéré de l'eau dans laquelle la main est plongée détermine du resserrement vasculaire. 2° L'application *passagère* du froid sur la peau du bras produit une diminution de volume de la main correspondante. 3° Le resserrement des vaisseaux est dû à un réflexe des nerfs sensibles sur les nerfs vasculaires: c'est ce que démontre la diminution de volume d'une main quand on *touche* la peau du dos de la main opposée avec un morceau de glace. L'effet réflexe ne se produit qu'au bout de deux à quatre secondes, et le temps perdu des muscles vasculaires augmente avec la fatigue de ces muscles. 4° Dans toutes ces expériences, l'action réfrigérante sur le sang ne peut être invoquée, à cause de l'extrême brièveté du contact du corps froid; l'état du cœur n'est pas non plus modifié; les phénomènes sont tous *vasculaires*. 5° L'excitation *faradique* de la peau a toujours donné lieu, *comme fait initial*, à un resserrement *vasculaire*.

RECHERCHES SUR LES FONCTIONS DE LA RATE. Note de MM. L. Malasséz et P. Picard. — Dans une note antérieurement publiée aux *COMPTES RENDUS* (30 novembre 1874), l'un des auteurs a indiqué qu'il existe toujours dans la rate de l'animal une forte proportion de fer, très-supérieure à celle qu'il est possible d'attribuer au sang qui baigne l'organe. Pour expliquer ce fait, deux hypothèses se présentaient: ou bien il existait dans la rate une substance ferrugineuse spéciale; ou bien cet organe contenait de l'hémoglobine non attribuable au sang, mais fixée sur ses éléments propres.

Une expérience semble démontrer que le fer de la rate est purement et simplement contenu dans de l'hémoglobine, distincte de celle du sang qui baigne l'organe. On sait qu'il existe dans les muscles une petite quantité d'hémoglobine unie au faisceau primitif, et que ce fait a été démontré par M. Kühne. En principe, la méthode ici employée est analogue à celle qu'il a suivie cet auteur: elle est fondée sur la non-solubilité de l'hémoglobine dans les solutions d'eau chargée de chlorure de sodium en proportion convenable; cette propriété permet d'enlever mécaniquement le sang contenu dans les vaisseaux sans agir sur l'hémoglobine située en dehors d'eux.

Expérience du lavage de la rate. — On commence par faire passer par l'artère splénique 5 à 6 litres de la solution de sel marin; après cette opération, le liquide sort incolore par la veine. A ce moment de l'expérience, la rate est encore fortement rouge, et cependant on peut considérer qu'elle ne contient plus de sang. Si l'on fait alors passer par l'artère splénique de l'eau ordinaire ou de l'eau distillée, on voit que le liquide se met à couler presque immédiatement fortement teinté de rouge. En même temps, l'organe perd rapidement sa couleur première, pour en revêtir finalement une jaunepaille très-faible. On peut obtenir ainsi, et avant ce terme, 1 litre et demi, 2 litres de solution rouge. L'eau a dissous peu à peu une substance rouge qui colorait l'organe, substance qui n'avait pas été entraînée par le lavage du système vasculaire de l'organe. Or, l'analyse qualitative du liquide montre que cette substance n'est autre que de l'hémoglobine identique à celle des globules sanguins.

Cette expérience démontre donc l'existence de l'hémoglobine dans la rate hors du système vasculaire.

Les analyses de fer, faites sur des rates lavées complètement, montrent que la presque totalité de ce métal a été enlevée, qu'il a été entraîné en même temps que l'hémoglobine. On peut en conclure que, « selon tous les faits connus jusqu'ici », ce métal est dans la rate purement et simplement à l'état d'hémoglobine identique à celle du sang.

RAPPORTS PHYSIOLOGIQUES ENTRE LE NERF ACOUSTIQUE ET L'APPAREIL MOTEUR DE L'ŒIL. Note de M. E. Cyon. — Voici un résumé des conclusions de ce travail:

1° Les troubles dans l'appareil moteur, occasionnés par les opérations sur les canaux semi-circulaires, ne se produisent pas d'une manière uniforme chez les animaux de différentes espèces: chez les grenouilles, ces troubles se limitent presque exclusivement aux muscles du tronc; chez les pigeons, ce sont principalement les muscles de la tête qui sont atteints; chez les lapins, ce sont surtout ceux du globe oculaire.

2° L'opinion soutenue dernièrement par M. Goltz et moi et acceptée par la plupart des physiologistes, que la perte d'équilibre survenait après la section des canaux semi-circulaires est occasionnée par les notions erronées que l'animal opéré conçoit sur la position de sa tête dans l'espace n'est donc plus soutenable.

3° Les mouvements du globe oculaire, observés après ces lésions, ne sont pas des mouvements *compensateurs*: ils sont la suite immédiate et directe de la lésion des canaux.

4° Par l'excitation du canal horizontal chez le lapin, on produit une rotation de l'œil du même côté, telle que la pupille se trouve dirigée en arrière et en bas; celle du canal vertical postérieur produit une déviation de l'œil avec la pupille dirigée en avant et un peu en haut; celle du canal vertical antérieur, en arrière et en bas.

5° L'excitation d'un canal produit toujours les mouvements oculaires dans les deux yeux; mais, dans le globe du côté opposé au canal atteint, les mouvements ont lieu dans le sens contraire à ceux du globe de l'autre côté. La pupille se contracte du côté où a lieu l'excitation et reste dilatée du côté opposé.

6° Au moment même de l'excitation, la contraction des muscles moteurs du globe oculaire a un caractère *tétanique*.

7° Ces mouvements oscillatoires disparaissent lorsqu'on sectionne le nerf acoustique du côté opposé. De nouvelles excitations d'un canal semi-circulaire ne produisent plus que des contractions tétaniques.

8° L'excitation d'un nerf acoustique produit de violentes rotations des deux globes oculaires. La section d'un nerf acoustique provoque une forte déviation du globe du même côté, telle que la pupille se trouve dirigée en bas, tandis que de l'autre côté l'œil se porte en haut. Cette déviation disparaît après la section du second nerf acoustique.

9° Les mouvements de la tête et du tronc qu'on observe chez les pigeons, après la lésion des canaux semi-circulaires, sont décrits d'une manière très-exacte dans les classiques Mémoires de Florens.

SUR LA PERSISTENCE DE L'INTERMAXILLAIRE CHEZ L'HOMME. Note de M. A. Roujou. — L'auteur a constaté des traces de séparation des *intermaxillaires* d'avec les maxillaires, sur des crânes *humains modernes*, trouvés dans la région montagneuse qui s'étend des Dômes aux Dorez, département du Puy-de-Dôme. Il n'a jamais observé ce caractère sur aucun crâne de la Limagne, même sur les plus dégradés, non plus que dans les environs de Paris; le seul crâne français qu'il connaisse comme présentant cette particularité est celui d'une jeune femme prognathe, trouvé dans les environs de Saint-Acheul. Faut-il voir dans ce fait un caractère anatomique d'une de nos plus anciennes races, ou simplement une particularité locale résultant d'influences dégradantes?

Académie de médecine.

SÉANCE DU 18 AVRIL 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. BOULEY.

M. le Directeur général de l'Assistance publique adresse à l'Académie une lettre demandant des exemplaires des *COURSIS HÔPITALIERS AUX NÈGRES ET AUX SOUVENIRS*, publiés par les soins de la commission permanente de l'Hygiène de l'enfance.

L'Académie reçoit de M. Favre, une lettre de remerciements au sujet de sa nomination au titre d'associé national.

M. Noël Gueneau de Mussy offre en son nom à l'Académie une brochure intitulée : *CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES MALADIES MATRIMONIALES, suivies de quelques considérations sur l'hygiène et l'éducation des jeunes filles.*

M. Larrey présente, de la part de M. le docteur Lucien Leclerc, le premier volume d'un ouvrage intitulé : *HISTOIRE DE LA MÉDECINE ARABE.*

M. Villemin dépose sur le bureau un rapport manuscrit de M. le docteur, *Mots sur les vaccinations dans le cercle de Biskra.*

M. Depaul présente : 1° au nom de M. le docteur Génard, un travail sur *le soufflet maternel.* — 2° la thèse inaugurale de M. le docteur Dudin, ayant pour titre : *DE LA TÊTE DU FŒTUS AU POINT DE VUE DE L'ONTOGÉNÈSE.*

M. Gubler offre, au nom de M. le docteur Deshayes, un travail sur *le traitement de la fièvre typhoïde par l'acétic.*

ÉLECTION. — L'Académie procède à l'élection d'un membre dans la section de thérapeutique. Les candidats proposés étaient, par ordre de présentation, MM. Oulmont, Boinet, Delieux de Savignac, Constantin Paul et Dujardin Beaumetz. M. Oulmont est nommé par 66 voix sur 73 votants. M. Boinet obtient 5 voix.

LA COLIQUE DE PLOMB A LA MARTINIQUE. — M. Larrey, au nom de M. Bérenger-Féraud, donne lecture d'une note sur l'existence de la colique de plomb chez les créoles blancs ou de couleur à la Martinique.

M. Bérenger-Féraud se propose d'élucider la question encore très-controversée de savoir si dans les colonies les indigènes, les races colorées présentent ou non une immunité que n'ont pas les blancs vis-à-vis de l'influenctoxique des préparations saturnines.

Il rappelle qu'à une époque où les coliques des pays chauds étaient désignées sous le nom de coliques sèches, bilieuses, nerveuses, végétales, et étaient exclusivement rattachées à une intoxication niématique, Dutrouleau avait émis cette opinion que les noirs et les créoles en étaient exempts. Plus tard, quand Lefèvre eut démontré que le plus souvent ces coliques sèches n'étaient que des accidents saturnins, on continua à admettre pour les indigènes la même immunité que pour les coliques sèches. Malgré les restrictions faites par MM. les docteurs Thèze, Villette et Delton, l'opinion de Dutrouleau prévalut, et l'on admit que les races colorées n'étaient pas atteintes par l'intoxication saturnine.

M. Bérenger-Féraud a repris la question et se propose d'établir que les créoles blancs ou de couleur sont aussi sujets que les Européens aux coliques de plomb. Il rapporte à l'appui huit observations de coliques saturnines ayant atteint des indigènes, des mulâtres proprement dit, un Cafre, c'est-à-dire un individu issu de mulâtre et de négresse, et enfin un quarteron, c'est-à-dire un sujet issu de blanc et de mulâtresse.

Après avoir fait observer que les symptômes sont absolument les mêmes chez les indigènes que chez les Européens, M. Bérenger-Féraud ajoute que l'intensité, la diversité, la gravité et la fréquence des accidents sont en rapport avec l'intoxication subie par l'individu, c'est-à-dire avec la quantité de plomb absorbé. Ces accidents ne sont nullement en rapport direct ou éloigné avec la race, comme semblent l'admettre certains médecins.

Des observations nombreuses, recueillies dans les archives de l'hôpital militaire de Fort-de-France ou de Saint-Pierre, démontrent donc d'une manière irréfutable l'existence des coliques de plomb chez les créoles blancs ou colorés des Antilles. M. Bérenger-Féraud se demande comment un esprit aussi sagace, aussi observateur que Dutrouleau a pu formuler une opinion tellement en désaccord avec les faits.

Il en donne la raison suivante : Dutrouleau a quitté les Antilles en 1857, à une époque où la marine locale avait relativement peu d'extension et où les chauffeurs et les mécaniciens créoles étaient en nombre extrêmement restreint. Depuis,

la vapeur s'est généralisée aux Antilles comme force motrice; on emploie surtout les créoles, et depuis cette époque on a vu la colique de plomb se développer chez eux comme chez les Européens. Dutrouleau avait donc raison au moment où il formulait son opinion; mais cette immunité des races colorées n'était qu'apparente, et M. Bérenger-Féraud croit pouvoir conclure des faits observés que « aux Antilles comme au Sénégal, et probablement dans tous les pays tropicaux, tous les individus, quelle que soit leur origine, quel que soit le teint de leur peau, sont égaux devant l'action pernicieuse des composés plombiques ».

M. Gubler rapporte à cette occasion l'histoire d'une famille qu'une sorte d'épidémie de coliques sèches avait chassée d'une de nos colonies. Les médecins ne savaient à quelle cause attribuer les accidents saturnins dont étaient atteints depuis quelque temps la plupart des habitants de cette colonie. Parmi les membres de la famille qui vint consulter M. Gubler, le père seul n'avait jamais eu d'accidents. Quant à la mère et aux deux jeunes filles, elles présentaient les symptômes les plus caractérisés de l'intoxication saturnine. M. Gubler se demandait quelle pouvait en être l'origine, quand le hasard lui fit découvrir une poudre blanche dont se servaient les jeunes filles pour se poudrer et qu'elles avaient rapportée en grande quantité en France : cette poudre contenait 20 pour 100 de céruse; elle était fabriquée et débitée par un pharmacien de la colonie, qui avait ainsi intoxiqué toute la population. M. Gubler cite ce fait comme une source nouvelle de l'intoxication et comme preuve à l'appui de l'opinion Lefèvre sur l'origine saturnine des coliques de pays chauds.

M. Hardy ajoute que le travail de M. Bérenger-Féraud élucide bien la question de l'existence de la colique de plomb chez les indigènes des Antilles, mais il lui paraît avoir laissé de côté la colique sèche, qui existe aussi en réalité dans les colonies. Il se demande quelle en est la nature et désirerait avoir l'opinion de M. Leroy de Méricourt sur cette question et les faits rapportés par M. Bérenger-Féraud.

M. le Président interrompt la discussion et la renvoie à la prochaine séance, l'Académie devant se former en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. Villemin.

M. Leroy de Méricourt se contente de répondre pour le moment que les faits observés par M. Bérenger-Féraud sont absolument conformes à la vérité.

TRANSFUSION DU SANG. — M. le docteur Roussel (de Genève) présente à l'Académie un nouvel appareil destiné à la transfusion directe du sang de l'homme à l'homme. Cet appareil a pour principal avantage de soustraire le transfusé au contact de l'air et d'éviter la plébité que déterminent souvent sur la veine qui fournit le sang l'introduction et la ligature de la canule. Ce transfuseur se compose d'un ballon de caoutchouc pour puiser le sang dans un cylindre assez large fixé d'avance sur la veine au moyen d'une ventouse particulière. Une lancette montée sur un curseur qui règle sa longueur et sa direction s'adapte dans le cylindre et permet d'ouvrir la veine à coup sûr. M. Roussel recommande de préférence à tout autre la veine médiane en avant des attaches du biceps, un peu au-dessus du pli du coude; elle est très fixe, mieux soutenue et plus éloignée de l'artère.

— L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 5 AVRIL 1876. — PRÉSIDENCE DE M. HOUËL.

DE LA PÉRINÉORRHAPHIE DANS LES CAS DE RUPTURE COMPLÈTE DU PÉRINÉE.

M. Guéniot lit un rapport sur un mémoire adressé à la Société de chirurgie par M. Jude Hue (de Rouen).

Ambrose Paré conçut le premier le plan d'une opération pour remédier aux déchirures du périnée. Guillaumeau mit en pratique les idées de son maître. Mais avant l'oux les succès étaient rares. Noël (de Reims), Saucrotte (de Lunéville) et Dieffenbach avaient guéri des malades, tandis que sur 15 opérations le chirurgien de l'Hôtel-Dieu avait réussi 9 fois à réparer le périnée.

M. Hue constate que la suture métallique fut un progrès et qu'un autre progrès fut réalisé lorsqu'on protégea la ligne de réunion par un lambeau mettant la suture à l'abri de l'irritation locale. Ces améliorations donnèrent de beaux résultats entre les mains de Marion Sims et de Hemmet. M. Hue dit que la réparation anatomique des tissus n'est pas toujours suivie du recouvrement intégral des fonctions de l'anus : il peut y avoir incontinence des gaz et des matières fécales (M. Guéniot croit que cela est exceptionnel). Pour parer à cette incontinence, le médecin de Rouen conseille de prolonger très-loin en arrière la surface d'avivement et de placer le premier point de suture en arrière du point où se trouvent les bouts rétractés du sphincter anal. Chez un malade ainsi opéré, les gaz et les lavements étaient bien retenus.

M. Verneuil a fait cinq fois la périnéorrhaphie. Une des malades mourut quelques jours après l'opération ; les quatre autres furent opérées par la suture à trois plans : la restauration est complète et il n'y a pas d'incontinence des matières, et cependant M. Verneuil ne s'est pas occupé du sphincter anal. Dans une sixième opération, faite récemment, M. Verneuil a fait l'avivement trop en arrière, à peu près comme le conseille M. Hue ; la réunion recouvrait la moitié antérieure de l'orifice anal : il en résulte un rétrécissement de l'anus et une fistule recto-vaginale qui persiste ; aussi M. Verneuil n'est point partisan du précepte qui consiste à coudre très-loin en arrière le sphincter anal.

M. Labbé emploie un procédé qui est en quelque sorte le contre-pied de celui adopté par M. Hue. M. Labbé arrive comme d'habitude et se contente de coudre la partie antérieure de la solution de continuité. Il assure seulement la réunion antérieure et abandonne à la nature la réunion postérieure, qui se fait par seconde intention. Deux incisions libératrices prolongées sur les fesses empêchent le tiraillement de la suture.

Depuis Mercier, qui a conseillé de débrider préventivement le sphincter, on suit le précepte d'agrandir l'anus après la suture pour éviter la contracture. Hemmet et M. Hue, au contraire, rétrécissent cet orifice. M. Verneuil est plutôt d'avis de dilater le sphincter. A quelle époque faut-il opérer ? M. Verneuil conseille d'attendre au moins six mois après l'accouchement.

M. Blot a traité de la façon suivante une déchirure du périnée, avec déchirure du sphincter. Il a appliqué un fort serre-fine sur la partie vulvaire de la déchirure ; la réunion s'est faite à ce niveau, et petit à petit elle s'est complétée. La malade guérit complètement. D'autres déchirures, moins complètes, ont guéri par le même traitement.

Pour réunir les fibres du sphincter déchiré, il faudrait d'abord les reconnaître dans la plaie, ce qui est impossible. Il serait plus logique de sectionner le sphincter en arrière, parce que ses contractions ne tiraillent pas les sutures. M. Blot n'est pas partisan des constipations prolongées, que recommandent certains chirurgiens après l'opération.

M. Guyon. Le rétrécissement de l'anus est le grand écueil de la périnéorrhaphie. Chez une malade opérée par MM. Guyon et Nélaton, ce fut une cause d'insuccès ; la cicatrice se déchira à la première garde-robe. Depuis, M. Guyon laisse l'anus un peu large. Une seule fois, les matières liquides ne furent pas retenues ; une cautérisation avec l'aiguille galvano-caustique eut raison de cette incontinence. Aujourd'hui, avec les divers perfectionnements apportés au manuel opératoire, on est presque sûr du succès si les garde-robes ne le compromettent pas. Six ou sept jours après l'opération M. Guyon donne un léger laxatif alors que les fils sont encore en place. Quant à l'application des serres-fines, M. Guyon l'a faite avec succès quand le sphincter n'était pas déchiré.

M. Le Fort. Les fibres du sphincter anal se trouvent sur les parois latérales de la déchirure, et il suffit de réunir ces parties pour consolider le sphincter. M. Le Fort pratique l'avivement selon un procédé qu'il a décrit il y a quelques années.

M. Desormeaux a obtenu du succès en appliquant des serres-fines aussitôt après l'accouchement. Il craint aussi la constipation et préfère entretenir le relâchement du ventre avec des laxatifs.

M. Trélat. La réparation de la déchirure incomplète du périnée est facile ; la réparation de la déchirure complète est difficile. Comme MM. Le Fort et Verneuil, M. Trélat fait un avivement triangulaire ; puis, quand cela est possible, il sépare la muqueuse vaginale de la muqueuse rectale et attire celle-ci au bas et en avant ; la suture est ainsi protégée contre le contact des matières fécales liquides. Ce qui nuit à la suture, ce sont non les matières dures, mais les matières liquides et les gaz ; avant d'opérer, il faut purger la malade ; après l'opération, on donne une alimentation particulière, du vin, peu de pain, de la viande crue, afin que les détritons soient peu abondants. La malade peut rester huit jours sans garde-robe. Avant de retirer les sutures, on donnera un petit purgatif. Pour évacuer les gaz, M. Trélat conseille l'emploi d'une grosse sonde.

SÉANCE DU 12 AVRIL 1876. — PRÉSIDENCE DE M. HOUËL.

LIGATURE ÉLASTIQUE DANS LE TRAITEMENT DES TUMEURS ÉPITHÉLIALES DE LA LANGUE. — TRAITEMENT CHIRURGICAL DES ADHÉRENCES DU BORD LIBRE DU VOILE DU PALAIS AVEC LA FACE POSTÉRIEURE DU PHARYNX. — DÉCHIRURE D'UN LARGE LAMBEAU DU COL UTÉRIN PENDANT L'ACCOUCHEMENT ; FISTULE VÉSICO-VAGINALE CONSÉCUTIVE.

— M. De Lens lit un mémoire sur le traitement des tumeurs épithélliales de la langue par la ligature élastique.

— M. Verneuil fait une communication sur le traitement des adhérences du bord libre et de la face supérieure du voile du palais avec la face postérieure du pharynx.

Ous. — Une femme de vingt-deux ans, bien constituée, contracta la syphilis peu après son mariage ; l'accouchement eut lieu à sept mois ; le mal fut grave et rebelle. Au bout d'un an, le voile du palais se tuméfia considérablement et s'ulcéra. Difficulté extrême à avaler, nasonnement, douleur ; projection du voile en arrière ; respiration impossible par ce nez, la malade ne peut se mouler ; douleur dans les fosses nasales, le sinus frontal ; surdité dans la position horizontale ; dans la position verticale, le mucus coule par l'ouverture antérieure des fosses nasales.

A l'examen direct, la face antérieure du voile du palais est sillonnée de cicatrices ; les amygdales n'existent plus ; les piliers de chaque côté sont soudés. Avec un stylet on découvre avec peine un petit pertuis faisant communiquer la gorge avec les fosses nasales.

Malgré le traitement antisyphilitique énergique institué par M. Lancereaux, qui soignait la malade depuis le mois d'octobre 1873, il restait encore quelques manifestations de la maladie en avril 1875 : l'opération eut lieu en juillet de la même année. La malade, très-craintive, exigea l'emploi du chloroforme.

Pour détacher les adhérences, M. Verneuil avait pensé à employer le couteau galvanique ; mais l'agitation de la malade ne permit pas

d'user de cet instrument. D'un autre côté, en pareil cas Malgaigne, avec le bistouri, avait eu une hémorrhagie violente. M. Verneuil opéra cependant avec un bistouri courbé sur le plat. Après avoir détaché quelques adhérences, M. Verneuil fit la dilatation forcée avec une pince à polype, et enfin avec les deux doigts indicateurs; les adhérences étaient détruites. Pour les empêcher de se reformer, un tube à drainage de 6 millimètres de diamètre fut introduit dans chaque narine; en arrière, les deux tubes étaient réunis par trois tronçons de tubes placés parallèlement. Les deux chefs supérieurs sortant par les narines, les deux chefs inférieurs sortaient par la bouche, tandis que les tronçons se trouvaient au niveau de la surface saignante, derrière le voile du palais poussé en avant.

Pendant quelques jours, l'opérée ressentit un grand malaise; au bout de huit jours la plaie eut l'apparence d'une ulcération syphilitique, et au vingtième jour l'appareil ne fut plus supporté; on l'enleva. La suture se refaisait peu à peu. M. Verneuil eut l'idée de faire une dilatation temporaire et progressive avec une sonde rigide coiffée d'une chemise en caoutchouc qu'on gonflait à volonté. La malade fut très-améliorée, mais elle cessa rapidement cette dilatation pendant un long séjour qu'elle fit à la campagne.

En ce moment la gorge est dans l'état suivant : le voile du palais est très-prou en arrière; la luette est verticale; l'ouverture qui fait communiquer la gorge avec les fosses nasales a 12 millimètres en travers et 6 millimètres d'avant en arrière. Ce n'est pas un succès opératoire, mais le résultat thérapeutique est assez bon. La malade peut se mousser; elle respire la bouche fermée; il n'y a plus rétention de mucus dans les fosses nasales; pas de surdité; l'olfaction est revenue. La voix reste un peu nasonnée.

M. Lucas Championnière a eu l'occasion de rencontrer des malades analogues à l'opérée de M. Verneuil, en différenciant pourtant sous certains rapports, surtout l'épaisseur considérable des parties oblitérantes, la fusion intime du voile et du pharynx, l'absence du moindre pertuis, créaient des difficultés opératoires bien plus considérables. La plupart des opérations ont été suivies d'un insuccès. On ne cite guère qu'une malade de Hopp (de Bonn), opérée et suivie pendant deux ans; le résultat était médiocre.

M. Championnière a opéré lui-même une malade l'année dernière.

Obs. — Une jeune fille de dix-neuf ans, qui avait eu des angines depuis l'âge de douze ans et avait cessé absolument de respirer par le nez vers quinze ans. Depuis elle ne pouvait se mousser, elle était sourde, elle ne sentait point, ne goûtait pas les aliments et la voix était assez nasonnée. Le voile du palais était absolument fusionné avec le pharynx, et l'épaisseur des parties était telle qu'une sonde introduite par les fosses nasales ne pouvait être sentie à travers le voile du palais. La sensibilité des parties était vive. Il n'y avait aucun antécédent syphilitique, et bien que la malade n'eût pas d'autres manifestations serofuleuses, c'était plutôt à cette diathèse qu'il fallait rapporter les angines répétées.

M. Championnière fit, le 23 juillet 1875, une première opération en érçant, avec les éiseaux et le bistouri, de bas en haut, une voie artificielle au fond du pharynx, opération laborieuse qui donna un résultat immédiat; des rubans de caoutchouc passés par le nez maintinrent l'ouverture.

En l'absence de M. Championnière, ceux-ci furent retirés après trois semaines, et la malade, perdue de vue, après avoir été très-bien quelques jours, vit en trois semaines l'oblitération revenue. Cette fois l'oblitération était plus complète encore, on ne voyait pas trace de la fusion du voile et du pharynx.

M. Championnière imagina un procédé beaucoup plus simple : il fendit le voile depuis sa partie la plus mince, immédiatement derrière la voûte palatine, jusqu'à la paroi postérieure du pharynx; il disséqua un lambeau de chaque côté pour reconstituer un voile du palais, et mit cinq points de suture sur la ligne médiane, puis entre ce voile et le pharynx il passa par le nez et la bouche deux larges lames de caoutchouc, qui devaient maintenir trois semaines la dilatation.

L'opération fut très-régulière le 23 octobre 1875, et le résultat immédiat fut complet. Pas d'accidents, tous les inconvénients de l'oblitération disparurent.

Après trois semaines, les rubans de caoutchouc furent retirés. Il fit alors porter à la malade un appareil simple pour maintenir la dilatation : tube d'argent derrière le voile, rattaché aux dents par deux fils d'or. Cet appareil est retiré et remis par la malade tous les matins; de temps en temps on passe le doigt derrière le voile du palais pour faire un effort de dilatation. La malade parle

assez bien avec son appareil. Atteinte de cataracte de la trompe, elle est redevenue un peu sourde; mais cela paraît devoir être passager.

Il est très-probable qu'elle puisse jamais renoncer à tout appareil, parce que le voile, dur et immobile, ne permet pas une bonne voix; en outre, il est probable que sans dilatation l'oblitération reviendrait rapidement. Elle est opérée depuis près de six mois.

M. Championnière insiste sur l'épaisseur des parties oblitérantes, sur l'angine non syphilitique et sur la valeur de l'opération qu'il a imaginée, qui permettra toujours d'arriver au but à coup sûr et sans une peine considérable. Tous les autres procédés en cas d'oblitération totale, même dans les circonstances les plus favorables, n'avaient donné que des résultats très-insuffisants après de grandes difficultés.

M. Le Dentu a vu un malade traité par M. Richet pour la même affection. Ce malade avait eu une angine syphilitique grave. M. Richet décolla les adhérences, qui étaient très-épaisses; mais il dut s'arrêter bientôt à cause de l'hémorrhagie et ne faire qu'une petite incision à travers laquelle il passa un tube en caoutchouc. Le malade se trouva fort amélioré. Il garda son tube assez longtemps. Il n'y a pas encore un procédé opératoire convenable pour s'opposer à la reproduction des adhérences.

Chez la malade de M. Verneuil, les adhérences étaient très-épaisses sur les parties latérales; c'est pour cela qu'il a déchiré les tissus au lieu de les sectionner. C'est dans l'emploi du caoutchouc qu'est l'avenir de cette opération.

M. Perrin a opéré un rétrécissement de la partie supérieure de l'osphage d'origine syphilitique; ce rétrécissement admettait à peine une plume d'oie. M. Perrin fit un débridement multiple et la dilatation forcée; après trois ou quatre séances, le résultat fut satisfaisant. Ce résultat s'est maintenu pendant trois mois, puis le malade fut perdu de vue. Il faut déchirer et non inciser. Peut-être que l'emploi de l'électrolyse donnerait de bons résultats, à cause du peu de tissu de cicatrice qu'elle produit.

— M. Polaillon lit une observation de déchirure d'un large bandeau du col utérin pendant l'accouchement avec fistule vésico-utérine consécutive.

Obs. — Le 14 décembre 1875 une primipare en travail fut apportée à l'hôpital Cochin. Un lambeau d'un rouge sombre, tenant encore à l'utérus, pendait à la vulve. La poche des eaux était rompue depuis trois jours, et un médecin avait appliqué le forceps sans résultat.

Position O. I. D. P., rétrécissement du bassin, fœtus mort. M. Polaillon termina l'accouchement par le forceps; le lambeau fut détaché pendant l'extraction de la tête; ce lambeau a 9 centimètres de longueur et 4 centimètres de largeur. Il représente plus de la moitié antérieure du col utérin.

La malade urina spontanément pendant les premiers jours. Treize jours après l'accouchement, elle quitta l'hôpital. La lèvres postérieure du col était intacte; la lèvres antérieure avait disparu; il restait à ce niveau une petite plaie.

Dix jours plus tard, la malade perdait ses urines en marchant. Le 17 janvier 1876, à l'examen au spéculum, on voyait les urines s'échapper au niveau de l'orifice utérin.

Aucune manœuvre opératoire n'avait été pratiquée en ville; la rupture s'est donc faite spontanément. La rupture transversale du col arrivait pendant le travail rare, mais il y en a des exemples. Il y a même des cas de rupture circulaire de tout le col. En raison de la rigidité de l'orifice, la tête fœtale comprime le col sur le détroit supérieur et en provoque la rupture.

On peut expliquer la formation de la fistule vingt-trois jours après l'accouchement par un traumatisme (coût). La guérison eut lieu par le repos au lit et la cautérisation du trajet fistuleux avec le fer rouge.

M. Guéniot. Les observations semblables à celles rapportées par M. Polaillon sont rares et peu connues en France. Une thèse a été publiée en 1872 par M. Héry sur la rupture circulaire du col utérin pendant l'accouchement. M. Guéniot

en a observé un cas. Le travail avait duré longtemps; l'orifice du col était rigide; le lambeau comprenait les trois quarts de la circonférence du col utérin. Dans les bassins rétrécis, sur l'arc antérieur, il y a une crête tranchante de chaque côté qui peut couper le col comme un couteau. M. Depaul en a fait la remarque le premier.

L. LEROY.

Société de biologie.

SEANCE DU 8 AVRIL (SUITE). — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

ÉTUDES SUR LA RESPIRATION DES POISSONS FAITES AU MOYEN D'UN NOUVEAU APPAREIL: M. JOLYET. — SECTION DES RACINES SPINALES POSTÉRIEURES CHEZ LES GRENOUILLES: M. COUTY. — TUBERCULE CÉRÉBRAL, PARALYSIE LIMITÉE AU BRAS, LÉSION DU CENTRE MOTEUR DU BRAS: M. RAYMOND.

M. Jolyet présente à la Société un nouvel appareil, très-ingénieusement conçu, à l'aide duquel il vient de faire des recherches sur la respiration des poissons. Sans vouloir entrer aujourd'hui dans le détail des expériences, M. Jolyet expose le principe de son appareil.

D'après lui, toutes les recherches qui ont été faites jusqu'à ce jour sont entachées d'une grande cause d'erreurs, pour cette raison surtout que l'air dans lequel les poissons puisent l'oxygène de leur respiration devient de plus en plus chargé d'acide carbonique, et qu'en conséquence les animaux sont en état de quasi-asphyxie; son appareil a pour but de remédier à cet inconvénient constant. Il se compose essentiellement: 1° d'un grand vase inégalement rempli d'eau, et dans lequel sont placés les animaux en expérience; 2° d'un tube rempli de matière absorbante et destiné à retenir l'acide carbonique en excès dans l'air dissous dans l'eau; 3° d'un réservoir rempli d'oxygène pur; 4° d'une poire en caoutchouc destinée à faire arriver l'oxygène dans l'eau. La quantité d'air contenue dans le réservoir étant connue, l'aspiration est faite d'une manière régulière par la poire, et l'acide carbonique en excès est remplacé par de l'oxygène. L'air ne sort jamais au dehors, de sorte que l'on a toujours la même quantité d'azote.

Les résultats obtenus par M. Jolyet sont en contradiction avec les données admises jusqu'à ce jour, l'absorption d'oxygène est plus considérable qu'on ne le croyait.

Cet appareil permettra d'étudier la respiration de tous les animaux inférieurs qui vivent dans l'eau. On peut les laisser très-longtemps dans l'appareil sans qu'ils éprouvent le moindre accident.

M. Cl. Bernard fait remarquer que cet appareil, fort bien construit, pourra servir pour faire sur les animaux inférieurs qui vivent dans l'eau et sur les poissons des recherches sur la sécrétion de l'urée.

— M. Couty a sectionné sur des grenouilles les racines postérieures des nerfs rachidiens; dans la plupart des expériences, quoique certains des animaux aient vécu assez longtemps, on n'a observé aucun trouble appréciable de la nutrition, soit de la peau, soit des parties molles, soit des muscles. On doit donc conclure que la section des racines sensibles à elle seule ne produit pas de troubles trophiques. Sur deux de ces grenouilles, M. Couty a observé une arthrite de l'articulation du genou avec gonflement des extrémités osseuses correspondantes et œdème de tout le membre anesthésié. Sur une troisième il y a eu à plusieurs reprises un œdème léger sans altérations articulaires. Ces altérations, très-inconstantes, doivent être expliquées par un traumatisme plus considérable, soit une lésion du ganglion des racines postérieures, soit même une lésion de la moelle épinière.

Nous recueillons en détail tout ce qui a trait à la question

encore si obscure des localisations cérébrales, c'est pourquoi nous nous étendons sur le fait suivant :

— M. Raymond lit la note suivante: « Depuis que l'étude des localisations cérébrales est entrée dans une voie clinique, grâce aux méthodes d'investigation données par M. Charcot, un certain nombre d'observations des plus importantes ont été produites en faveur de sa doctrine.

Je viens d'observer à l'hôpital Beaujon dans le service de M. le professeur Gubler un fait qui me paraît avoir, relativement à la théorie, une très-grande importance.

Il s'agit d'un homme de vingt-deux ans entré à l'hôpital dans le courant de janvier 1876, pour une tuberculose encore peu avancée et paraissant devoir suivre une marche éhronique.

Vers le milieu de février, ce malade commença à se plaindre de maux de tête assez violents, en même temps il se mit à vomir tous ses repas. En outre il éprouva de vives douleurs dans le bras droit et l'hypocondre du même côté; vomissements et douleurs ont persisté jusqu'à sa mort.

Dans les premiers jours de mars il s'aperçut que son bras droit devenait lourd; il devenait paralysé dans certains moments, tandis que dans d'autres il pouvait le lever très-facilement jusqu'au-dessus de sa tête. Cette paralysie persista jusqu'à la mort avec ce caractère d'intermittence. La sensibilité à toujours été intacte; le malade éprouvait de temps à autre des douleurs, mais ce fut tout. Jamais à aucun moment de la vie il n'exista de paralysie en aucun autre point du corps.

L'autopsie révéla les lésions suivantes: au niveau des circonvolutions marginales antérieures et postérieures, sur le lobe gauche du cerveau, proche le lobe parasentral, existaient des amas de granulations tuberculeuses; dans ces points, les méninges épaissies, infiltrées de pus et de tubercules, étaient très-adhérentes, on ne pouvait les détacher sans enlever de la substance corticale. Un peu plus loin, sur les mêmes circonvolutions, le long des divisions superficielles de la sylviennienne, il y avait également des traces de méningite. Nulle part ailleurs de lésions cérébrales.

C'est donc précisément dans les points indiqués par Ferrier comme centre moteur du bras qu'on trouve les lésions pouvant rendre compte de la paralysie limitée. Ce fait est, dans l'espèce, d'une grande valeur. »

H. CHOUPEE.

Société de thérapeutique

SEANCE DU 12 AVRIL 1876. — PRÉSIDENCE DE M. OULMONT.

ACIDE SALICYLIQUE; SALICYLATES: MM. CASSAN, FERRAND, LIMOUSIN, OULMONT, MIALHE, BEAUMEZ, GUBLER. — PHLOEONAPUS PINNATUS ET SIMPLEX: M. HARDY. — TORTICOLIS OCCIPITO-ATLOÏDIEN, TORTICOLIS RHUMATISMALE ET ARTHRITE CERVICALE: MM. DALLY, GUBLER, GADET DE GASSICOURT.

M. Ferrand, au nom de M. Cassan, pharmacien, donne lecture d'un mémoire sur l'acide salicylique. M. Cassan a cherché à remédier à cet inconvénient de l'acide salicylique d'être peu soluble dans l'eau ou même dans l'alcool et d'exiger des quantités trop considérables de véhicule alcoolique.

Il a imaginé d'augmenter sa solubilité au moyen du citrate d'ammoniaque.

Tandis qu'on était forcé d'employer 40 à 50 grammes de rhum pour dissoudre 2 grammes d'acide salicylique, il suffit, lorsqu'on ajoute 1 gramme de citrate d'ammoniaque, d'employer seulement 8 grammes de rhum pour dissoudre la même quantité d'acide salicylique.

2 grammes d'acide salicylique se dissolvent dans 120 gr. d'eau à laquelle on a additionné 2^{gr}, 50 à 3 grammes de citrate d'ammoniaque. Sans citrate il faudrait 1000 grammes d'eau.

M. Cassan propose donc la formule suivante :

Acide salicylique.....	4	grammes.
Citrate d'ammoniaque.....	2	—
Rhum.....	30	—
Eau distillée.....	164	—

ou bien cette autre :

Acide salicylique.....	1	gramme.
Citrate d'ammoniaque.....	3	—
Sirop.....	30	—
Eau distillée.....	120	—

M. Limousin a essayé le borate de soude, le carbonate d'ammoniaque, l'ammoniaque pure. Toutes ces substances augmentent la solubilité. M. Limousin ne pense pas que cet effet soit dû à la transformation complète en salicylate alcalin; il pense seulement qu'une forte proportion d'acide salicylique qui ne se serait pas dissoute se dissout, grâce à la formation du salicylate alcalin.

M. Ferrand ajoute que les potions ainsi préparées ont un goût très-acceptable.

M. Oulmont a employé souvent l'acide salicylique en poudre. Il n'a observé des effets fâcheux qu'à la dose de 2^r,50 à 3 grammes. Il a vu donner en Allemagne le salicylate de soude, qui se dissout bien. Il a vu donner à Bâle l'acide salicylique à la dose de 4 grammes et le salicylate de soude à la dose de 5 grammes donnés en une heure.

M. Mialhe pense que tous les salicylates doivent avoir de l'action.

M. Beaumetz rappelle la pratique qui consiste à donner jusqu'à 12 et même 20 grammes d'acide salicylique par jour.

M. Gubler pense que c'est à tort qu'on donne des doses massives. Il a vu des vomissements avec une dose de 25 centigrammes de poudre d'acide salicylique. Avec une dose de 1 à 2 grammes par jour par paquets de 50 centigrammes, il a vu survenir une diarrhée intense. Certains malades accusent des tranchées, d'autres une sensation de brûlure tout le long de l'œsophage.

M. Oulmont a vu des vomissements chaque fois qu'il a dépassé la dose de 1^r,50.

M. Beaumetz ajoute que les partisans des hautes doses regardent précisément cette diarrhée comme le mode d'action nécessaire de l'acide salicylique.

— M. Hardy a fait quelques expériences comparatives avec les feuilles de deux *Pilocarpus* qui existent au musée de Paris, un *pinnatus* et un *simplex*.

M. Bochefontaine et lui ont injecté dans les veines d'un chien chloralisé une infusion de feuilles de claque, réduite à 15 grammes. Ils ont constaté que les *Pilocarpus pinnatus* et *simplex* possédaient le même pouvoir sialagogue.

— M. Dally présente une brochure qu'il a publiée sur le tétanos occipito-atloïdien, forme chronique de tétanolis à laquelle l'auteur assigne pour point de départ constant une arthrite chronique, l'affection musculaire n'étant que secondaire.

M. Gubler a fait depuis longtemps pour certaines formes de tétanolis la même observation que M. Dally vient de faire pour les formes chroniques. M. Gubler croit que la contracture du sterno-mastoidien est secondaire et que, notamment, ces tétanolis qu'on voit chez les enfants sont dus à une manifestation rhumatismale localisée sous forme d'arthrite cervicale prédominant d'un côté; la contracture du sterno-mastoidien n'est qu'un moyen de protection, un moyen de placer le cou dans une position favorable; étant donnée, par exemple, une arthrite du côté gauche, le sterno-mastoidien droit se contracte; la douleur articulaire existe alors du côté opposé au muscle contracturé. M. Gubler confirme donc pleinement l'opinion de M. Dally.

M. Cadet de Gassicourt a observé récemment trois cas de tétanolis rhumatismal dans lesquels il a trouvé une douleur cervicale au point opposé où existait la contracture musculaire. Il croit aussi que le tétanolis rhumatismal est presque toujours consécutif à une arthrite cervicale.

A. B.

REVUE DES JOURNAUX

Modifications du cerveau et de la moelle dans le tétanos, par Julius ELISCHER.

D'après l'auteur de cet article, la connaissance des modifications du cerveau et de la moelle dans le tétanos s'est beaucoup enrichie depuis que Rokitansky (dans son traité publié en 1857 sur l'hyperplasie du tissu conjonctif du système nerveux) a fait jouer à l'hyperthrophie des enveloppes du système nerveux un rôle essentiel dans la production de ses maladies. Jusqu'alors on s'était contenté de recherches macroscopiques, qui, en raison de leur inconstance, n'ont aucune valeur scientifique. Rokitansky, ayant eu l'occasion de faire l'examen microscopique de la moelle d'un tétanique constata la prolifération du tissu conjonctif entre les tubes nerveux qui eux-mêmes étaient altérés. Ces recherches furent confirmées par Bemme et Waer, mais contredites par Leyder. D'autre part, Arloing et Tripier, Clifort Abust et Michaud ayant observé également des lésions du système nerveux central, spécialement dans la moelle, localisèrent dans cette dernière le siège de la maladie. L'auteur de l'article que nous analysons a été à même d'observer, dans le service du professeur Korangi, un cas de tétanos, dont il donne la relation clinique et l'examen microscopique.

L'observation de ce cas du tétanos survenu à la suite d'une chute violente ne présente rien de particulier à signaler.

L'examen microscopique du système nerveux révèle les particularités suivantes qui confirment plus ou moins les recherches des auteurs qui ont écrit sur ce sujet. Nous n'en donnons que le résumé.

À l'œil nu, il y a une dégénération grise des cordons postérieurs de la moelle cervicale et de la partie supérieure de la moelle dorsale. De plus, au niveau du cordon latéral droit de la moelle cervicale, la dure mère est épaissie et présente des points de ramollissement de la grosseur d'une lentille avec de petits exsudats. Les vaisseaux de la moelle et de la base du cerveau sont gorgés de sang.

Au microscope on trouve :

1^o Un épaississement de l'épendyme des ventricules latéraux et du quatrième ventricule, au point où les fibres du cerveau s'inflechissent : on observe en même temps une hypertrophie (en forme de franges analogues à celles de l'intestin grêle) du tissu conjonctif sous-épendymal avec formation exagérée de noyaux dans les cellules.

2^o Une hyperplasie générale du tissu conjonctif dans les faisceaux médullaires des ganglions cérébraux, les pédoncules (hanbenschlingen); dans les filets nerveux provenant du territoire des cinquième et septième paires crâniennes, dans les olives, enfin dans la substance grise cérébrale, du gonflement de la substance intercellulaire spongieuse du tissu conjonctif dans les cordons latéraux et antérieurs de la moelle cervicale et de la moelle thoracique, avec destruction partielle de la substance médullaire et du cylindre axis.

3^o Un ramollissement de la substance blanche périphérique, étendu depuis le renflement lombaire jusqu'au *filum terminale*, avec hypertrophie des noyaux dans la pie mère correspondante.

4^o Une dégénération amyloïde des cellules nerveuses dans le territoire des cinquième et septième paires, dans les olives et la moelle cervicale, régression allant jusqu'à un boursoufflement considérable de la cellule, avec atrophie du noyau,

tandis que les prolongements cellulaires, intacts en apparence, présentent une division des noyaux.

5° Une division (segmentation) du protoplasma des cellules ganglionnaires en deux zones : l'une réagissant fortement sous l'influence du carmin, d'apparence striée et de couleur rouge ; l'autre couche, au contraire, ne se colorant pas par le carmin, de couleur jaune et renfermant des noyaux très-fins. Le protoplasma se coagule en grumeaux disposés concentriquement, et enfin il y a une dégénérescence granuleuse de quelques cellules ganglionnaires dans les cornes postérieures. Celles-ci sont altérées, et il y a une hypertrophie des cellules à forme épithéliale entre les mailles plus fermes de la névroglie.

6° Authour du canal central, aussi bien dans la couche sous-épipithéliale que dans le tissu même de l'épendyme, on trouve une prolifération des cellules épithéliales. Sous l'enveloppe des ventricules latéraux il y a une production de corps cellulaires analogues ; dans le corps strié, on trouve une division cellulaire. (*Arch. de Virchow*, n° de mars 1876.)

— De l'examen attentif des recherches précédentes se dégage ce fait qu'il y a deux processus dans l'évolution des lésions microscopiques.

La première, de nature irritative. Elle consiste dans la prolifération du tissu conjonctif en général, prolifération qui s'étend jusque dans les cellules épithéliales du canal central de la moelle et des cavités du cerveau. Cette prolifération qui aboutit tantôt à la formation de tissu fibreux, tantôt au développement exagéré des noyaux cellulaires dans la substance réticulée ou spongieuse, se montre partout où les tubes nerveux sortent de la moelle pour devenir périphériques.

Le deuxième est un processus de régression continue qui envahit les éléments cellulaires, aussi bien au niveau de l'origine des cinquième et septième paires nerveuses que dans toute la moelle, avec plus ou moins d'intensité. Mais nous devons subdiviser ce processus en deux modes complètement distincts, l'un éminemment chronique, qui consiste dans la régression des cellules tout entières, la dégénérescence amyloïde (Meynert) des cellules des cinquième et septième paires nerveuses et des olives ; l'autre, de nature aiguë, qui consiste dans la division du protoplasma en deux zones, se colorant difficilement par le carmin. La manière d'être des noyaux, leur ratinement souvent mûriforme, leur destruction partielle sont évidemment en relation avec cette stratification ; de même le groupement (en forme de grumeaux) du protoplasma autour du noyau cellulaire, la disposition du reste de la cellule dépend évidemment de ce noyau. C'est du reste ce que montre l'analogie avec la manière dont les cellules vivantes se comportent dans une chambre chaude, quand elles sont soumises à un courant d'induction. C'est ce qui arrive, non-seulement pour les globules du sang, mais pour les cellules cartilagineuses.

De ce qui précède, et le cas vient confirmer les recherches de Hesse, il paraît résulter ce fait que le processus, désigné sous le nom de trismus et tétanos, n'est qu'un état irritatif des tissus, ou plutôt une irritation nutritive qu'une irritation formative.

L'auteur considère les deux processus comme n'étant pas simultanés ; l'un tardif n'est que l'aboutissant de l'irritation formative, l'autre prématurée qui consiste dans les modifications du système des cellules ganglionnaires.

Quant à l'influence que les modifications décrites ont paru exercer sur les perturbations fonctionnelles observées, il n'est pas possible de l'apprécier d'après un seul cas. L'examen microscopique des organes centraux tétanisés par voie expérimentale pourrait seul faire juger la question.

Le soin avec lequel l'examen microscopique, au point de vue des lésions cérébrales, est décrit dans le mémoire de M. Elischer, donne un intérêt particulier à sa conclusion que le tétanos est plutôt une irritation nutritive qu'une irritation

formative. Déjà Rokitsky n'admettait l'hyperhémie de la moelle avec prolifération nucléaire que pour les cas de tétanos chronique ; il est vrai qu'en 1870 M. Charles Boucard (*Société de biologie*) constatait, dans deux cas de tétanos où la marche avait été suraiguë, cette hyperhémie signalée par Rokitsky s'accompagnant de prolifération nucléaire. Il signalait, en outre, la présence d'éléments polyédriques qui tendent à former des groupes arrondis ou allongés. Arloing et Tripiér (*Recherches sur la pathogénie et le traitement du tétanos*, in *Arch. de physiol.*, 1870) trouvaient, presque à la même époque, les mêmes phénomènes sur le nerf sciatique poplitée externe dans un cas de fracture de jambe avec échare au niveau de la tête du péroné. Plus haut, le nerf sciatique était entièrement normal.

La question fut reprise en 1872 par M. Michaud, que M. Elischer s'est contenté de signaler, dans un travail publié par les *Archives de physiologie* (*Recherches anatomo-pathologiques sur l'état du système nerveux et périphérique dans le tétanos traumatique*, p. 59). Les examens microscopiques sont au nombre de quatre. Trois fois les méninges étaient saines ; une fois seulement elles présentaient des signes d'inflammation aiguë, c'est-à-dire consistant en la présence de noyaux ovaires portant à chaque extrémité un prolongement de substance amorphe dans le liquide visqueux qui recouvrait l'arachnoïde.

Du côté de la moelle épinière et du bulbe, la lésion a été constante dans les quatre cas ; nous devons noter cependant que M. Elischer ne l'a pas signalée. La coloration s'était modifiée : « au lieu de la surface blanche sur laquelle se détache nettement la substance grise avec ses prolongements, nous avons remarqué que la partie centrale présentait une coloration uniforme d'un rouge hortenisia dans laquelle la substance grise tendait à s'effacer. » C'est cette même coloration que M. le docteur Liouville avait déjà signalée à la Société de biologie sous le nom de zones marbrées. Dans les quatre examens de M. Michaud, cette couleur hortenisia était constante dans le bulbe et la protubérance, mais le cerveau avait conservé sa coloration normale. Au microscope, la moelle présentait les signes de la myélite aiguë, c'est-à-dire les troubles vasculaires de la formation d'éléments nouveaux. Les vaisseaux, dans ces cas, sont dilatés, gorgés de sang ; leur rupture provoque de petites hémorragies (Joffroy, *Société de biologie*, 1870 ; Lockhart-Clarke, *On the Pathology of Tetanus*, London, 1865), et selon M. Liouville (*Société de biologie*, 1870), la vascularisation est plus intense au point d'insertion des nerfs émanés de la blessure. Cette congestion ne va pas toujours, en effet, jusqu'à la rupture du vaisseau, il y a alors une exsudation sur laquelle M. Michaud a insisté après Lockhart-Clarke, exsudation consistant en l'apparition de plasma hors des parois vasculaires (plaques de désintégration granuleuse et demi-fluide).

Comme phénomènes cellulaires, il est une lésion qui, selon M. Michaud, serait constante dans le tétanos. En effet, il écrit (*loc. citato*, p. 65) : « C'est la substance grise de la moelle, et, pour préciser davantage, la commissure postérieure, qui présente, d'après nos observations, l'altération qui nous paraît essentielle dans le tétanos. » Cette lésion consiste dans la formation de noyaux polyédriques ou nucléaires « disposés comme des grains de chapelot » autour du canal central et au centre de la commissure. Ce sont des éléments nouveaux dans le tissu réticulé de la substance grise. De plus, la couche épithéliale de l'épendyme est repoussée par ces amas de noyaux ; aussi la cavité de l'épendyme est-elle comblée. Il y a une véritable oblitération du canal central. Cette lésion a été observée trois fois sur quatre. Dans l'examen microscopique de M. Elischer, cette même lésion est constatée ; il note, en effet, la prolifération des cellules épithéliales autour du canal central, aussi bien dans la couche épithéliale que dans le tissu même de l'épendyme, mais il ajoute un fait que nous n'avions encore trouvé signalé dans aucun examen : la production de corps

cellulaires analogues à ceux de l'épendyme sous l'enveloppe des ventricules latéraux et la segmentation de ces cellules dans le corps strié. Notons cependant que M. le professeur Ranvier n'est pas arrivé au même résultat, bien que ce point eût attiré son attention.

M. Quinquand, cité dans la thèse d'agrégation de M. Richelot (*Tétanos*, 1875, p. 35) résume ainsi le résultat de cinq autopsies de tétanos : « hyperlémième intense de la substance grise du quatrième ventricule, du bulbe et de la moelle; la substance blanche est elle-même très-congestionnée. Autour de certains capillaires on voit de petits amas de granulations graisseuses. Au niveau du bulbe, abondance excessive de corpuscules amyacés très-fortement réfringents. En certains points de la substance grise, on aperçoit de petits points de la grosseur d'une tête d'épingle, d'un rouge jaunâtre : l'examen histologique y démontre l'état granulo-graisseux plus accusé qu'ailleurs. Les capillaires ont augmenté de volume, mais les tubes nerveux sont intacts. En résumé, il s'est fait du côté de la moelle un travail pathologique irritatif, une congestion, une altération granulo-graisseuse de la substance grise par places; mais la prolifération des noyaux de la névroglie ne paraît pas assez nette pour qu'on puisse l'affirmer. »

On voit par ce qui précède que le travail de M. Elischer présente des faits nouveaux au point de vue de l'examen histologique. Il nous a paru intéressant de résumer ce travail et de comparer les lésions signalées par l'auteur allemand avec celles signalées en France depuis 1869; mais il n'est pas possible de poser des conclusions sur les lésions cérébrales dans le tétanos d'après une seule observation, dont la véracité devra nécessairement être contrôlée par des recherches ultérieures.

J. M.

BIBLIOGRAPHIE

Journal humoristique d'un médecin phthisique : Pau, Dax, Alger, par le docteur X... In-12 de 500 p. — Paris, G. Masson.

L'auteur de cet excellent livre a désiré garder l'anonyme, et nous comprenons trop bien les motifs de cette délicate réserve pour lui adresser le moindre reproche à ce sujet. L'anonymat cache le plus souvent quelque chose de malveillant; celui-ci est au contraire inspiré par des considérations pleines de délicatesse et de bienveillance.

Notre confrère a ressenti les premières atteintes de la phthisie pendant la dernière guerre, alors qu'il exerçait péniblement sa profession dans une ville encombrée par les armées. Il a demandé sa guérison aux climats de Dax, de Pau et d'Alger, et il a eu l'idée de publier ses impressions pendant son séjour dans ces trois villes, plus particulièrement dans la cité africaine.

Ce *Journal* se divise naturellement en deux parties. Dans la première, que nous ne faisons que signaler, le malade rapporte ses impressions les plus intimes, et fournit sur les mœurs et les habitants d'Alger des détails pleins d'humour et d'intérêt. Ces récits sont très-attachants et la lecture en est très-agréable; ils nous reprocheront seulement à l'auteur d'avoir donné une tournure un peu trop sentimentale à quelques-uns de ces chapitres.

Dans la partie scientifique de l'ouvrage, nous trouvons des considérations pratiques et des déductions ingénieuses sur le traitement et le pronostic de la tuberculose en même temps que des appréciations fort justes sur la valeur relative des climats qui ont été jusqu'ici vantés pour les phthisiques.

A propos de la traversée, l'auteur montre que les malades sujets aux hémoptysies n'ont rien à craindre du mal de mer qui, au contraire, leur serait plutôt favorable. Trousseau avait déjà parlé avantageusement des vomitifs dans l'hémoptysie,

mais cette médication ne s'est pas encore généralisée. L'auteur a employé plusieurs fois l'ipéca et a obtenu un succès instantané qu'il explique par l'action mécanique des parois de la poitrine et du diaphragme sur le poulmon, tout en reconnaissant avec Cl. Bernard et Gubler que l'action de l'émétique sur les nerfs vaso-moteurs est pour quelque chose dans ce résultat. Quoi qu'il en soit, le mal de mer, loin de favoriser la congestion pulmonaire, ne peut avoir qu'un effet contraire.

L'auteur admet deux sortes de phthisie : 1° une phthisie à forme *torpide* qui se rattache le plus souvent à la scrofule; 2° une phthisie à forme *éthérique* qui se rattache à l'arthritisme. La forme torpide se remarque surtout chez les peuples du Nord, chez les personnes à tempérament lymphatique et scrofuleux. La forme éthérique atteint principalement les races latines, les peuples chez lesquels le tempérament nerveux domine. De cette division résultent d'importantes indications pour le traitement. Les climats secs et chauds : Menton, Nice, Amélie-les-Bains, etc., conviennent à la phthisie torpide; les climats chauds et humides : Pau, Dax, Alger, Madère, etc., conviennent à la phthisie éthérique. Dans la première forme, il faut un traitement exclusivement sthénique; dans la seconde il faut souvent avoir recours aux moyens tempérants et antiphlogistiques.

L'auteur fournit ensuite d'utiles indications sur les climats de Pau et de Dax. Pau est spécialement indiqué pour toutes les affections sous la dépendance du nervosisme hypersthénique, mais ne saurait convenir aux arthritiques atteints de phthisie. On y remarque un écart de 30 degrés entre la température au soleil et à l'ombre.

La ville de Dax, qui n'a été jusqu'ici renommée que pour ses bains de boue et ses eaux chaudes, est appelée à prendre place parmi les premières stations hivernales. La température moyenne y est de + 8° à + 9°; la moyenne hygrométrique de 80 à 90 degrés. C'est cette humidité qui distingue surtout le climat de Dax et contribue à lui donner ses propriétés sédatives. La différence de température au soleil et à l'ombre y est moins considérable qu'à Pau. Un autre avantage qui doit attirer le phthisique à Dax est la possibilité d'y faire dès le mois de décembre une cure de petit-lait. Ce traitement, plus connu en Allemagne et en Suisse qu'en France, convient particulièrement à la forme érotique de la phthisie.

Notre confrère nous fournit encore d'intéressantes considérations sur le logement et la nourriture des phthisiques, sur la valeur des atmosphères maritimes; mais le manque d'espace nous empêche d'analyser tous les chapitres de ce livre que nous avons lu d'un bout à l'autre avec le plus grand intérêt. Nous terminerons donc cette courte biographie en félicitant l'auteur de son heureuse guérison et de l'excellente idée qu'il a eue de faire connaître au public les phases de sa maladie, et les moyens avec lesquels il l'a combattue avec tant de succès.

D^r LUTAUD.

Index bibliographique.

DES DIFFORMITÉS DES DOIGTS (DACTYLYLASES) (ÉTUDE DE SEMÉIOLOGIE) par M. le docteur G. BEAUREGARD (du Havre). In-8° de 108 pages avec 6 planches. — J.-B. Baillière et fils, Paris, 1875.

1° Sous le nom de dactylylase, dit l'auteur, nous étudions toutes les difformités caractérisées par un étranglement accentué, un sillon profond, causé par une perte de substance considérable pouvant aller jusqu'à la fracture, le raccourcissement ou l'amputation du doigt.

Voici comment il classe les dactylylases :

1° Dactylylase de cause inconnue; sous ce nom l'auteur désigne une affection complètement inconnue en Europe et propre à la race nègre, et encore désignée sous le nom de *Ainhum*.

2° Dactylylase de cause externe qui comprend les lésions congénitales et celles qui succèdent aux affections chirurgicales des doigts.

3° Dactylylase de causes internes : A, celles qui se rencontrent

dans plusieurs diathèses, dans la syphilis par exemple; B, celles qui sont produites par des maladies primitives du système nerveux.

Dans ces derniers groupes, l'auteur s'est borné à l'étude sémiologique du symptôme.

D'UN PHÉNOMÈNE STÉTHOSCOPIQUE PROPRE À QUELQUES FORMES D'HYPERTROPHIE SIMPLE DU CŒUR, par le docteur Th. EXCHAQUET. In-8° de 95 pages. — A. Delahaye, Paris, 1875.

La brochure de M. Exchaquet est destinée à vulgariser la connaissance d'un symptôme dont la découverte et l'analyse sont dues à M. Potain. Nous n'entrerons pas ici dans les détails de discussion que contient ce travail, nous nous contenterons d'en faire connaître les conclusions basées sur 41 observations recueillies avec le plus grand soin :

« Le bruit de galop, déterminé par la production d'un bruit présystolique, dit M. Exchaquet, appartient aux formes généralement appelées rénales d'hypertrophie simple du cœur.

» La présence de l'albumine dans l'urine a été constamment observée chez les malades qui présentent ce signe.

» Il n'existe pas indistinctement dans toutes les formes de néphrite. On l'observe aux différents stades de la néphrite interstitielle chronique, au début de laquelle il peut avoir une grande valeur pour établir le diagnostic, et dans certaines néphrites aiguës que l'on peut en général rapprocher, anatomiquement, de la néphrite interstitielle. »

VARIÉTÉS

LE NOUVEAU RÈGLEMENT GÉNÉRAL DE POLICE SANITAIRE MARITIME.

Nous avons déjà fait connaître dans la *Gazette* quelques-uns des articles du nouveau règlement de police sanitaire maritime (7 avril 1876). Ce règlement a été présenté à l'Académie (séance du 11 avril 1876), et il a été l'objet de commentaires intéressants de la part de M. le docteur Bergeron, qui pouvait en parler en connaissance de cause, ayant fait partie des commissions qui en ont discuté les bases.

On connaît les récriminations plus ou moins vives auxquelles l'application des règlements sanitaires avait donné lieu dans cette dernière année à l'occasion des épidémies de choléra qui menaçaient nos ports du nord. La loi de 1822, qui servait de base à notre législation sanitaire, était loin, en effet, de satisfaire les exigences du commerce moderne; elle était en outre entourée d'une foule de règlements, décrets et ordonnances qui manquaient d'unité et dont l'exécution présentait souvent de très-grandes difficultés.

Les choses en étaient là lorsque M. Grivart, alors ministre de l'Agriculture et du commerce, confia à une commission le soin de donner une juste satisfaction au commerce, tout en ménageant les intérêts de la santé publique.

Le nouveau règlement dans lequel se fonde tous les autres constitue un véritable progrès dans la pratique de la science sanitaire. Un grand nombre de mesures surannées ont été abolies, et celles qu'on a conservées ont été simplifiées de manière à donner au commerce les facilités compatibles avec les exigences de l'hygiène.

On sait que trois maladies seulement, le choléra, la fièvre jaune et la peste, déterminent l'application de mesures sanitaires permanentes; quelques autres affections, telles que le typhus et la variole, peuvent être l'objet de mesures exceptionnelles; mais, dans ce cas, les mesures prises ne sont applicables qu'à la provenance certaine.

La patente de santé, qui était autrefois obligatoire pour les navires de toutes provenances, a été supprimée pour les navires provenant des ports du nord et pour ceux provenant de l'Italie, de l'Espagne, de Malte et de tout le littoral de l'Adriatique et de la Grèce. Cette dispense n'existe qu'en temps ordinaire, c'est-à-dire lorsqu'aucune épidémie pestilentielle s'est signalée dans les pays du nord de l'Europe et dans ceux qui bordent le bassin de la Méditerranée. La patente est exi-

gible en tous temps pour les navires provenant des côtes orientales de la Turquie d'Europe, du littoral de la mer Noire de tous les pays situés hors de l'Europe.

Les formalités qui ont pour objet de constater la provenance du navire et les conditions sanitaires dans lesquelles il se présente et qu'on désigne sous les noms de *reconnaissance* et d'*arraisonnement*, ont été très-simplifiées dans le nouveau règlement.

Les articles 37, 38 et 39 du règlement établissent une distinction bien nette entre la quarantaine d'*observation* et la quarantaine de *rigueur*. La première est applicable aux navires en patente brute qui n'ont eu à bord aucun accident pestilentiel ou de nature suspecte; elle consiste à tenir en observation pendant un temps déterminé le bâtiment, l'équipage et les passagers. Elle n'entraîne pas nécessairement le déchargement des marchandises au lazaret et peut être purgée à bord par les passagers. La quarantaine de rigueur est applicable au cas où le navire a eu à bord, soit au port de provenance, soit au cours de traversée, soit depuis son arrivée, des accidents certains ou seulement suspects de maladies pestilentielles. Elle ne peut être purgée que dans un port à lazaret et nécessite, avant toute opération, le déchargement du navire et le débarquement des passagers au lazaret. Si, pendant la durée de l'observation simple, un cas de maladie suspectée se manifeste parmi les quarantenaires, l'observation se transforme en quarantaine de rigueur.

Les articles 58, 59 et suivants qui traitent des lazarets contiennent des dispositions importantes. Il n'y avait autrefois qu'un petit nombre de grands lazarets dans lesquels tous les navires suspects ou contaminés devaient forcément aller purger leur quarantaine. Après la conférence sanitaire de 1851, qui avait posé le principe qu'un navire ne devait jamais être repoussé, mais seulement assujéti aux mesures que commande la prudence, on a pensé que le meilleur moyen de répondre à cette intention d'humanité était de créer des petits lazarets secondaires et permanents, disposés pour recevoir quelques malades, dans le cas où un navire ayant à bord une maladie pestilentielle viendrait à s'y présenter. On fournissait ainsi au navire le moyen de se débarrasser de ses malades et de se rendre dans de meilleures conditions dans le grand lazaret pour y purger sa quarantaine de rigueur.

Il existe maintenant en France six lazarets secondaires : au Havre, à Cherbourg, à Dunkerque, à Cète et à Villefranche. Il y a six grands lazarets : à Marseille, à Toulon, à Ajaccio, à Trompeloup (Gironde), à Mindin (Loire) et à Brest. D'après l'article 59 du nouveau règlement les quarantaines de rigueur doivent être purgées dans les grands lazarets.

Le règlement contient ensuite des *annexes* dans lesquelles sont exposées les mesures sanitaires spéciales applicables au choléra, à la fièvre jaune et à la peste.

Comme l'a si bien fait remarquer M. Bergeron à l'Académie, lors de l'envoi du nouveau règlement par M. le ministre du commerce (séance du 11 avril), les dispositions de ce règlement donnent au commerce et à la navigation toutes les satisfactions compatibles avec les exigences de l'hygiène publique.

On comprend combien la tâche de la commission était difficile lorsqu'il a fallu établir la conciliation entre ceux qui, au nom de l'intérêt commercial, auraient voulu la suppression de toutes les entraves et ceux qui, au nom de la santé publique, avaient le devoir de ne abandonner aucune des mesures indispensables pour garantir les populations contre les fléaux exotiques. Il y a donc eu de la part des membres de la commission appartenant au corps médical une lutte vive et soutenue dont les résultats peuvent être appréciés dès aujourd'hui. Nous sommes heureux de rappeler en cette circonstance que MM. Bergeron et Fauvel ont pris une part active aux travaux de cette commission, et que le règlement et les commentaires qui l'accompagnent sont l'œuvre de M. Fauvel.

CONCOURS POUR LE BUREAU CENTRAL. — Trente candidats se sont inscrits pour le concours du Bureau central — deux places de médecin — qui doit s'ouvrir le 20 avril. Ce sont, par ordre alphabétique : MM. Carrière, Clouppé, Danlos, Debève, Dieulafoy, Ginéot, Gougenheim, Gouraud, Hallopeau, Hirtz, Homolle, Huchard, Labadie-Lagrave, Laharrague, Lacombe, Landrieux, Legéoux, Lorey, Percheron, Quinquaud, Rathy, A. Renault, J. Renault, Rendu, Ruck, Sanné, Schweich, Sevestre, Sraus, Téneson.

CONCOURS. — Par arrêté du 5 avril 1876, des concours seront ouverts à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes : Le 6 novembre 1876, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie. — Le 14 novembre 1876, pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle. — Le 20 novembre 1876, pour un emploi de chef des travaux anatomiques.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Un concours sera ouvert le mercredi 21 juin pour la place de chef de clinique médicale. Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté jusqu'au vendredi 16 juin.

LE NOUVEAU SERVICE D'ACCOUCHEMENT. — Le nouveau service d'accouchement sera construit sur les terrains du Luxembourg, le long de la rue d'Assas. Les plans sont faits ; on n'attend plus que leur adoption par le Conseil municipal. M. Depaul, qui a donné ses avis à l'architecte chargé de la construction de cet hôpital, a obtenu que les choses fussent organisées de façon qu'un petit service de maladies des femmes soit adjoint à celui d'accouchement.

LE PROFESSEUR LORAIN. — Nous recevons la lettre suivante :

Paris, 12 avril 1876.

« Monsieur, les élèves et les amis du professeur Lorain ont eu la pensée, en témoignage de leur gratitude et de leur affection, de faire exécuter son buste en marbre, et de l'offrir à la Faculté de médecine de Paris. Ils espèrent que vous voudrez bien leur donner votre amical concours pour rendre cet hommage au maître qui a tant aimé la science et si souvent encouragé les jeunes travailleurs, etc.

» J. BESNIER, BROUARDEL, DEBOVE, FROUPE, JEOFFROY, LÉPINE, PREVOST, QUINQUAUD, RENAUD. — CLAUDE BERNARD, BERTHELOT, VAN BLARENBERGHE, HENRI SAINT-CLAIRE DEVILLE, MAREY, DE MONTDÉSIR »

NOTA. — On est prié d'adresser les souscriptions au docteur J. Renault, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, 26, rue des Ecoles.

NÉCROLOGIE. — L'un des plus éminents physiologistes, l'un des médecins qui ont représenté avec le plus d'éclat les tendances et les méthodes scientifiques de l'Allemagne, Traube, vient de mourir. Depuis plus de trente années il était le collaborateur et l'ami de Virchow, de Bährle, de tout ce que l'Université de Berlin a pu compter de savants. En 1846 il avait publié, avec leur collaboration, ses *Contributions à l'étude de la pathologie expérimentale*. Depuis, il avait rempli de mémoires importants les *Archives d'anatomie pathologique, de physiologie et de clinique médicales*. Traube cependant n'était pas clinicien. Ce qu'il recherchait avant tout, c'était l'interprétation physiologique des faits observés au lit du malade. Longtemps, en effet, il avait dû rester éloigné de la pratique hospitalière. Il était juif et, comme le dit Virchow dans un éloquent article consacré à sa mémoire, il fallut une révolution pour lui ouvrir la porte des hôpitaux allemands où la tolérance en matière religieuse n'est pas proverbiale. En y entrant comme assistant de Schönlein, Traube apportait une méthode d'analyse physiologique dont il ne put assez se défendre dans l'observation des faits cliniques les plus discutables. On connaît ses travaux sur les maladies de l'appareil respiratoire et sur l'action de la digitale dans les maladies du cœur. Si quelques-unes des théories qu'il a émises peuvent être contestées, on ne peut nier que l'ensemble de ses travaux n'ait été des plus remarquables, et l'on comprend que sa mort ait causé une vive et pénible émotion en Allemagne.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Campbell de Morgan, chirurgien de l'hôpital de Middlesex. M. de Morgan occupait une haute position en Angleterre : membre de la Société royale, fellow du Collège des chirurgiens, etc. Il a publié diffé-

rents travaux sur les tumeurs et a pris une part active à la discussion sur le cancer qui a occupé la société pathologique de Londres en 1874 ; M. Campbell de Morgan est mort à l'âge de quarante-cinq ans des suites d'une pneumonie.

— Nous avons encore à annoncer la mort de M. Charles Rodenstein, à Trémont (New-York). Ce médecin était membre du Collège des *physicians* de New-York et occupait les fonctions d'inspecteur sanitaire de la même ville.

— Un autre médecin américain, M. Logan, vient de mourir à San Francisco. Il était membre du Sénat et a pris une part active à toutes les discussions relatives à la médecine publique.

— L'Italie médicale vient de perdre un de ses membres éminents, M. le docteur Giannuzzi, professeur de physiologie à l'Université de Sienna.

— Nous apprenons la mort de M. le docteur Imbert, chirurgien honoraire de l'hôpital d'Arles, et celle de M. Fischer, ancien externe des hôpitaux de Paris, interne à l'hôpital cantonal de Genève, qui a succombé à une diphtérie maligne.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE. — Le plus ancien livre de médecine, écrit il y a 3500 ans, vient d'être découvert au Caire par le célèbre égyptologiste Ewers. L'existence de ce livre remonte à l'époque de la régence de Joseph en Egypte. (Union méd.)

NOUVELLE SOCIÉTÉ SAVANTE. — Dans une réunion des principaux physiologistes anglais, tenue à Londres vendredi dernier, chez M. Burdon Sanderson, la fondation d'une Société physiologique a été décidée en principe. Nous applaudissons à cette excellente idée, car la plupart des mémoires de physiologie avaient été jusqu'à ce jour présentés à la Société royale, qui comprend certainement beaucoup de savants parmi ses membres, mais où le nombre des physiologistes est relativement limité. Parmi les savants anglais qui assistaient à la réunion de M. Burdon Sanderson, nous voyons les noms de MM. Lauder Brunton, Pavy, Klein, etc.

JURISPRUDENCE MÉDICALE. SYPHILIS INFANTILE. — La responsabilité de l'administration de l'Assistance publique ne saurait être engagée par le fait qu'un nourrisson confié par elle à une nourrice pour être élevé au sein, a transmis à celui-ci une maladie syphilitique, alors qu'il est établi que lors de la visite par le médecin de l'administration l'enfant paraissait sain, et que, dès l'apparition des premiers symptômes de la maladie, défense a été faite à la nourrice de continuer la nourriche.

Cette décision résulte d'un jugement rendu par le tribunal civil de la Seine le 13 janvier 1874, confirmé par arrêt de la Cour de Paris du 29 janvier dernier, malgré les circonstances de l'espèce très-défavorables à la plaignante. (Progrès médical.)

HOPITAL DU MIDI. — Maladies syphilitiques. — M. le docteur Horteloup, chirurgien de l'hôpital du Midi, commença ses conférences cliniques le dimanche 30 avril 1876, à 9 heures et demie, et les continuera les dimanches suivants à la même heure. Visite des malades à 9 heures.

État sanitaire de Paris :

Du 7 au 13 avril 1876, on a constaté 1022 décès, savoir : Variole, 8. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 3. — Fièvre typhoïde, 17. — Erysipèle, 7. — Bronchite aiguë, 56. — Pneumonie, 77. — Dysentérie, 0. — Diarrhée cholériforme des enfants, 5. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 8. — Croup, 26. — Affections puerpérales, 14. — Autres affections aiguës, 263. — Affections chroniques, 475, dont 236 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 38. — Causes accidentelles, 19.

SOMMAIRE. — PARIS. Société médicale des hôpitaux : De l'urticaire considérée comme complication des kystes hydatiques du foie. — Action du vomit des serpents sur l'homme. — Services hospitaliers de l'armée. — TRAVAUX ORIGINAUX. Pathologie interne : Des conditions de la curabilité des oméolies. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — Société de thérapeutique. — REVUE DES JOURNAUX. Modifications du système et de la méthode dans le léisme. — BIBLIOGRAPHIE. Journal humoristique d'une médecine phthisique. — Index bibliographique. — VARIÉTÉS. Le nouveau règlement général de police sanitaire maritime.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 27 avril 1876.

Faculté de médecine de Paris : RAPPORT SUR LES OPÉRATIONS DU CONCOURS D'AGRÉGATION (SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES, PHYSIOLOGIQUES, ETC.). — ACTION DE L'AIR SUR LES PHÉNOMÈNES DE LA PUTRÉFACTION. NOUVELLES EXPÉRIENCES DE M. TYNDALL.

Rapport sur les opérations du concours d'agrégation.

Nous avons annoncé (*Gaz. heb.*, 1876, p. 128) les résultats du concours ouvert près la Faculté de médecine de Paris par un arrêté en date du 5 juin 1874. Le JOURNAL OFFICIEL du 23 avril dernier publie le rapport adressé au ministre de l'instruction publique par M. Wurtz, président du jury. L'éminent doyen honoraire de la Faculté, après avoir indiqué quelles avaient été les questions faites aux candidats des diverses sections, y apprécie en quelques mots la valeur de chacune des épreuves. Le sujet de la composition écrite avait été, pour tous les candidats : *Le foie (anatomie et physiologie)*; *la bile*. Comme on devait s'y attendre, le sujet a été traité à des points de vue différents par les compétiteurs inscrits dans les diverses sections. Les anatomistes ont brillamment soutenu l'épreuve; les naturalistes, en insistant sur l'anatomie comparée du foie, ont pu écrire des compositions remarquables; les chimistes se sont attachés plus spécialement à l'étude de la bile et de ses composés; quant aux physiciens, appelés à traiter une question qui n'était pas directement afférente à leurs études spéciales, ils ont été médiocres, bien que « cette épreuve, où la physique était absente, est peut-être celle qu'ils ont le mieux subie ». M. Wurtz considère donc, avec raison, cette première épreuve comme l'une des plus importantes, puisqu'elle « est destinée à mettre en lumière et offre un moyen d'apprécier le degré d'instruction des candidats dans les sciences anatomiques et physiologiques, qui forment la base des sciences médicales proprement dites ». Nous reproduisons plus loin (p. 271) les questions que les divers candidats ont eu à traiter après trois heures de préparation à huis clos. Cette épreuve a été moins bonne que la précédente. Nous n'hésitons pas à la considérer comme très-importante également; car elle permet de juger à la fois les connaissances acquises et le talent d'exposition du candidat. Les épreuves pratiques ont aussi un grand intérêt; elles paraissent avoir été assez faibles, et il est à remarquer qu'un seul concurrent parmi les naturalistes a pu déterminer les échantillons de plantes fraîches ou les espèces d'animaux qui avaient été mis sous les yeux des candidats. Les résultats obtenus ont été meilleurs pour les leçons orales après vingt-quatre heures de préparation. « De toutes les épreuves, dit M. Wurtz, celle-là est peut-être la plus importante. Les can-

didats se trouvent placés, en effet, dans les conditions même où s'exerce le professorat; ils sont appelés à traiter un sujet qui est de leur compétence, et ils ont le temps de s'y préparer ». Quant aux thèses, nous ne saurions mieux faire que de reproduire ici les critiques que M. le professeur Wurtz adresse à ce genre d'épreuves. Déjà, on s'en souvient (voy. *Gaz. heb.*, 1875, p. 253), le président du jury de médecine, M. Chauffard, avait demandé que le sujet des thèses fût donné dès le début des épreuves définitives du concours. Nous verrions plus volontiers ces matières à argumentation remplacées, comme le propose M. Wurtz, par des propositions données à l'avance, ou mieux encore par des thèses dont le sujet serait laissé au choix du candidat : le travail qu'il soumettrait à l'appréciation de ses juges concourrait dès lors, avec l'appréciation de ses titres scientifiques, à permettre « de préjuger l'autorité qu'il aura dans son enseignement, et qui sera d'autant plus grande qu'il aura cultivé et fait avancer lui-même la science de son choix ». Voici d'ailleurs les observations de M. Wurtz :

« La rédaction et l'argumentation des thèses ont constitué la dernière épreuve. Ce genre de travaux est ingrat et offre rarement un intérêt considérable, du moins dans les sciences physiques, où la valeur d'une production est mesurée par son originalité, sa nouveauté réelle et féconde.

» Ces thèses volumineuses, rédigées, imprimées et corrigées en douze jours, sont ordinairement des compilations dans lesquelles l'auteur, surmené par un travail forcé, peut rarement déposer le fruit de ses propres observations ou même de ses méditations réfléchies. A titre de résumés bien faits, elles peuvent avoir leur utilité; comme matières à argumentation, elles pourraient être remplacées par des propositions données à l'avance. A quelques observations près, les thèses soumises à l'appréciation du jury étaient marquées du sceau de leur origine hâtive. »

Après avoir ensuite donné les noms des agrégés nommés à la suite de ce concours et classé ceux-ci non-seulement selon l'ordre des facultés, mais encore suivant le mérite de leurs épreuves, l'éminent doyen de la Faculté de Paris termine son rapport par deux observations que nous tenons à reproduire. La première est un hommage rendu à l'école de Nancy, ou à l'ancienne école de Strasbourg, dont les candidats se sont placés, dès la composition écrite, en tête de la liste des concurrents et ont gardé ce rang. M. Wurtz aurait pu rappeler, à cette occasion, que déjà dans un concours précédent, un élève de Strasbourg, M. Mathias Duval, avait brillamment prouvé ce que vaut l'enseignement anatomique et physiologique de cette école. MM. Chrétien et Engel se sont montrés non moins dignes des félicitations de leurs juges.

« C'est pour moi un devoir, écrit M. Wurtz, que de faire remarquer le rang qu'occupent dans le classement définitif les candidats de la Faculté de Nancy. Dès le début, ils se sont placés en tête, et ils ont gardé cette place. Sans vouloir exagérer la signification de ce résultat, qui peut être dû,

dans une certaine mesure, à l'influence des circonstances fortuites, il est pourtant permis d'en faire honneur à la Faculté de Nancy, à l'excellent esprit qui l'anime, à l'enseignement solide qu'elle distribue. N'est-il pas vrai que les jeunes agrégés qui sont sortis victorieux d'une lutte avec des émules nombreux et distingués puiseront dans ce succès une autorité et un encouragement qu'un concours plus restreint et moins solennel ne leur avait pas donnés au même degré ? »

Le président du jury insiste ensuite sur les avantages modifications apportées par un récent décret à la situation des agrégés de médecine. Si nous ne pouvons admettre, au moins en ce qui concerne les agrégations de médecine et de chirurgie (car le concours pour les sciences dites accessoires se fait dans des conditions spéciales) l'utilité de réunir à Paris tous les candidats, nous ne saurions ne pas nous associer sans aucune réserve aux paroles si autorisées qui terminent le rapport de M. Wurtz : « On doit, dit-il, applaudir hautement à cette dernière mesure, qui met enfin les agrégés des Facultés de médecine dans une situation proportionnée aux efforts qu'ils font pour y atteindre et aux services qu'ils sont appelés à rendre. De telles réformes comptent parmi les plus utiles qu'on puisse solliciter de la sagesse, de l'autorité et de la libéralité des pouvoirs publics. Il est bon d'assurer le recrutement de nos facultés, de nos grandes écoles, en multipliant et en améliorant les positions secondaires qui en préparent l'accès, et qui sont comme des étapes sur la route de l'enseignement supérieur, couronnement et chef de voûte de l'instruction publique. »

L. L.

Parmi les communications faites par les délégués des Sociétés savantes réunis à la Sorbonne du 19 au 22 avril dernier, les travaux qui intéressent directement la médecine ont été plus nombreux que de coutume. Nous ne voulons mentionner aujourd'hui que le mémoire lu par M. le docteur Castan, de Montpellier; il a trait à l'étude de la contagion de la phthisie pulmonaire, et celui que l'on doit à M. le professeur Dupré, de Montpellier, et qui a pour titre : CAUSES, CARACTÈRES ET TRAITEMENT DE LA PELLAGRE.

À l'Académie de médecine, la question de la nature des différentes espèces de coliques sèches observées dans les pays chauds et celle de l'existence réelle des accidents saturnins chez les indigènes des Antilles, soulevées par la lecture d'un travail de M. Béranger-Féraud, n'ont pu être discutées. Nous attendrons, pour nous occuper de ce sujet si intéressant, la réponse que doit faire M. Le Roy de Méricourt à la question qui lui a été adressée par M. Hardy.

Action de l'air sur les phénomènes de la putréfaction.

La question des ferments est tout à fait à l'ordre du jour de l'autre côté du détroit. Dans une série de nouvelles expériences qu'il vient de présenter à la Société royale de Londres, M. Tyndall a cherché à déterminer l'action de l'air optiquement pur sur les phénomènes de la putréfaction et de l'inféction. On sait que Pasteur, Coze, Hiller et autres avaient déjà tenté la culture des germes dans des vases ne communiquant avec l'air qu'à travers des tamis d'ouate et étaient arrivés

à des résultats peu concordants, ce qu'il faut sans doute attribuer au manque de précision dans les procédés employés et aux idées préconçues des expérimentateurs.

Quoique M. Tyndall ne soit pas tout à fait à l'abri des idées préconçues, nous pensons néanmoins que les nombreux travaux qu'il a publiés sur la question des ferments donnent à sa parole une certaine autorité. Les expériences qu'il vient de faire connaître ont du reste été pratiquées avec une rigueur scientifique au-dessus de tout soupçon; elles sont simples, faciles à contrôler et peuvent être aisément répétées; on en jugera par le court résumé que nous en donnons plus loin.

M. Tyndall a remarqué que si l'on tapisse avec de la glycérine les parois internes d'un vase ou d'une boîte, l'air contenu dans ce vase ne tarde pas à devenir optiquement pur, c'est-à-dire à se dépouiller des particules flottantes hétérogènes qu'il contenait. C'est là un point important qui avait été jusqu'ici négligé par la plupart des expérimentateurs, qui s'étaient contentés de filtrer l'air à travers le tamis d'ouate.

L'appareil qui a servi aux expériences du chimiste anglais se compose d'une boîte enduite intérieurement de glycérine et mise en communication avec l'air extérieur par des tubes remplis d'ouate également imbibée de glycérine. Sur la paroi inférieure de la boîte se trouvent fixés six éprouvettes, disposées de telle façon que leurs extrémités ouvertes se trouvent situées intérieurement, tandis que leurs extrémités fermées font saillie de quelques centimètres au dehors de la boîte. La paroi supérieure permet d'introduire du liquide dans les éprouvettes. Deux fenêtres avaient été fixées à l'appareil, de manière à pouvoir y faire passer un rayon de lumière. Il va sans dire que la boîte était hermétiquement fermée et n'était en communication avec l'air extérieur que par les tubes ouatés dont nous venons de parler.

Après avoir laissé reposer l'appareil pendant trois jours, on constata, en faisant passer un rayon de lumière dans la boîte, que l'air contenu était optiquement pur, c'est-à-dire qu'il ne contenait aucune particule hétérogène qui pût réfléchir la lumière. Les huit éprouvettes contenues dans la boîte furent alors remplies d'urine fraîche qui fut ensuite soumise à l'ébullition pendant cinq minutes; huit autres éprouvettes, placées à l'extérieur de l'appareil et exposées à l'air du laboratoire furent également remplies d'urine aussi soumise à l'ébullition. Au bout de quatre jours le liquide contenu dans les tubes extérieurs se troubla et se couvrit de moisissure; l'examen au microscope y fit découvrir une quantité immuable de bactéries; le liquide des éprouvettes contenues dans la boîte était intact, et l'examen microscopique n'y fit découvrir aucun organisme.

Toutes les expériences qui furent pratiquées de la même manière donnèrent des résultats analogues. Les tubes furent successivement remplis avec des infusions de mouton, de bœuf, de merluche, etc.; les infusions exposées à l'air ordinaire se remplissaient d'organismes au bout de deux ou trois jours; celles qui étaient contenues dans la boîte se conservaient indéfiniment sans présenter la moindre altération. Dans les expériences 8 et 9, on employa une infusion de navet; un des tubes exposés, qui s'était rapidement recouvert d'une couche uniforme de moisissure, ne présentait pas de bactéries à l'examen microscopique, probablement, nous dit M. Tyndall, parce que la pellicule qui recouvrait le liquide avait été assez compacte pour empêcher l'accès de l'oxygène et le développement des organismes. Dans une autre expérience, un des tubes contenus dans la boîte se remplit très-rapidement de *penicillia* et de *microsporons*; on put croire un

instant à un exemple de génération spontanée, mais un examen plus attentif fit découvrir que le tube employé pour cette expérience n'avait pas été préparé convenablement et contenait quelques gouttes de l'infusion précédente.

Le mémoire de M. Tyndall contient ensuite quelques considérations sur le volume des particules flottantes de l'air. Quelques-unes de ces particules, qui sont capables de produire la réflexion de la lumière, sont cependant ultra-microscopiques. Si nous n'avons jamais pu découvrir des bactéries dans l'air à l'aide du microscope, c'est que leurs germes sont invisibles et ultra-microscopiques.

On sait que le chimiste anglais est un des adversaires les plus résolus de la génération spontanée, que M. Charlton Bastian défend avec tant d'ardeur en Angleterre. M. Tyndall pense que les germes ne peuvent survivre à la température de l'eau bouillante, mais il n'admet pas, comme M. Bastian, qu'une infusion de navet ou de foin puisse produire des organismes si elle est exposée à l'air filtré.

Nous avons simplement exposé les résultats obtenus par M. Tyndall, sans discuter les théories et les déductions pathologiques que le professeur anglais veut y rattacher. Les différentes théories qui expliquent le rôle des germes et des ferments dans le développement des maladies infectieuses ont été, l'année dernière, l'objet d'une longue étude dans les colonnes de la GAZETTE HEBDOMADAIRE (n° 14, 15 et 16). Ceux de nos lecteurs qui désirent approfondir ce sujet, trouveront encore dans le BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE le compte rendu de la discussion qui a occupé plusieurs séances de cette société en 1875, et qui contient la plupart des documents présentés jusqu'à ce jour sur la question si discutée des germes et des ferments.

D^r LUTAUD.

HISTOIRE ET CRITIQUE

LA MUSCARINE.

L'étude des principes toxiques contenus dans les champignons, après être restée si longtemps du domaine exclusif de la toxicologie et de l'hygiène, est enfin devenue depuis quelques années le point de départ de recherches physiologiques nombreuses, qui permettront bientôt à ces poisons de prendre place à côté des substances toxiques méthodiquement étudiées et, qui sait? peut-être parmi les médicaments. Ces recherches, nous les avons déjà signalées plus d'une fois dans les colonnes de la GAZETTE HEBDOMADAIRE; cependant, et quoiqu'il reste encore bien des lacunes à combler, il nous a paru utile de jeter aujourd'hui un coup d'œil d'ensemble sur les résultats obtenus.

Les champignons toxiques sont extrêmement variés et nombreux, mais c'est presque exclusivement d'une même espèce qu'on a extrait la substance jusqu'ici étudiée; c'est le poison de la fausse oronge (*Amanita muscaria*) qui presque seul a été isolé, sous le nom de *muscarine*. Nous ne rentrerons pas dans l'étude botanique de ce cryptogame, il suffit de se rappeler qu'on le trouve partout autour de nous, surtout dans les bois humides, et que, s'il croît plus volontiers sous des latitudes plus chaudes, il n'est chez nous, ni moins toxique, ni moins facile à confondre avec l'orange vraie.

C'est au commencement de l'automne que l'*Amanita muscaria* devient très-commune dans les bois humides et surtout à l'ombre; son chapeau tacheté de plaques jaunâtres, son

pedicule et ses lames blanches et non jaunes comme dans l'*Amanita aurantiaca* (orange vraie), tels sont les principaux caractères qui la désigneront à nos recherches, car c'est à cette époque qu'il convient d'en extraire la substance toxique.

Nous disions tout à l'heure que c'est tout récemment qu'a commencé l'étude scientifique de cette amanite, car nous ne pouvons considérer comme recherches sérieuses quelques tentatives isolées faites autrefois en Allemagne par Reinhard, qui a employé la poudre de fausse oronge pour combattre les paralysies, l'épilepsie et plusieurs autres affections. Jusqu'à nos recherches récentes l'*Amanita muscaria* n'était guère connue, comme substance toxique, que pour les très-nombreux empoisonnements qu'elle produit. Or on sait combien est variable la physiologie de l'intoxication par les champignons, et à quels accidents, en apparence divers, succombent les malades. Il était évidemment du plus grand intérêt de rechercher sur quel organe l'action du poison s'exerce de préférence, quels effets il produit, car de cette connaissance seule pourra naître un traitement efficace dans les cas si nombreux où un vomissement salutaire n'a pas débarrassé l'organisme de la plus grande partie du poison.

Isoler le poison, analyser ses effets, tel était donc le but des recherches entreprises. Nous allons les passer sommairement en revue, voir si les auteurs ont atteint leur but, quelles sont les lacunes qu'ils ont laissées et que leurs successeurs devront faire disparaître.

C'est à Schmieberg que revient l'honneur d'avoir le premier isolé la substance toxique de la fausse oronge (Das Muscarin, das giftige Alkaloid des Fliegenpilzes; Leipzig 1869) et d'en avoir analysé les effets. Depuis cette époque plusieurs travaux importants ont été publiés; nous ne signalerons que les plus complets. D'abord la communication de M. J.-L. Prévost (de Genève) à la Société de biologie (séance du 25 avril 1874, et in *Gazette hebdomadaire*, 1874, n° 18, p. 293). Les différentes communications de M. Alison (Société de biologie, séance du 29 janvier 1875, in *Gazette hebdomadaire*, 1875, n° 6, p. 91). Contributions à l'étude physiologique de l'*Amanita muscaria* (fausse oronge) (*Revue médicale de l'Est*, t. IV, n° 6, p. 173; n° 7, p. 225; n° 8, p. 255; n° 9, p. 233; n° 10, p. 308; t. V, n° 2, p. 43). Action physiologique de l'*Amanita muscaria* (fausse oronge); phénomènes généraux de l'empoisonnement; effets de ce poison sur les organes de la circulation, sur ceux de la respiration et les troubles de la calorification (note communiquée à l'Académie des sciences, séance du 20 mars 1876, in *Gazette hebdomadaire*, n° 13, p. 199, 1876). En Allemagne également les travaux se sont multipliés, et nous signalerons ceux de Erick Hartnack et Schmieberg (Untersuchungen über Fliegenpilz-Alkaloid; Arch. für experiment. Ueber die Constitution und Darstellung des Muscarins, *Centralblatt Medicin.* Wissen, 1875, p. 598, Patholog. und Pharmacol., t. IV, p. 168, 1875). Du Danois W. Krenchel (*Ondes. van het physiol. Labor. der Utrechtsche Hoogeschool*, 1874, Derde Reeks, III, p. 22-38), de l'action de la muscarine sur le muscle de l'accommodation et sur la pupille. Enfin nous devons mentionner une note communiquée par M. Prévost à l'Académie des sciences, relative à l'action de la muscarine sur les sécrétions pancréatique, biliaire et urinaire (Compt. rend. Académ. des sciences, 10 août 1874). Ajoutons que M. le professeur Vulpian a vérifié dans son laboratoire et dans son cours les diverses recherches faites avec ce poison (Compte rendu des séances de la Société de biologie, 1875, p. 29) et qu'un grand nombre d'expériences

sont dues à ses préparateurs, MM. les docteurs Bochefontaine et Carville.

Tels sont les documents que nous venons de parcourir. Nous les passerons en revue en cherchant à dégager les résultats définitivement acquis et à montrer également ceux qui sont sujets à la critique.

Ces résultats sont les mêmes soit qu'on emploie l'extrait d'*Amanita muscaria*, soit qu'on fasse usage d'un produit plus pur, la muscarine. Voici comment on prépare cette substance. L'extrait étant additionné d'acide chlorhydrique et évaporé, on obtient une masse de consistance sirupeuse, jaunâtre, dans laquelle nagent des cristaux en aiguille; or cette masse, outre le chlorhydrate de muscarine, contient un autre alcaloïde, l'*amanitine* (Erich Hartnack). Pour séparer ces deux bases, on broie les cristaux dans l'eau mère et on les dessèche sur du papier buvard. On obtient d'abord des cristaux incolores, le chlorhydrate d'amanitine, qui n'ont aucune propriété toxique. La muscarine reste dans l'eau mère, d'où, dans ces conditions, il est impossible de l'extraire. Voici pour l'obtenir pure le procédé que propose E. Hartnack : « Les cristaux de chlorhydrate de muscarine et d'amanitine sont dissous dans une petite quantité d'eau, additionnée d'une quantité relativement très-faible de chlorure d'or. Le précipité, formé surtout de chlorhydrate d'amanitine, est filtré et purifié par des cristallisations successives dans l'eau chaude. Le liquide est évaporé dans le vide, et il se dépose une nouvelle quantité de chlorure d'or et d'amanitine. On ajoute une seconde fois du chlorure d'or, on chauffe et on filtre à chaud. On obtient ainsi en dissolution le sel d'or et la muscarine, qui cristallise lorsqu'on le concentre ou qu'on l'abandonne dans un lieu suffisamment refroidi. » On sépare la muscarine par l'hydrogène sulfuré.

En résumé, de très-nombreux travaux ont été entrepris sur l'action physiologique des poisons extraits des champignons, la chimie a permis de reconnaître que cette substance est un alcaloïde insoluble, et que lui seul est toxique. Dès lors, qu'on emploie l'extrait d'*Amanita muscaria*, la poudre ou la muscarine, les effets physiologiques seront toujours les mêmes et ne varieront qu'avec les doses. Nous allons maintenant les passer en revue.

La première chose qui frappe quand on empoisonne une grenouille par la fausse orange, c'est un arrêt rapide du cœur, et sous ce rapport les recherches les plus détaillées sont dues à M. Alison. Cet auteur a analysé l'action de la muscarine sur le cœur chez différents animaux et de plus il a cherché à bien connaître la cause intime et le mécanisme de cet arrêt.

« Chez les grenouilles, dit M. Alison, après l'injection hypodermique d'une quantité suffisante de muscarine le cœur s'arrête en diastole. » Ce fait est la vérification des données admises par tous ces devanciers. Schmiedeberg et Kope, M. Prévost, sont tous arrivés au même résultat; cet effet se produit avec une très-grande rapidité, il est même encore plus prompt quand, au lieu de faire une injection sous-cutanée de muscarine, on met cette substance directement en contact avec le cœur après avoir incisé le péricarde. Dans ces conditions les contractions deviennent de plus en plus faibles, de plus en plus lentes, le cœur se vide très-incomplètement et peu à peu s'arrête; ses cavités restent gorgées de sang. Tel est le résultat obtenu quand le cœur n'a éprouvé aucune préparation préalable. Mais en est-il de même quand l'innervation cardiaque a été modifiée par la section de différents nerfs, par la destruction des ganglions. Sous ce rapport les

expériences de M. Alison sont extrêmement nombreuses et très-variées. La destruction du système cérébro-spinal ne modifie en rien les résultats, l'arrêt est alors aussi rapide et aussi complet. Nous reviendrons plus loin sur ces expériences.

Chez les mammifères les effets sont beaucoup moins prononcés en ce sens qu'on n'obtient pas en général l'arrêt complet du cœur. A faible dose, la muscarine produit une accélération des battements; ce fait a été constaté par Schmiedeberg et Kope sur l'homme et le chien (*loc. cit.*, Leipzig, 1869), par M. Prévost chez le chien (Note à l'Académie des sciences), par M. Alison chez tous les animaux, chez lesquels il l'a cherché (Note à l'Académie des sciences, séance du 20 mars 1876). Il a constaté que cet effet se produit chez le chat, le mouton, le lapin, etc. Mais si la dose est plus forte, à cette période d'excitation succède un affaiblissement et un ralentissement qui peuvent se terminer par l'arrêt complet. En résumé, la muscarine, quand elle est administrée à dose toxique, produit la mort par arrêt du cœur.

Or un des phénomènes les plus intéressants de cette étude de la muscarine, c'est que le cœur arrêté (et ici nous parlerons surtout des grenouilles chez lesquelles ces expériences ont été faites), c'est que le cœur, disons-nous, peut battre de nouveau, la circulation se rétablir et que ce résultat peut encore être obtenu quand le cœur est arrêté depuis un temps assez long. Quand la dose n'est pas trop forte, il suffit de maintenir la grenouille humide pendant un temps plus ou moins long, pour que, le poison étant éliminé, le cœur batte à nouveau (Schmiedeberg et Kope, Prévost, Alison). C'est là en quelque sorte la guérison spontanée de l'empoisonnement par la fausse orange. Mais à côté de ce retour naturel et toujours tardif des battements du cœur, il en existe un autre qui peut être très-rapidement provoqué par certains agents. Ce phénomène déjà constaté pour le sulfate d'atropine par Schmiedeberg et Kope l'a été depuis pour plusieurs autres substances; la digitaline (Boehm), l'ésérine, la morphine quelquefois (Prévost), les excitants mécaniques et physiques (lumière, électricité, l'insufflation d'air), l'hyoscyamine, l'ergotine (Alison).

Voici comment les choses se passent. Sur une grenouille de forte taille, on met en contact avec le cœur précédemment dénudé une faible quantité de muscarine, mais cependant suffisante pour produire très-vite l'arrêt des contractions cardiaques (1 à 2 milligrammes); au bout de quelques minutes, les contractions, après avoir passé par la période de décroissance dont nous parlerons plus haut, s'arrêtent. Le cœur est alors gorgé de sang et se présente sous un aspect noirâtre, globuleux. A ce moment on injecte sous la peau, ou bien on met directement en contact avec le cœur une très-faible quantité de sulfate d'atropine; presque aussitôt les oreillettes se contractent, une, deux ou trois fois, puis les ventricules à leur tour chassent le sang dans les artères. Ces premières contractions sont faibles, le cœur ne se vide pas complètement, mais bientôt, les contractions reprennent leur énergie normale.

Si, au lieu d'employer le sulfate d'atropine, on met en usage une autre quelconque des substances que nous avons signalées, les résultats sont identiquement les mêmes, à cette seule différence près que le sulfate d'atropine est toujours le plus actif des agents et qu'aucun autre ne ramène aussi rapidement les contractions, ni d'une manière aussi certaine quand elles ont été supprimées depuis déjà assez longtemps par une dose un peu forte de muscarine.

Parmi ces agents signalés par M. Alison, la lumière, l'électricité, l'insufflation d'air, ne nous paraissent pas avoir une action parfaitement établie. Qu'on se souvienne en effet que quand la dose n'est pas trop forte les contractions peuvent reparaitre spontanément, et on comprendra que ces agents, dont la puissance, au dire même de l'auteur, est loin d'être comparable à aucune des substances que nous venons d'énumérer, n'ont probablement qu'une influence très-hypothétique. Il est possible que l'irritation qu'on produit alors contribue à exciter l'organisme entier et à réveiller la contraction cardiaque au même titre que peut le faire toute douleur quand le cœur est seulement affaibli, et cela en faisant appel à la circulation périphérique; mais jusqu'à plus ample informé nous ne reconnaissons pas à ces excitations un véritable antagonisme avec la muscarine.

Les expériences nombreuses et comparatives que M. Alison a faites avec les différents agents qui ramènent la contractilité cardiaque, lui permettent d'affirmer que le sulfate d'atropine jouit d'une puissance à laquelle aucune autre n'est comparable; après lui viennent se placer l'éserine, la digitale, puis, bien plus loin encore, l'hyoscyamine, l'ergotine, la morphine. D'après les recherches de M. Prévost (*Gaz. hebdomadaire*, p. 293), la strychnine ne réveille pas les contractions du cœur arrêtées par l'extrait de fausse orange.

Si le sulfate d'atropine peut faire disparaître les effets les plus dangereux de la muscarine, cette dernière ne jouit pas de propriétés analogues à l'égard de l'alkaloïde de la belladone. Il est impossible d'arrêter par la muscarine (Schmiedberg et Kope, Prévost), quelle que soit la dose employée, les contractions du cœur chez une grenouille atropinisée; de même, quand, chez une grenouille empoisonnée par la muscarine, on a introduit de l'atropine et fait ainsi contracter à nouveau le cœur précédemment arrêté, il devient absolument impossible de l'arrêter de nouveau. Nous verrons du reste bientôt qu'il existe quelque chose d'analogue pour les sécrétions. Cette dernière opinion émise par les premiers auteurs n'est pas partagée par M. Alison; plusieurs expériences l'ont amené à croire qu'une dose très-faible d'atropine n'est pas un obstacle suffisant à l'arrêt ultérieur du cœur par de fortes doses de muscarine.

Nous verrons, dans un prochain article, que cette action antagoniste entre l'atropine et la muscarine est poussée plus loin encore, et qu'elle peut servir à expliquer des faits physiologiques importants.

II. GOUTTÈRE.

(A suivre.)

COURS PUBLICS

Pathologie expérimentale.

FACULTÉ DE MÉDECINE: PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE DU SYSTÈME NERVEUX (Cours de pathologie expérimentale).

M. le professeur Vulpian a commencé son cours mardi dernier. Un grand nombre d'étudiants, étaient venus l'applaudir.

M. Vulpian s'occupera cette année de la pathologie expérimentale du système nerveux. De nombreux progrès ont été accomplis depuis une trentaine d'années dans cette branche de la pathologie. La clinique, il est vrai, a souvent devancé l'expérimentation, mais celle-ci a permis de confirmer des données, qui sans elle seraient restées stériles, et dans un

certain nombre de cas, elle a guidé à son tour les recherches cliniques.

M. Vulpian rappelle le temps où il faisait ses études médicales. « A cette époque, dit-il, les maladies du système nerveux étaient un véritable chaos. Prenons les maladies de la moelle, par exemple: on connaissait, à la vérité, le mal de Pott, les fractures de la colonne vertébrale et les lésions qu'elles peuvent entraîner sur la moelle, le ramollissement médullaire... Ah! déjà on commençait à ne plus s'entendre. Toutes les autres maladies étaient confondues pêle-mêle: on disait, suivant les services, paralypégie, myélite chronique, quelquefois affection syphilitique, mais sans préciser davantage. »

A cette époque, il n'y avait donc pas de connaissances transmissibles par l'enseignement sur cette partie de la pathologie. Il n'y avait non plus aucune indication thérapeutique rationnelle: à tout hasard, on prescrivait certaines eaux, des cautères, des vésicatoires, etc.

« L'ère des progrès, continue le professeur, s'ouvre par les recherches de Duchenne (de Boulogne), dont nous déplourons la perte récente. »

M. Vulpian se souvient de l'étonnement des maîtres et des élèves, quand Duchenne eut dégagé des paralypégies les symptômes de l'ataxie locomotrice; de l'incrédulité même que l'on eut pendant un certain temps; car Duchenne qui avait démonté le syndrome clinique n'avait pas montré la lésion; d'autres médecins devaient bientôt accomplir cette tâche.

Ce n'est pas à dire qu'avant lui il n'y eût absolument rien de fait: on avait des observations importantes d'Olivier (d'Angers), de Cruveilhier; mais ce n'est qu'à partir de ses recherches que l'étude des maladies du système nerveux est entrée dans une phase nouvelle.

M. Vulpian cite alors les beaux travaux de M. Charcot. Les maladies de la moelle se dégagent peu à peu: la sclérose latérale symétrique, la sclérose transverse, la sclérose en plaques, la myélite des cornes antérieures, l'hémorrhagie de la moelle, etc.

Mis, di-t-on, les guéri-sez-vous mieux?

Ici, avec une grande élévation de pensée, le professeur montre qu'en dehors de la satisfaction intellectuelle, que procure la découverte de toute vérité scientifique, il y a toujours à côté un intérêt pratique considérable. Les découvertes récentes permettent au moins de régulariser les essais thérapeutiques, d'éviter aux malades certaines médications douloureuses dont l'inefficacité est démontrée, enfin de s'attaquer à la cause réelle de la maladie. Dans la paralypégie atrophie, par exemple, au lieu de dire, comme on le faisait, les moyens thérapeutiques sur les muscles qu'on croyait primitivement atteints, on sait maintenant qu'il faut essayer d'agir sur la moelle.

Un certain nombre de résultats ont déjà été obtenus.

Pour le bulbe les progrès ont été moins considérables, on doit encore à Duchenne la connaissance de la paralypégie glosso-laryngée.

On sait aussi, mais avec moins de précision, que le bulbe joue un rôle important dans l'épilepsie.

Pour le cerveau on a fait d'immenses progrès. Il y a trente ans le ramollissement cérébral était à peine connu. L'idée de ramollissement faisait penser à une affection lente, progressive, avec diminution de l'intelligence et paralypégie qui allait en augmentant de jour en jour. Aussi regardait-on le ramollissement comme pouvant être facilement distingué de l'hémorrhagie cérébrale. On a vu depuis que le ramollissement débutait souvent brusquement, et le mot apoplexie qui était alors à peu près synonyme d'hémorrhagie cérébrale ne s'emploie plus que dans sa signification étymologique sans rien préjuger sur la lésion.

Enfin des études ont été faites sur les fonctions des différentes parties du cerveau (Broca, Hitzig, Ferrier), et actuellement encore ces recherches sont poursuivies ardemment.

Quelle que soit l'opinion que l'on ait sur cette question ces études auront certainement des résultats importants.

En terminant ces généralités, M. Vulpian rappelle les travaux de Flourens, de Claude Bernard, de Brown-Séquard, qui ont été d'un si grand secours à la physiologie pathologique.

Nous nous permettrons de remarquer que le professeur a oublié de citer un des hommes qui ont le plus contribué à ces progrès ; il aurait pu pour être complet ajouter et *quorum pars magna fuit*.

P. B.

TRAVAUX ORIGINAUX

Ophthalmologie.

DEUX FAITS POUR SERVIR À L'HISTOIRE ÉTIOLOGIQUE DES PARALYSIES DES MUSCLES OCULAIRES, par le docteur GAYET, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Les paralysies des muscles moteurs des yeux ont été étudiées au point de vue symptomatologique avec un véritable succès, et les travaux de Szokalski, Guepe, Scelberg, Wells, Giraud-Teulon, etc., laissent peu à désirer. Il n'en est pas de même au point de vue étiologique et, là comme ailleurs, les altérations sont difficiles à rapporter à leur véritable origine.

Il est donc bon d'étudier avec soin les cas qui, par quelque point de leur histoire, sont de nature à éclairer la question, et c'est pourquoi je donne les deux faits qui suivent.

Obs. I. Paralyse du muscle droit externe du côté droit accompagnée de polydipsie et de polyurie. — L'année dernière, au mois d'octobre, j'ai été consulté par un jeune homme de vingt-huit ans, exerçant dans une petite ville du bassin de la Loire la profession de forgeron. Au premier aspect, à cette attitude décrite si soigneusement par Giraud-Teulon, je reconnus une paralyse du muscle droit externe droit. L'œil droit, en effet, était en déviation permanente vers le grand angle, et le malade était incapable de le porter en dehors, quelque effort qu'il fit pour cela.

L'affection s'était produite brusquement quelques jours auparavant, et le patient en avait été averti par la diplopie. Il l'avait attribuée à un refroidissement, cause banale à laquelle sont exposés tous les gens de sa profession.

Interrogé sur ses antécédents, le malade nia toute syphilis et je n'ai aucune raison de douter de sa véracité.

Je conseillai dans cette première entrevue un traitement légèrement antiphlogistique et révélsif, et le malade revint me voir au bout d'un mois comme je lui avais recommandé.

Cette fois je fus frappé de son apparence anémique et souffreteuse, il avait beaucoup maigri. J'interrogeai les grandes fonctions et j'appris, que depuis quelques temps, une soif ardente se faisait sentir, qui ne pouvait être satisfait qu'avec 12 ou 15 litres de liquides par jour; que les urines étaient en relation avec la soif et pouvaient remplir quatre à cinq vases de nuit dans les vingt-quatre heures. Ces urines examinées immédiatement ne m'ont pas présenté traces de sucre ni d'albumine, ni même de phosphates. Elles sont limpides comme de l'eau et à peine plus denses qu'elle.

Plus de doute, la question étiologique de la paralyse du droit externe commençait à s'éclaircir et j'étais autorisé à penser que la lésion initiale siégeait à l'origine même du moteur oculaire droit, tout près du plancher du quatrième ventricule.

Les expériences de Claude Bernard sur les pigments du quatrième ventricule sont là pour démontrer la légitimité de cette interprétation, car dans plusieurs de ces expériences, l'opération entraîne des déviations oculaires et dans une de celles du 5 avril 1849 notamment, chez un chien, l'œil droit fut mis en strabisme interne.

Dans ces cas-là, il est vrai, il y eut de la glycosurie, mais il faut remarquer que souvent aussi la glycosurie fut produite sans strabisme, ce qui prouve que pour être voisines les localisations ne sont pas confondues. C'est du reste cette remarque que fait formellement Claude Bernard lorsqu'il dit : « L'exagération de la quantité d'urine, le passage du sucre ou de l'albumine dans cette urine nous ont semblé être des phénomènes indépendants les

» les uns des autres et pouvant être produits séparément. Ainsi » en piquant la moelle allongée un peu au-dessous de l'origine des » nerfs auditifs, on a une exagération de la quantité d'urine, sans » passage dans cette urine de sucre ou d'albumine. » (Leçons sur le syst. nerv. 1858, t. I, p. 398.)

Certes, si nous n'avions pas eu les phénomènes urinaires, nous aurions pu errer longtemps et croire à une paralyse rhumatismale ou à *frigore* sans songer à la rattacher à une lésion centrale. La marche de la maladie nous aurait peut-être égaré davantage puisque le traitement révélsif vigoureusement institué nous a donné une amélioration telle de la paralyse, qu'à cette heure elle est corrigée par une présence de trois degrés. Heureusement la polyurie a participé parallèlement à cette amélioration ainsi que la polydipsie.

Ce fait va nous servir à interpréter celui qui va suivre, infiniment plus compliqué, comme on va en juger.

Obs. II. Paralyse totale de tous les muscles moteurs des deux yeux, sauf des élévateurs des paupières et des pupilles qui ne sont que paresseux. — Madame X..., âgée de soixante-six ans, était depuis quinze à vingt jours souffrante d'une grippe. Le mardi 21 mars, le matin, en se mettant à sa fenêtre, elle s'aperçut qu'elle voit double, elle consulte aussitôt, et son médecin constate une chute légère des deux paupières, une paralyse prononcée du droit externe droit et déjà une certaine paresse de tous les muscles moteurs des deux yeux. Les pupilles avaient conservé leurs mouvements normaux et l'accommodation ne paraissait pas avoir souffert.

Peu à peu les phénomènes paralytiques s'accroissent et malgré un traitement antiphlogistique et révélsif, dès le vendredi 24, les yeux étaient tous deux immobiles dans l'orbite, à ce moment et pour cause la diplopie avait disparu. En même temps la maladie scrupuleusement étudiée accusait un léger fourmillement aux extrémités des doigts des deux mains, mais si léger qu'elle ne l'aurait peut-être pas remarqué sans l'insistance qu'on mettait à l'en faire apercevoir.

Le mardi 28, je suis appelé en consultation auprès de M^{me} X..., et je constate une chute incomplète des deux paupières avec possibilité de les soulever par un effort de la volonté. Une immobilité absolue des deux yeux avec le regard dirigé à l'infini dans un plan horizontal. A part cela les globes sont sains, ni enfoncés, ni saillants, la pupille est moyennement dilatée un peu paresseuse, et tout le reste normal.

L'ophtalmoscope ne révèle absolument rien, l'accommodation est inférieure et l'acuité ne laisse rien à désirer.

Au-cu des muscles de la face n'est paralysé et, à part le fourmillement des doigts, la sensibilité est normale partout. Les fonctions sensorielles sont intactes et la motilité ne présenterait rien à noter, si les nouvelles conditions optiques dans lesquelles se trouve le malade n'étaient pour elle la cause d'un vertige très-pénible, surtout lorsqu'elle se meut.

Nous sommes en face d'une paralyse qui a frappé à la fois tous les paires motrices des deux yeux, à savoir les troisièmes, quatrième et sixième paires. C'est même à cet ensemble, que les globes doivent de n'être déplacés, ni par enfouissement, ni par protrusion.

Les urines qui m'ont été remises secrètement sont très-chargées mais ne donnent ni sucre, ni albumine, tout au plus sont-elles riches en phosphate. Spontanément la malade m'a raconté qu'elles étaient devenues beaucoup plus rares.

Depuis mon examen du 27 mars, les mouvements ont commencé à reparaitre. C'est d'abord l'abaissement de l'œil gauche, puis la rotation interne du même œil, puis la rotation externe du droit, puis enfin l'élevation de tous les deux. Aujourd'hui, 12 avril, l'état semble depuis quelques jours stationnaire, avec élévation d'une vingtaine de degrés au-dessus de l'horizon, tout autant d'abaissement. Environ trente degrés de rotation externe et un peu moins de rotation interne pour chaque œil. La paupière se soulève mieux. Quant à la diplopie, il est impossible de la mettre en évidence ; cependant la malade accuse un certain trouble de la vision qui ne me paraît explicable que par le léger désaccord des axes visuels.

En résumé, paralyse totale des trois paires motrices des deux yeux, sauf la conservation corrélative des paupières et des pupilles.

Début brusque de l'affection, qui n'ayant d'abord frappé que le droit externe droit s'étend en trois jours à tous les muscles. Coïncidence d'un peu de fourmillement des doigts. Intégrité absolue de l'intelligence et de toutes les fonctions sensorielles et autres.

Rareté des urines. Retour incomplet de la motilité se faisant assez régulièrement entre les deux yeux.

Evidemment le diagnostic ne peut donner lieu à aucune discussion ; mais il n'en est pas de même de l'étiologie, si importante cependant au point de vue du pronostic et du traitement.

Nous avons donc à rechercher si cette remarquable paralysie appartient à une des catégories suivantes : syphilitique, à frigore, diphthérique, par lésion centrale.

Je rejette toute idée de syphilis parce que les antécédents de M^{me} X..., ceux de sa famille, leur santé antérieure, celle de ses enfants la mettent au-dessus de tout soupçon de cette nature.

L'origine à frigore manque de base, pour la raison bien simple que M^{me} X... n'a pas pris froid, soignée comme elle l'était pour une grippe. En outre, l'opinion qu'on se fait de la compression des nerfs à travers leurs trous de passage, dans des sortes de paralysie, nous forcerait à supposer le rétrécissement des deux fentes sphénoïdales ou le développement d'une double altération de la base capable de comprimer à la fois des deux côtés, ce qui est peu admissible.

L'opinion d'une paralysie diphthérique ou analogue nous avait séduit au début ; mais, outre que la diphthérie n'a jamais été constatée, la marche des impuissances musculaires, leur étendue à la fois et leur localisation, l'intégrité du voile du palais ne sont pas d'accord avec une semblable manière de voir et peu à peu nous sommes ramené à l'idée d'une lésion centrale.

Du moment que nous ne pouvons la démontrer directement nous sommes obligé à une grande réserve, néanmoins nous avons pour appuyer cette opinion bon nombre d'arguments qui ne sont pas sans valeur.

Nous disions tout à l'heure que si les nerfs sont influencés sur leur trajet seulement, la lésion qui exerce cette influence doit être d'une énorme étendue et incompatible avec le libre exercice de toutes les autres fonctions cérébrales. Mais si nous remontons à l'origine des six nerfs paralysés nous voyons qu'ils étaient sur un espace assez restreint, depuis le plancher de l'aqueduc de Sylvius jusqu'à celui du quatrième ventricule ; et il n'est pas difficile de comprendre une lésion, qui puisse, sans être ni très-étendue, ni très-profonde, les frapper tous. Ajoutons que la même artère, la cérébelleuse supérieure vivifie toute cette région.

Nous avons assez fait ressortir, pour ne pas y insister de nouveau, que la fonction urinaire pouvait être atteinte, mais de façons très-diverses. Là nous avons une grande rareté de la fonction.

Enfin si nous localisons le mal aux noyaux d'origine des moteurs externes, pathétiques et moteurs communs, nous voyons que ni les fonctions cérébrales, ni les sensorielles, ni celles de la moelle allongée ne sont intéressées ; et que par conséquent nous pouvons admettre une pareille lésion chez notre malade.

La marche du mal est encore en faveur de notre hypothèse, et nous avons eu dans cette paralysie le tableau de ce que nous rencontrerons souvent chez des vieillards. D'abord un choc brusque, puis une augmentation pendant deux ou trois fois vingt-quatre heures, puis un retrait allant plus ou moins loin.

Je ne veux pas pousser plus loin cette analyse, pour ne pas donner à cette observation plus de développements qu'elle n'en comporte et surtout plus de développements hypothétiques. Telle qu'elle est, peut-être éveillera-t-elle l'attention des praticiens et contribuera-t-elle à éclairer une étiologie encore obscure et pourtant si intéressante.

Espérons aussi que des autopsies viendront apporter la précision et l'exactitude là où nous ne trouvons encore que le peut-être.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 17 AVRIL 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LE VICE-AMIRAL PARS.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LES CARBURES PYROGÈNES ET SUR LA COMPOSITION DU GAZ DE L'ÉCLAIRAGE, par M. Berthelot.

PHYLOXERA. — M. Dumas fait hommage à l'Académie de ses « Études sur le phylloxera et sur les sulfocarbonates ».

— MM. Jung, A. Wacquez adressent diverses communications relatives au phylloxera. (Renvoi à la commission.)

SUR L'OZONE DE L'AIR ATMOSPHÉRIQUE. Note de M. Marié-Davy. (Commissaires : MM. Fremy, Ed. Becquerel, P. Thénard, Berthelot.)

LES ÉLÉPHANTS DU MONT DOL. ESSAI D'ORGANOLOGIE DU SYSTÈME DES DENTS MACIÉRIÈRES DU MAMMOUTH. Troisième communication de M. Sirodot. (Renvoi à l'examen de M. Paul Gervais.)

NOTE SUR LA DÉCOUVERTE D'UNE STATION HUMAINE DE L'ÉPOQUE DE LA PIERRE POLIE, PRÈS DE BELFORT, par M. Ch. Grad. (Renvoi à l'examen de M. de Quatrefages.)

SUR LES TERMINAISONS NERVEUSES DANS L'APPAREIL ÉLECTRIQUE DE LA TORPILLE. Note de M. Ch. Rouget.

DE L'AMYGDALITE CASÉÛSE CHRONIQUE. Note de M. Bouchut. — « Il y a des angines chroniques caractérisées par la permanence, sur les amygdales, de points blancs et de taches blanches qui effrayent beaucoup les familles, et qui n'ont cependant aucune gravité.

» Ces taches blanches sont des produits caséux, ayant pour origine les follicules de l'amygdale hypertrophiée et atteinte d'inflammation chronique. Elles sont formées de matière grasse, avec ou sans odeur, et varient du volume d'un grain de blé à celui d'une noix, dont elles ont parfois les aspérités extérieures. Elles restent en place des semaines et des mois, et elles se reproduisent à mesure qu'on les enlève avec la curette ; mais, avec quelque persistance, on les enlève définitivement. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 25 AVRIL 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : a. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné pendant l'année 1875 dans les départements de Loir-et-Cher, Haute-Saône et Seine-Inférieure. (Commission des épidémies.) — b. Un rapport sur l'Établissement thermal de Castelnau-Verdun. (Commission des eaux minérales.)

L'Académie reçoit : a. Un rapport de M. le docteur Pujos sur une épidémie de grippe qui a régné dans la ville d'Auch (Gers) en 1874 et en 1875. — b. Une lettre du candidat de M. le docteur Ripoll pour la section des correspondants nationaux. — c. Les 3^e et 4^e livraisons de l'ouvrage de M. Héber sur les maladies du pou. — d. Une note de madame Leclère, sage-femme, sur la mortalité des enfants du premier âge. (Commission de l'hygiène de l'enfance.)

M. Baillarger présente, au nom de M. le docteur Auguste Voisin, un ouvrage intitulé : LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES MENTALES, PROFESSÉES A LA SALPÊTRIÈRE.

M. Larrey dépose sur le bureau : 1^o une brochure de M. le docteur H. Favre, sur la dyschromatose dans ses rapports avec l'état militaire et la navigation. — 2^o une étude statistique de la mortalité par phylloxera dans la garnison de Paris et dans les garnisons des contrées méridionales, par M. Champollion.

ÉLECTION. — L'Académie procède à l'élection d'un membre dans la section de pathologie médicale. Les candidats en présence étaient, par ordre de présentation, MM. Laségue, Jaccoud, Peter, Maurice Raynaud, Bucquoy et E. Fournier, ces deux derniers *ex æquo*. Au premier tour de scrutin, M. Laségue est nommé par 42 voix sur 74 votants. M. Jaccoud obtient 24 voix, M. Peter 4, M. Fournier 2 et M. Maurice Raynaud 2.

CALCUL DES BRONCHES. — M. Burdel (de Vierzon) donne lecture d'une observation de calcul des bronches ayant donné lieu à des phénomènes d'intoxication palustre.

Il s'agit d'une dame de cinquante-sept ans, qui, dans le courant de juillet 1872, fut prise subitement et sans cause apparente d'un violent frisson suivi d'un accès de fièvre. Le lendemain, les mêmes accidents se reproduisirent ; on ne trouva à l'examen qu'un peu de bronchite. La fièvre affecta bientôt le type tierce et céda à l'administration du sulfate de quinine pour revenir au bout de quelques jours, en prenant cette fois le type quotidien ; avec elle reparut la toux. La persécution et l'auscultation ne firent reconnaître rien de particulier dans la poitrine, bien que la malade se plaignît d'une douleur violente, d'une sorte de déchirement au-dessus du sein droit lorsqu'elle toussait. Toute médication fut impuis-

sante; les acrés ne cédèrent pendant un jour ou deux que pour repartir avec plus d'intensité. Cet état de choses dura quatre semaines, pendant lesquelles la santé de la malade s'altéra profondément. La fièvre revêtit alternativement tous les types possibles, depuis la double quotidienne, la double tierce, jusqu'à la subintrante; elle prit un jour un caractère pernicieux qui ne céda qu'à des doses massives de sulfate de quinine. Ces accidents fébriles prenaient une marche de plus en plus inquiétante quand, au milieu d'une quinte de toux extrêmement violente, la malade rendit un corps dur, qui n'était autre qu'une concrétion bronchique. Ce calcul, long de 11 millimètres, cylindrique, à surface irrégulière, était gros comme une plume d'oie, et l'une de ses extrémités présentait une légère bifurcation modelée sur les bronches. Son expulsion fut suivie d'un soulagement immédiat; les phénomènes de fièvre et de toux disparurent comme par enchantement, et la malade entra en convalescence.

M. Burdel se demande quelle est l'origine de cette concrétion bronchique. Il l'attribue à une hémoptysie qu'aurait eue la malade vingt-deux ans auparavant et au dépôt sanguin qui, en se concrétant peu à peu, aurait laissé un noyau solide composé de grande partie des éléments du sang, ainsi que l'a démontré l'analyse.

PRIX D'ARGENTEUIL. — M. Dolbeau lit un rapport sur les mémoires adressés à l'Académie pour le prix d'Argenteuil. Le prix devait être accordé à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté au traitement des rétrécissements du canal de l'urètre. M. Dolbeau constate avec regret qu'aucun des six mémoires envoyés ne mérite le prix.

Il les passe successivement en revue et insiste sur deux d'entre eux. L'un, inscrit sous n° 4, est relatif à un nouveau cathéter auquel son inventeur, M. Squire, a donné le nom de « cathéter prostatique vertébré », destiné à la dysurie prostatique, et qui se compose d'une sonde métallique ordinaire terminée par plusieurs pièces articulées qui peuvent prendre toutes les directions possibles. M. Squire base son instrument sur le principe suivant : « Quand l'urètre est souple, il se prête et s'adapte à la forme et à la courbure du cathéter rigide; mais lorsque c'est l'urètre qui résiste parce que la portion profonde du canal est indurée et déviée plus ou moins brusquement dans un sens ou dans l'autre, ce n'est plus l'urètre qui doit s'adapter sur le cathéter, c'est l'instrument qui doit se conformer à la forme pathologique et franchir l'obstacle en en prenant en quelque sorte le moule. » Dix-huit observations, jointes à la description de l'instrument, témoignent en sa faveur; malheureusement ces observations sont par trop incomplètes, et le diagnostic rigoureux fait absolument défaut. Le mémoire n° 5 est relatif à l'hypospadias scrotalet à son traitement. Il est dû à M. Duplay, chirurgien des hôpitaux. M. Dolbeau, après lui avoir reproché de ne pas citer le nom de Nélaton parmi les chirurgiens qui ont traité la question de l'hypospadias, signale dans le mémoire de M. Duplay, comme ayant été particulièrement apprécié de la commission : 1° la manière méthodique et claire dont M. Duplay a disposé son travail; 2° la division de la cure de l'hypospadias en trois temps; 3° l'idée fondamentale de réserver jusqu'à la fin une ouverture scrotales comme moyen de détourner l'urine de la nouvelle voie ouverte par l'opération.

TRAITEMENT DE LA FISTULE VÉSICO-VAGINALE. — M. le docteur Cazin (de Boulogne-sur-Mer) communique son travail sur un cas de fistule vésico-vaginale guérie par la mobilisation de la paroi postérieure du vagin. Ce procédé consiste à tailler un lambeau comprenant toute l'épaisseur de cette paroi, de manière à obtenir une sorte de pont membraneux recevant largement sa nutrition par les parties latérales restées adhérentes dans toute leur étendue; les deux bords antérieurs et postérieurs de ce lambeau sont suturés avec les bords antérieurs et postérieurs préalablement avivés de la fistule; ou constitue ainsi, en donnant une paroi nouvelle au réservoir

urinaire, un vagin à moitié artificiel dont une partie est formée par des surfaces saignantes et qui est terminée en haut par une portion de l'ancien vagin non décollé et la muqueuse antérieure, tandis qu'en bas et en avant il se continue avec la muqueuse vulvaire. Les suites de cette opération, faite chez une femme de trente ans, furent des plus simples, et la malade guérit en quelques semaines.

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Gosselin, Alph. Guérin et Verneuil.

L'HOMME À LA FOURCHETTE. — M. Léon Labbé, chirurgien des hôpitaux, donne lecture d'une note relative à un fait de gastrotonomie pratiquée pour extraire un corps étranger (fourchette) de l'estomac. C'est l'observation de l'homme à la fourchette dont on a tant parlé dans les journaux. M. Labbé raconte les détails de l'histoire et les accidents que présente pendant deux ans le nommé Laussour jusqu'au jour où sa santé fut assez altérée pour qu'il demandât lui-même à être débarrassé de ce corps étranger.

M. Labbé, après avoir pris l'avis de MM. Gosselin et Larrey, se décida à l'opérer : on avait le choix entre l'emploi des cautères dans le but de déterminer des adhérences entre la paroi profonde de l'abdomen et l'estomac, ou la gastrotonomie faite avec le bistouri. On essaya d'abord les cautères, mais la mobilité de l'estomac s'opposa aux adhérences, comme on l'avait pensé, et l'on recourut à l'opération qui fut faite en présence de MM. Gosselin, Larrey, Lepère, Coyne et M. Méne, médecin de la Maison des frères Saint-Jean-de-Dieu. Des recherches faites sur le cadavre avaient permis à M. Labbé de préciser les règles à suivre pour pratiquer la gastrotonomie d'une manière en quelque sorte mathématique, et les formuler de la manière suivante : « Faire à un centimètre en dedans des fausses côtes gauches et parallèlement à ces dernières une incision de quatre centimètres dont l'extrémité inférieure doit tomber sur une ligne transversale passant par les cartilages des deux neuvièmes côtes. » En opérant de cette façon on est sûr d'arriver sur la face antérieure de l'estomac, à l'union de ses portions cardiaques et pyloriques. M. Labbé entre ensuite dans les détails de l'opération, qui s'est terminée sans accident par l'extraction de la fourchette. Il ne reste plus aujourd'hui qu'une petite fistule gastrique.

M. Labbé croit qu'on pourrait tirer parti de cette opération et la pratiquer comme le voulait M. Sédillot dans les cas de rétrécissement infranchissable de l'œsophage et du cardia : on aurait ainsi ce qu'il appelait une *bouche stomacale* qui permettrait de prolonger la vie du malade en introduisant les aliments directement dans l'estomac. Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. J. Cloquet, Richet et Larrey.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 19 AVRIL 1876. — PRÉSIDENCE DE M. HOUËL.

Sur les SÉRICEPS. — LIGATURE DE L'UJIAQUE EXTERNE; GUÉRISON. — EXTRACTION D'UN CALCUL VÉSICAL VOLUMINEUX PAR LA TAILLE BI-LATÉRALE. — APPAREILS POUR LA TRANSFUSION DU SANG. — PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. Poinçon fait un rapport sur le *sériceps*, instrument présenté par M. Poulet (de Lyon), dans la séance du 7 avril 1875.

M. Le Dentu fait un rapport sur une observation de ligature de l'artère iliaque externe gauche pour un anévrysme de la partie supérieure de la femorale; la malade guérit. L'observation est de M. Foehier (de Lyon).

M. Terrier lit un rapport sur une observation de calcul vésical volumineux extrait par la saillie bilatérale, par M. Fleury (de Clermont). La pierre pèse 235 grammes. L'opéré conserve une fistule.

— Commission de trois membres chargée de former la liste

des candidats à la place de membre titulaire déclarée vacante. Sont élus : MM. *Le Dentu, Tillaux et Blot.*

— *M. Roussel* (de Genève) présente son appareil pour la transfusion du sang.

— *M. Chapagny* (de Lyon) présente un ballon hémostatique et un dilateur utérin.

Société de biologie.

SÉANCE DU 22 AVRIL 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. CL. BERNARD.

SECTION DU NEUF SCIATIQUE CHEZ DE JEUNES COBAYES ET DE JEUNES RATS BLANCS : M. PHILIPPEAUX. — CONFÉRENCE SUR LA VESSIE NATATOIRE DES POISSONS : M. ARMAND MOREAU. — EXAMEN HISTOLOGIQUE DE DEUX TUMEURS KYSTIQUES DE L'OVAIRE : MM. DE SINÉTY ET MALASSEZ. — ÉTUDE SUR LE VOMISSEMENT PENDANT L'ANESTHÉSIE, PRODUITE PAR LE CROTON-CHLORAL ; — TROUBLES DE LA DIGESTION PRODUITS RAPIDEMENT À LA SUITE DE L'ADMINISTRATION DE L'HYDRATE DE CHLORAL PAR LA VOIE GASTRIQUE : M. CHOUPEPPE. — DIFFÉRENCES DANS LA CONTRACTION MUSCULAIRE PRODUITES PAR L'EXCITATION DE LA RACINE ANTERIEURE AVANT SON UNION AVEC LA RACINE POSTERIEURE ET CELLE DUE À L'EXCITATION DIRECTE DU NEUF MIXTE : M. CYON. — ÉTUDE SUR LES VACCINATIONS ANORMALES : M. DEMONTPALLIER.

M. Philippeaux a sectionné le nerf sciatique chez un grand nombre de cobayes et de rats blancs jeunes. On sait que le plus souvent, après la section du sciatique, il restait dans le membre dont le nerf a été coupé une déformation permanente ; or rien de pareil ne s'est produit dans les expériences de *M. Philippeaux*. L'expérimentateur pense que, dans ces conditions, la cicatrisation du nerf s'opère très-vite, trop vite pour que les déformations définitives puissent avoir lieu. Cette note est communiquée à la Société par *M. Armand Moreau*.

— *M. Armand Moreau* fait hommage à la Société d'une brochure qui contient une conférence faite par lui à Nantes, au mois d'août 1875, et ayant pour sujet des recherches sur la vessie natale des poissons. On croyait jusqu'ici que les poissons se mettraient en équilibre au divers profonds par la contraction de leurs muscles ; *M. Moreau* prouve que cet effet est dû uniquement à la vessie natale, qui produit ou absorbe du gaz au fur et à mesure que le poisson monte ou descend. *M. Moreau* a découvert chez un poisson un nouveau canal mettant la vessie natale en contact avec l'extérieur.

— *M. de Sinéty* rend compte, au nom de *M. Malassez* et au sien, de l'examen histologique de deux ovaires kystiques. Dans le premier cas il s'agit d'un ovaire qui présentait à sa surface de petites cavités kystiques. *M. Terrier*, au cours d'une ovariectomie, ayant remarqué que l'autre ovaire présentait ces petits kystes, qu'il avait un volume normal, se décida à l'enlever. Cet ovaire renferme des cavités de trois grandeurs différentes : assez grandes, petites et très-petites. Les plus grandes sont tapissées d'un épithélium cylindrique à cils vibratiles ; dans les petites, on trouve trois variétés d'épithélium : cylindrique stratifié, cylindrique à cils vibratiles et cupuliforme. Ces cavités présentaient certaines excroissances, et leur disposition montrait qu'il ne s'agissait pas de vésicules de Graaf. On ne trouvait du reste, dans cet ovaire, ni vésicules de Graaf, ni ovule ; ni corps jaunes. Le stroma était normal, l'épithélium qui revêt l'ovaire intact.

Dans le second cas, il s'agit de l'ovaire kystique d'une femme d'environ quarante ans, morte d'une cirrhose ; cet ovaire était plus volumineux que le précédent. Le stroma et l'épithélium sont encore normaux ; mais il existe une cavité kystique assez vaste dans laquelle on trouve deux autres petits kystes qui, d'après leur structure, sont des vésicules de Graaf. Dans cet ovaire existent des ovules et des corps jaunes.

M. de Sinéty fait remarquer que ces deux cas, en apparence semblables, présentent cependant entre eux de très-grandes différences, tant au point de vue de leur origine que sous le rapport du pronostic ultérieur. Il croit qu'il serait utile d'examiner un grand nombre de cas, afin de mettre un peu d'ordre dans la classification de ces cas qu'on englobe actuellement sous la dénomination de *kystes de l'ovaire*.

— *M. Chouppe* rend compte d'une expérience qu'il a faite avec l'hydrate de croton-chloral. On sait, depuis les recherches de MM. David (de Genève), Coyne et Budin, et surtout depuis les importants travaux de *M. le professeur Vulpien*, que les chiens et les autres animaux capables de vomir, ne vomissent plus sous l'influence des agents émétiques, quand ils sont plongés dans le sommeil anesthésique. Ces recherches ont été faites avec l'hydrate de chloral, le chloroforme, l'éther. *M. Chouppe* a fait la même expérience avec l'hydrate de croton-chloral. Sur un chien de forte taille il a obtenu l'anesthésie au moyen de l'injection, dans la veine crurale gauche, de 1 gramme de croton-chloral dissous dans 20 grammes d'eau distillée : à ce moment, le chien n'ayant plus de mouvements réflexes quand on irrite la corne, il injecte dans le tissu sous-cutané de la région axillaire, 1 centigramme de chlorhydrate d'apomorphine dissous dans 1 gr. d'eau distillée. Au bout de 20 minutes le chien n'a eu ni nausées ni vomissements ; on prolonge l'anesthésie en donnant par la même voie 1 gramme de croton-chloral, puis une nouvelle dose d'apomorphine, toujours sans résultat. Les vomissements commencent au moment où le chien s'éveille. Ce résultat était à prévoir ; il était cependant utile de vérifier l'hypothèse. *M. Chouppe* fera d'autres expériences pour vérifier la rapidité de l'anesthésie par le croton-chloral.

— *M. Chouppe* fait remarquer que, dans ces derniers temps, il a eu l'occasion d'observer plusieurs cas de troubles gastriques rapides à la suite de l'ingestion du chloral hydraté. Une dose modérée (1 à 3 grammes) suffisait pour provoquer les accidents en un ou deux jours ; de même, la suppression du médicament pendant quarante-huit heures faisait disparaître les accidents. Ces phénomènes doivent-ils être uniquement attribués à l'action irritante bien connue que l'hydrate de chloral exerce sur l'estomac, ou bien à une préparation vicieuse du médicament ? L'auteur l'ignore ; il veut seulement insister une fois de plus sur la possibilité de troubles gastriques contre-indiquant l'emploi du chloral. Il est très-important de s'assurer de l'état des fonctions digestives chez les malades.

— *M. Claude Bernard* communique les conclusions d'une note de *M. Cyon* sur les contractions musculaires ; ces contractions n'ont pas la même forme quand on excite le bout périphérique de la racine antérieure avant son union avec la racine postérieure que quand on excite le nerf mixte. *M. Cyon* pense que cette différence est due à ce que, dans l'excitation de la racine antérieure, on est très-près des centres, et qu'il peut se produire une action centripète retentissant sur la moelle épinière ou tout au moins sur le ganglion de la racine postérieure.

— *M. Dumontpallier* rend compte du fait suivant : Il fit vacciner, à quelques jours d'intervalle, deux jeunes enfants n'ayant jamais été vaccinés et présentant une constitution assez robuste.

Le premier était, au moment de la vaccination, atteint d'une broncho-pneumonie ; le quatrième jour de l'inoculation une des pustules devint phlycténoïde, et bientôt autour de ces phlyctènes se développèrent, du quatrième au neuvième jour, environ 70 pustules vaccinales, qui revêtirent presque toutes la forme de phlyctènes. L'enfant mourut au bout de quelques jours d'une tuberculose miliaire généralisée.

Le second enfant eut également une vaccination anormale, à forme de phlyctènes, autour desquelles parurent, comme

dans le cas précédent et dans le même délai, des pustules vaccinales, mais elles furent moins nombreuses. Sur une des pustules primitives, non transformée en phlyctène, M. Dumontpallier recueillit de la lymphé vaccinale, avec laquelle il inocula 14 enfants. Or, sur ce nombre, 9 eurent des vaccinations anormales à forme de phlyctène; plusieurs moururent de l'année. Mais au bout d'un an à peu près M. Dumontpallier eut l'occasion de voir un ou deux de ces enfants, et il put leur inoculer du vaccin de génésie, qui produisit une éruption de pustules vaccinales légitimes. M. Dumontpallier émit seulement, comme conséquence de ces faits, les deux propositions suivantes :

Une vaccine anormale peut produire une vaccine anormale, et cela chez des enfants bien constitués.

Une vaccine anormale n'empêche pas le développement, après moins d'un an, d'une vaccine légitime, et par conséquent ne paraît pas devoir mettre à l'abri de la variolo.

H. CHOUPEE.

REVUE DES JOURNAUX

DU TOUCHER RECTO-VÉSICAL ET VÉSICO-VAGINAL, NOUVELLE MÉTHODE D'EXPLORATION DE L'UTÉRUS, PAR LE DOCTEUR NOEGGERATH.

Le toucher vaginal et rectal ne permet d'explorer que la partie inférieure et postérieure de l'utérus; la paroi antérieure de l'organe échappe aussi à l'examen direct, et les altérations de structure et les lésions pathologiques qui siègent sur les ligaments larges, les ovaires ou dans le voisinage de ces organes, ne peuvent être reconnues, surtout si elles sont récentes. M. Noeggerath propose aujourd'hui une nouvelle méthode d'exploration dont il a pu reconnaître les avantages dans les circonstances suivantes. Ayant eu à soigner une malade pour une affection vésicale très-ancienne, il introduisit sans trop de peine l'index dans la vessie. Pendant qu'il examinait par le toucher la partie postérieure de cet organe, il remarqua la présence d'une tumeur mobile dont il ne pouvait déterminer la nature. Après un second examen plus approfondi, il s'aperçut que cette tumeur n'était autre chose qu'un ovaire déplacé. « Je fus moi-même très-impressionné, nous dit-il, par les sensations nouvelles qui m'étaient révélées. Il me semblait que je touchais l'utérus avec autant de facilité que pendant une autopsie. »

M. Noeggerath rapporte ensuite plusieurs observations dans lesquelles il a pu, par le toucher vésical, explorer la face antérieure de l'utérus et quelquefois même les annexes de cet organe. Dans plusieurs cas il est arrivé à sentir très-distinctement les trompes de Fallope et les ovaires.

L'auteur fournit quelques détails sur le *modus operandi*. Le rectum et la vessie sont préalablement vidés. La malade est placée dans la position sacro-coccygienne, les cuisses fléchies sur l'abdomen. Lorsque l'urètre est suffisamment dilaté, l'index de la main gauche est introduit dans la vessie, tandis que celui de la main droite est introduit dans le vagin ou le rectum, selon les circonstances. Si l'utérus est dans la position normale, le doigt ainsi introduit dans la vessie rencontrera l'utérus un peu au-dessus de la partie antérieure du col.

Lorsqu'on désire explorer le col ou des tumeurs situées dans son voisinage, il n'est pas nécessaire de déplacer l'utérus; mais si l'on veut examiner la partie supérieure et antérieure de cet organe, il faut le porter en avant à l'aide d'une sonde introduite dans le col. Dans les cas où l'on veut pousser l'exploration jusque sur les ligaments larges et les trompes de Fallope, il est nécessaire non-seulement de déplacer l'utérus en avant, mais encore de lui imprimer des mouvements de

latéralité; cette opération peut être accomplie à l'aide du redresseur utérin.

Nous ne donnons pas les détails des procédés employés par le chirurgien américain pour la dilatation préalable de l'urètre; nous dirons seulement qu'il repousse l'incision pratiquée par Simon (de Heidelberg), et qu'il a le plus souvent recours à une dilatation graduelle obtenue avec des sondes ou la laminaria.

D'après M. Noeggerath, le toucher *vésico-vaginal* peut être employé utilement : 1° pour le diagnostic des tumeurs qui siègent dans le voisinage de l'utérus et que leur petit volume fait échapper aux moyens ordinaires d'exploration; 2° pour compléter le diagnostic des déplacements de l'utérus et lorsqu'il s'agit de constater l'absence congénitale ou la malformation de cet organe.

Le toucher *recto-vésical* peut être utile lorsqu'il s'agit de diagnostiquer une grossesse peu avancée en fournissant des données certaines sur la consistance, le volume et la situation de l'utérus. Il permettra également de diagnostiquer de bonne heure les grossesses extra-utérines. (*Annales de gynécologie*, mars 1876, et *American Journal of Obstetrics*, mai 1875.)

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR LE TRAITEMENT CURATIF DE LA FOLIE PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE CHLORHYDRATE DE MORPHINE, PAR LE DOCTEUR AUG. VOISIN.

Dans un premier mémoire publié en 1874, M. Voisin avait déjà signalé les excellents résultats obtenus avec le chlorhydrate de morphine dans le traitement de la folie. Après avoir persévéré dans cette voie thérapeutique pendant deux ans, il publie aujourd'hui trente-cinq observations dans lesquelles ce médicament a été appliqué avec plus ou moins de succès aux différentes variétés de folie.

C'est dans les cas de folie hypémaniaque avec hallucinations que le chlorhydrate de morphine a donné les résultats les plus satisfaisants. La folie liée à l'hyperesthésie du système nerveux cérébro-spinal des sens et du grand sympathique, la folie par sthénie et la folie hystérique névropathique ont été souvent guéries et toujours améliorées par l'emploi de ce médicament. Dans les cas de folie générale, M. Voisin applique avant le traitement morphiné des vésicatoires à l'occiput et à la nuque, afin de faire disparaître toute trace de congestion primitive ou consécutive à la névrose. Des aliénés considérés comme les plus difficiles à guérir, les hypémaniaques gémissieurs, ont été guéris par les injections sous-cutanées de morphine.

Dans les cas récents, la guérison est souvent obtenue rapidement avec des doses faibles, mais il est quelquefois nécessaire d'employer des doses très-élevées; ainsi M. Voisin a donné jusqu'à 70 centigrammes du médicament sans produire aucun effet, alors même que les aliénés étaient chétifs et maigres. Chez une malade, il a fallu pousser la dose jusqu'à 1^{er}, 50 par vingt-quatre heures pour produire les phénomènes physiologiques et thérapeutiques qui ont abouti à la guérison. Certains malades offraient, au contraire, une intolérance extrême qui se manifestait par des vomissements, une faiblesse considérable et de l'amaigrissement; c'est ainsi que la dose de 1 centigramme par jour ne pouvait être supportée, malgré que les malades fussent atteints de névralgies intenses, cause de conceptions délirantes.

En parcourant les observations, on voit que le traitement est assez long. M. Voisin débute par quelques milligrammes et élève graduellement la dose jusqu'à ce qu'il se manifeste une amélioration bien nette; il diminue ensuite et ne cesse le traitement qu'après la disparition complète des symptômes. Dans certains cas, où il existe un grand délabrement de l'état général, il pratique la transfusion avant de commencer le traitement.

L'emploi de la morphine est contre-indiqué dans les vésa-

nies de nature congestive; il est, du reste, d'une bonne thérapeutique d'employer le traitement anticongestif avant de combattre l'état nerveux par des préparations morphiniques. Il y a également contre-indication dans les vésanies chroniques systématisées ou héréditaires et compliquées d'un état cachectique. (*Bull. de therap.*, n° de janvier et février 1876.)

Hydatides du cerveau sans troubles pendant la vie, par le docteur José ESPINOSA.

Il s'agit d'un soldat espagnol, âgé de vingt-huit ans, d'une moyenne constitution et d'un tempérament lymphatique. Depuis son entrée dans l'armée, il avait contracté l'habitude des boissons alcooliques. Au mois de septembre 1870, il fut atteint de la syphilis. Le 15 novembre de la même année, il entra à l'hôpital pour une hépatite aiguë. Il fut encore soigné à l'hôpital militaire en 1872 pour une typhoïde dont il guérit parfaitement. Il entra encore dans les salles en 1873 pour y être soigné de la dysentérie.

Il entra encore à l'hôpital le 8 juillet 1875 pour une blessure qui occupe la partie droite du front et qui a été faite par un instrument contondant. Au moment de l'accident, pas plus que les jours suivants, on n'observa aucun symptôme qui pût faire croire à une lésion cérébrale. La plaie se cicatrisa rapidement et le malade était prêt à retourner à son régiment lorsque, le 18 juillet, il fut pris de fièvre, de gêne dans la respiration et d'une douleur au-dessous du sein gauche. L'auscultation et la percussion révélèrent l'existence d'une pneumonie à laquelle il succomba le 23.

A l'autopsie, on trouve la plaie du front parfaitement cicatrisée et les tissus sous-jacents normaux. Le poulmon gauche est hépatisé et présente des adhérences pleurétiques. Le cerveau présente en avant et à droite, sur le lobe frontal, un corps aplati qui, à première vue, semble être une circonvolution blanche et qui n'était autre chose qu'une série de kystes hydatiques peu adhérents. D'autres petits kystes de même nature étaient disséminés entre les circonvolutions cérébrales : cinq occupaient la suture de Sylvius du côté droit, trois celle du côté gauche, et en séparant les lèvres de cette dernière on en trouvait une autre caelée dans les circonvolutions de l'insula. Ces kystes, au nombre de cinquante-deux, étaient recouverts par l'arachnoïde et n'adhéraient pas à la substance cérébrale; ils se présentaient sous la forme de vésicules ovoïdes de couleur gris jaunâtre. Le peu de volume de ces kystes, la nullité de leurs adhérences, leur dissémination sur la convexité du cerveau, sont des raisons suffisantes, d'après M. Espinosa, pour expliquer l'absence de symptômes cérébraux pendant la vie. (*Cronica medico-quirurgica de la Habana*, n° 2, 16 février 1876.)

Des difficultés de diagnostic que peuvent soulever certaines tumeurs de l'abdomen à apparition intermittente en rapport avec la menstruation, par MM. DESNOS et BARRÉ.

Il s'agit d'une malade un peu nerveuse, âgée de dix-neuf ans, qui présente une tumeur abdominale douloureuse à la palpation et dont le caractère le plus curieux est d'être intermittente, d'apparaître au moment des époques menstruelles en causant de vives douleurs à la palpation et de disparaître quelques jours après en ne laissant dans les intervalles qu'un peu de gêne et des douleurs vagues.

Cette tumeur, de la grosseur d'un foetus à terme, s'étend à partir du rebord des fausses côtes dans la région iliaque; elle est lisse, globuleuse, tendue et rénitente, faisant saillie sous la peau qui conserve sa coloration normale, un peu douloureuse : c'est ainsi qu'on peut la refouler dans tous les sens et surtout vers le haut, où l'on peut la rejeter sous le rebord costal presque tout entière. A la percussion, elle donne un son mat qui tranche nettement sur la sonorité du paquet intestinal. Il est facile de voir, en combinant le palper abdominal avec le toucher vaginal, que la tumeur ne fait corps ni avec l'utérus, ni avec ses annexes. L'examen des urines montre qu'elles sont parfaitement saines. La rate occupe sa position normale et ne se prolonge pas du côté de la tumeur.

Quelle est donc la nature de cette tumeur? On ne saurait

la rattacher à la rate, ni à l'utérus et à l'ovaire, puisqu'elle est mobile et parfaitement indépendante de ces organes. Malgré l'absence d'altération de l'urine, M. Desnos regarde cette tumeur comme une tumeur mobile faisant corps avec le rein, demeurant cachée comme un rein flottant dans l'intervalle des époques et ne se manifestant alors que par des signes de compression de voisinage (douleurs lomboliques), puis augmentant de volume et venant se montrer dans l'abdomen sous forme de tumeur au moment du flux cataménial. Cette opinion est encore appuyée : 1° par le sexe de la malade, les tumeurs mobiles du rein étant beaucoup plus fréquentes chez la femme que chez l'homme; 2° par l'âge de la malade, ces sortes de tumeurs existant surtout pendant la période d'activité des fonctions génitales et reproductrices. (*Annales de gynécologie*, février 1876.)

Le baume de Gurgun, par G. PFERSDORFF.

Le baume de Gurgun, ou *Wood-oil*, est fourni par différentes espèces du genre *Dipterocarpus*, qui croissent dans les Indes orientales et dans les îles de l'Archipel indien. La production de ce baume est si considérable que les Indiens l'emploient, comme les huiles ordinaires, aux usages les plus variés. Suivant Roxburgh, un arbre peut fournir jusqu'à 1501.200 kilogrammes de baume.

Le *Wood-oil* a d'abord été employé en médecine comme succédané du baume de Copahu. Mais c'est dans le traitement des maladies cutanées qu'il a produit, tant dans l'Inde qu'en Angleterre, les résultats les plus favorables; c'est ainsi que le docteur Douglall, à la suite de nombreuses expériences faites à l'hôpital de *Haddo Leprous*, dans les îles Andaman, le recommande comme un précieux remède contre la lèpre. Le rapport présenté par M. Douglall a paru assez important pour que le gouvernement des Indes orientales ordonnât de nouveaux essais dans les hôpitaux de lèpreux.

Douglall fait un mélange à parties égales de baume de Gurgun et d'eau de chaux, qu'il fait servir simultanément à l'usage interne et externe. Il emploie cette émulsion à l'extérieur en frictions sur tout le corps, tandis qu'à l'intérieur il prescrit d'en prendre 15 grammes trois fois par jour; à cette dose, le médicament agit comme tonique activant la sécrétion du rein et des intestins.

A Londres, Wilson a dernièrement employé le liniment ci-dessus avec succès dans le traitement des eczèmes douloureux, du lupus et dans certaines affections cancéreuses. Il a observé un cas de maladie cutanée où le malade, qui d'habitude ne trouvait le sommeil qu'à l'aide de soporifiques, a pu s'en passer après l'application du liniment.

D'après ces expériences, il n'est pas douteux que le baume de Gurgun (*Balsamum Gurgunæ*) ne mérite un sérieux essai et qu'il vienne tôt ou tard prendre place dans notre matière médicale. (*Gazette médicale de Strasbourg*, 4^{me} mars 1876.)

BIBLIOGRAPHIE

Le cerveau et ses fonctions, par J. LUYS, médecin de la Salpêtrière. — Paris, Germer Baillière, 1876.

Le nouveau livre dû à l'activité infatigable de M. Luys résume, en les accentuant plus nettement encore, les idées qu'il avait déjà exposées dans ses *RECHERCHES SUR LE SYSTÈME NERVEUX CÉRÉBRO-SPINAL* et son récent ouvrage sur les *ACTIONS RÉFLEXES DU CERVEAU*. Ce livre se divise en trois parties bien distinctes. La première, tout anatomique, doit « servir de base et de point d'appui à l'œuvre ». Une deuxième partie, qui paraît avoir plus spécialement en vue l'étude des propriétés générales des éléments nerveux, est à la fois physiologique et psychologique. Enfin, dans une troisième partie,

l'auteur s'efforce, en analysant les phénomènes de l'activité cérébrale, de les interpréter et d'expliquer leur genèse et leurs relations réciproques.

Nous n'avons point à rappeler ici ce que pense M. Luys de la structure du cerveau, ni comment il est parvenu à pouvoir indiquer les relations qui paraissent exister entre les diverses couches de cellules nerveuses et les fibres commissurales qui y aboutissent. La GAZETTE HEBDOMADAIRE, dans un long et intéressant article (1872, p. 717) a fait connaître et permis d'apprécier comme elles méritent de l'être les recherches histologiques du savant médecin de la Salpêtrière. De semblables travaux ne sauraient d'ailleurs être jugés en quelques lignes. Il faudrait, pour bien montrer leur difficulté, pour faire comprendre combien il est nécessaire d'être prudent dans l'affirmation de résultats toujours contestables s'ils n'ont pas été plusieurs fois contrôlés, rappeler certains faits histologiques ou anatomo-pathologiques qui, aujourd'hui déjà, paraissent en contradiction avec les hypothèses de M. Luys. Mais ces réserves n'enlèveraient rien de leur valeur à plusieurs des conclusions auxquelles il est arrivé. Chercher consciencieusement à résumer en un *schema* facile à comprendre et à retenir la structure si complexe et si difficile à exposer clairement d'un centre nerveux, c'est rendre service à tous ceux qu'intéressent ces questions si difficiles. Il suffit, après avoir ainsi résumé nos connaissances *actuelles* sur une question encore à l'étude, de convenir que ces conceptions d'ensemble sont essentiellement *provisaires* et que les *figures schématiques* qui servent à les expliquer devront être modifiées le jour où des recherches plus approfondies viendront démontrer qu'elles sont en contradiction avec les faits. Affirmer dès aujourd'hui la rigoureuse exactitude d'un ensemble de faits anatomiques qui exigeraient, pour être vérifiés dans tous leurs détails, le labeur assidu de plusieurs générations d'historiens exercés, serait au moins imprudent. Mais on peut accepter provisoirement quelques-uns de ces résultats, qui nous permettent dès aujourd'hui, en nous faisant de la structure des centres nerveux une idée plus nette et plus précise, de nous mieux rendre compte des phénomènes pathologiques dont ils sont le siège.

En est-il de même pour ce qui a trait aux relations à établir entre la physiologie et la psychologie, et faut-il admettre, avec M. Luys, « qu'il existe dès aujourd'hui une véritable physiologie du cerveau aussi légitimement assise, aussi légitimement constituée que celle du cœur, du poumon et du système musculaire »? Faut-il surtout affirmer que cette physiologie cérébrale a pour objet l'interprétation de tous les actes psychiques et qu'il n'appartient plus désormais qu'au seul physiologiste « de revendiquer comme son patrimoine propre ce domaine spécial de la science de l'homme où, pendant tant de siècles, la philosophie spéculative a si longuement et si inutilement périé? » C'est ce que nous voudrions aujourd'hui discuter en quelques lignes.

« Une science est une langue bien faite, » a dit Condillac. La maxime, exprimée en ces termes peut être contestable; mais, on ne saurait le nier, une langue mal faite est le signe d'une science mal conçue, que la méthode en soit mauvaise ou que les bases en soient mal assurées. Or, quand on vient à parcourir les ouvrages de certains physiologistes qui prétendent, comme M. Luys, déduire de l'étude expérimentale des fonctions du cerveau la psychologie tout entière, on s'aperçoit souvent que leurs formes de langage ne sont pas assez rigoureusement exactes. Ils mélangent sans discernement des termes de mécanique, de physique, d'anatomie ou de physiologie pour en former des expressions complexes, le plus souvent incohérentes. Nous voudrions pouvoir montrer que ce grave défaut provient de ce que, dans ces études, ils oublient de faire le départ de ce qui est propre à la physiologie et de ce qui lui est étranger, de ce qui doit être considéré comme le domaine exclusif de la psychologie.

Cherchons d'abord à préciser en quoi la physiologie céré-

brale diffère de la physiologie « du cœur, du poumon et du système musculaire », et pourquoi son objet est si difficile à définir. Lorsqu'on étudie la physiologie d'un appareil ou d'un tissu, on peut établir un rapport des plus directs et des plus précis entre l'organe et sa fonction. Le physiologiste qui connaît la structure de l'organe part de ce fait anatomique bien déterminé et il s'efforce de trouver un autre fait qui en soit la conséquence naturelle : ce second fait, la fonction de l'organe, se voit ou s'imagine sous la forme de l'organe lui-même entrant en mouvement. Il en est ainsi d'un muscle qui se contracte, d'une glande qui sécrète. La question, au contraire, change du tout au tout quand on parle des fonctions du cerveau. On connaît bien à peu près la structure de l'organe, mais on connaît d'autre part toute une série de faits intérieurs (*intendus*) auxquels la connaissance de la structure anatomique du cerveau n'ajoute aucune clarté. Qui dit pensée, sentiment, volonté s'entend, en effet, suffisamment sur ce dont il parle; s'il veut étudier les différentes sortes de pensées (analyse) ou les rapports des pensées et des sentiments (synthèse), le problème lui sera posé dans les termes les plus clairs. On peut donc ignorer absolument s'il existe un cerveau et connaître, étudier, analyser toutes les facultés de l'entendement. Mais il existe, personne ne le nie, un certain rapport entre les faits psychologiques et l'encéphale, entre les pensées, les sentiments, les volontés, etc. et la constitution intime ou la masse du cerveau. Ce rapport ayant été admis, on *imagine* dès lors des transformations cellulaires et des mouvements de la substance cérébrale analogues à ceux qui, dans les autres appareils, accompagnent tous les phénomènes physiologiques. De telle sorte que, raisonnant par analogie, on arrive à pouvoir affirmer que « c'est par la mise en activité de la substance grise corticale du cerveau que se manifestent les divers phénomènes réunis sous le nom de phénomènes intellectuels » (Vulpian, [*Physiologie du système nerveux*, p. 700]). Il serait plus conforme à l'observation rigoureuse des faits de dire, au contraire : « C'est par l'apparition des phénomènes intellectuels que se manifeste à nous l'activité de la substance grise corticale du cerveau. » Mais nous n'insistons pas sur cette distinction. Ce que nous tenons à faire comprendre c'est que dans toutes les autres observations physiologiques la fonction se confond avec l'organe, tandis que, dans le cas dont nous nous occupons, cette fonction, que l'on considère à tort comme la fonction *physiologique* du cerveau, est une fonction spéciale, sans rapports directs avec l'organe, hétérogène à l'organe, à tout organe, à tout mouvement. La physiologie aura beau, en effet, déterminer les fonctions de telle ou telle cellule de l'encéphale, limiter ou circonscrire les diverses régions où se localisent les centres moteurs et les foyers sensitifs, constater l'échauffement de la masse cérébrale à la suite d'une impression périphérique, elle n'arrivera pas, par cela seul, à trouver le lien qui existe entre une pensée et la modification anatomique d'une cellule ou d'un groupe de cellules du cerveau. Les phénomènes intérieurs ne nous sont révélés que par ce que les psychologistes appellent la conscience. Si nous leur donnons un nom anatomique, ce nom ne signifiera rien, de même qu'un nom psychologique donné à un fait anatomique ou à une hypothèse physiologique n'aura aucun rapport avec son objet. *Regions intellectuelles* (p. 86) est donc un non sens; c'est comme si l'on disait : *irradiation triste, couche grise du désir*, etc. Vouloir attacher un quelconque des phénomènes d'ordre intérieur (doute, conviction, désir, joie, crainte, etc.) aux phénomènes purement anatomo-physiologiques que l'expérimentation parviendra un jour à distinguer les uns des autres, c'est agir comme si l'on se proposait, étant donnée une couleur, de trouver le son de cette couleur.

Le problème de la physiologie cérébrale ressemble donc à celui-ci. Etant donné les pièces d'un piano démonté, plus les sons d'un piano monté dont on joue, trouver les mouvements qui se passent dans l'intérieur du piano. Le piano c'est

l'organe, le phénomène physiologique quel est-il ? Est-il la note entendue ou le coup de marteau qui lui a donné naissance et qu'on ne voit pas ? C'est évidemment le coup de marteau qui est la fonction de l'organe et par conséquent c'est ce mécanisme que prétend étudier le physiologiste. Or la note et le coup de marteau sont deux faits hétérogènes, aussi irréductibles que la pensée et la fonction physiologique de l'organe nerveux. Si l'on a qu'un seul mot pour désigner ces deux faits, le langage devient incompréhensible, parce que la pensée n'est pas nette. La conclusion à tirer de cette discussion, c'est qu'il doit exister pour celui qui veut s'occuper des fonctions cérébrales trois ordres de phénomènes, les uns anatomiques, les autres physiologiques, les troisièmes psychologiques. Les phénomènes anatomiques et psychologiques sont aussi indispensables à connaître les uns que les autres pour celui qui aurait la prétention de vouloir aborder l'étude de la physiologie cérébrale. Car c'est la psychologie qui pose le problème à résoudre et qui seule peut en définir rigoureusement les termes ; et c'est l'anatomie qui permet d'en chercher la solution. Mais alors même que l'on connaîtrait très-exactement toutes les fonctions des cellules ou des fibres encéphaliques, c'est-à-dire la physiologie proprement dite de l'encéphale, il resterait encore à connaître le rapport qui existe entre ces faits physiologiques et les faits psychologiques que nous apprend l'observation intérieure. Or ces rapports sont des rapports de correspondance, de simultanéité, non d'analogie. Les faits physiologiques et les faits psychologiques sont les traductions en deux langues différentes, la langue intérieure (*intendue*) et la langue extérieure (*étendue*) des fonctions cérébrales. A quel mot d'un de ces langages correspond un mot de l'autre ? Tel est le problème à résoudre. Sans ces distinctions fondamentales chez tous les Anglais, (physiologistes ou psychologues), sans cette méthode que Herbert Spencer a exposée, la recherche marche au hasard et le langage devient incohérent. Que signifie, en effet, cette formule *la sensation se transforme en mouvement* où l'on voit un phénomène intérieur devenir un phénomène extérieur, ou, mieux encore, que signifie : le phénomène intérieur, causé par un phénomène extérieur, cause à son tour d'un phénomène extérieur. Cette formule laisse le problème intact ; elle résume toute l'activité intérieure, entre son premier fait, la sensation, et son dernier, la cause immédiate du mouvement, par un mot vide de sens : *transformer* ou *causer* qui n'explique pas le mystère de la succession des faits hétérogènes et qui dissimule toute la série des faits intérieurs, tout l'objet de la science psychologique. M. Luys a été plus précis mais non plus rigoureux en disant : le cerveau sent, se souvient et réagit. Mais quand il nous parle de *phosphorescence organique*, de *phase d'incidence* et de *réflexion*, etc., il se sert de métaphores ou de comparaisons qui ne définissent nullement le problème qu'il cherche à résoudre. Quand il emploie le terme de *sensibilité inconsciente* il commet, après beaucoup d'autres, une erreur plus grave encore ; le mot *sentir* est psychologique ; l'adjectif *inconscient* signifie que ce *sentir-là* est hors de la conscience, c'est-à-dire du domaine de la psychologie ; tandis que l'on veut dire seulement que, par analogie, on croit pouvoir supposer, dans certains cas où l'observation intérieure ne donne pas de sensation, l'inconnue anatomo-physiologique que l'on suppose toujours quand l'observation intérieure donne des sensations. Que dire aussi de cette phrase : « l'élément nerveux (impressionné par une vibration lumineuse) est frappé dans sa sensibilité intime, il s'érige, il entre en arrêt, il est attentif, et de ce conflit intime avec la vibration extérieure, il résulte en lui une manière d'être nouvelle, un ébranlement spécifique qui du monde extérieur d'où il dérive va se répercuter jusque dans le *sensorium* » (p. 172). Ce n'est pas, par des hypothèses plus ou moins ingénieuses, que l'on arrive à édifier une doctrine. Ce n'est pas non plus par une série de métaphores ou d'images plus ou moins justes

que l'on parvient à rendre compte de tous les phénomènes psychologiques. Nous ne voulons pas d'ailleurs insister sur ces critiques. Nous avons essayé de faire voir que si l'anatomie cérébrale était la base de toutes les études de ce genre puisque toutes les manifestations psychiques sont liées à l'existence et à l'activité de la substance nerveuse du cerveau, la psychologie était non moins indispensable, parce que c'est elle qui étudie et nous fait connaître les faits de conscience. Le physiologiste qui cherche à résoudre les problèmes qu'elle lui pose, tantôt en s'efforçant de mieux localiser les fonctions de l'encéphale, tantôt en mesurant les sensations ou la durée des actes psychiques devra donc, avant de chercher à formuler une doctrine quelconque, très-exactement connaître l'anatomie cérébrale et la psychologie. Alors seulement il pourra aborder, avec fruit, ces recherches si complexes et si difficiles qui passionnent aujourd'hui les médecins et les philosophes. M. Luys, dont les travaux d'histologie cérébrale ont été si souvent et si éloquemment cités, ne pouvait manquer de chercher un jour à résumer en un seul volume cette synthèse de tous les phénomènes de l'entendement qu'il a formée peu à peu en réfléchissant à toutes ces questions d'anatomie et de physiologie cérébrales qu'il étudie depuis tant d'années et qu'il n'a pu poursuivre sans s'occuper de psychologie. On ne saurait aborder un sujet aussi ardu et aussi contesté sans s'exposer à quelques critiques. Nous espérons que notre savant confrère ne nous en voudra point de nous être laissé arrêter un peu plus longuement que nous ne l'eussions voulu par la discussion d'un point de doctrine. Son livre, si plein de renseignements précieux à consulter et d'observations intéressantes, se recommande trop bien à l'attention des philosophes et des médecins pour que nous ayons cru devoir en faire ressortir, par une analyse détaillée, le mérite incontesté.

L. LEREBoullet.

Index bibliographique.

LE CLIMAT DE MEGADOR ET SON INFLUENCE SUR LA PHTHISIE, par le docteur OLLIVE. — In-8°, Ch. Delagrave.

La ville de Mogador est située sur la côte occidentale d'Afrique par 31° 30' lat. nord et 12° 4' long. ouest du méridien de Paris. La température moyenne y est de 19° 77 ce qui permet de classer ce pays dans les climats tempérés ; l'état hygrométrique y est d'une égalité constante ; il y a en moyenne 44 jours de pluie par an. La moyenne de pression atmosphérique est de 763^{mm}, ce qui donne 1036 grammes par centimètre carré, et la moyenne annuelle étant toujours la même, aucune variation brusque n'empêche de bénéficier de cette pression normale et extrême. Sa position dans l'extrême ouest du continent africain assure à Mogador la présence des vents alizés, antagonistes du sirocco, tandis que des cités plus au nord, mais plus à l'est, sont placées sur son brûlant passage.

C'est d'après les considérations qui précèdent que M. Ollive établit la constitution médicale de Mogador et arrive à considérer son climat comme ayant une heureuse influence sur la marche de la phthisie. Les médecins qui avaient exercé avant lui dans cette ville avaient déjà signalé la même influence. Le docteur Espinac remarquait en 1840 l'absence des phthisiques à Mogador ; Leared, qui a vu un grand nombre de malades, déclare n'avoir jamais rencontré les symptômes de la phthisie, si ce n'est sur un jeune juif qui n'était pas originaire de la ville. Enfin, pendant un séjour de trente mois à Mogador, M. le docteur Ollive n'a vu que trois phthisiques, deux étaient des juifs qui arrivaient de Maroc et le troisième était un nègre du sud de l'empire.

L'auteur termine son intéressant travail par un tableau comparatif des températures moyennes des diverses stations hivernales et pense que Mogador l'emporte sur toutes les stations connues par la différence presque insensible qui existe entre ses températures moyennes.

VARIÉTÉS

Chronique de l'étranger.

L'ESPAGNE MÉDICALE. — LA PRESSE MÉDICALE ESPAGNOLE ET LA GAZETTE HEBDOMADAIRE. — LE CONGRÈS MÉDICAL ANDALOUS. — SÉVILLE. — LE PORTUGAL. — LES COLONIES ESPAGNOLES. — NOUVEAUX JOURNAUX DE MÉDECINE.

Nos lecteurs se souviennent peut-être d'une *Chronique de l'étranger* du mois de décembre de l'année dernière dans laquelle nous nous permettons quelques considérations critiques sur l'Espagne médicale contemporaine. Nous disions que ce pays, qui a cependant fourni son contingent de célébrités médicales, semble négliger aujourd'hui la culture des sciences et qu'il nous serait difficile de trouver en Espagne des livres ou des travaux originaux qui aient fixé l'attention de l'Europe savante pendant ces vingt dernières années. Nous ajoutions cependant que le corps médical espagnol était à la hauteur de sa tâche et qu'il avait eu plus d'une fois l'occasion de montrer son dévouement pendant les dernières guerres civiles qui avaient désolé l'Espagne. Parlant des journaux de médecine nous disions : « La plupart de ses recueils sont rédigés avec soin et empreints d'un excellent esprit professionnel, mais ils manquent d'originalité, et la partie purement scientifique y est quelque peu négligée. »

Ces critiques, dont la justesse peut être appréciée par tous ceux qui connaissent la péninsule ibérique, ont soulevé un véritable orage dans la presse médicale de ce pays. Un organe des plus autorisés, la *CORRESPONDENCIA MEDICA* a pris à tâche de réfuter nos assertions, et a consacré plusieurs articles à démontrer que non-seulement l'Espagne scientifique ne venait pas à la suite des autres nations, mais devait prendre place à la tête des pays civilisés. *La España es la primera nación del mundo, la prensa médica española no tiene igual en el universo, viva España!* C'est à peu près en ces termes que notre confrère exprime, dans la belle langue de Cervantes, la haute opinion qu'il a de lui-même et de son pays.

Nous n'avons pas du reste l'intention de répondre aux provocations de la *CORRESPONDENCIA MEDICA* et de reproduire les arguments par lesquels ce journal s'efforce de démontrer la supériorité scientifique de l'Espagne sur l'Angleterre, l'Allemagne et la France. Notre confrère fait remarquer avec orgueil que la Péninsule compte sept facultés de médecine, tandis que la France n'en possède que trois ; il cite avec complaisance le nom de ses médecins illustres et fait ressortir l'importance et le nombre des journaux de médecine publiés à Madrid et dans les provinces. Ces faits, que nous connaissons déjà, ne nous paraissent nullement de nature à modifier l'opinion que nous avions exprimée dans notre dernière chronique. Notre confrère va plus loin : il traite les journalistes français et nous en particulier avec une rigueur peu mesurée ; nous sommes des ignorants, des orgueilleux, des diffamateurs ; nous ne connaissons ni la langue espagnole, ni la presse médicale de ce pays.

Un autre recueil de la Péninsule, le *SIGLO MEDICO*, nous adresse également quelques éphémères trop peu convenables pour être reproduites ici. Nous n'avons pas à répondre au *SIGLO*, nous lui ferons seulement remarquer que le fait de servir d'agent à M. Van der Vyver, qui fait à Jersey le lucratif commerce des diplômes, n'est pas de nature à nous donner une haute idée de l'esprit professionnel qui préside à la direction de ce journal. Nous sommes habitués depuis longtemps aux réclames de la fausse Université de Philadelphie, mais nous constatons avec regret qu'un journal de médecine ait pu ouvrir ses colonnes à la publicité charlatanesque d'un fournisseur de diplômes *in absentia*.

— Nous laissons là ces faits de peu d'importance, et puisque nous parlons de l'Espagne, disons quelques mots du congrès médical qui vient de se réunir en Andalousie et dont nous avons donné le programme dans une chronique de l'année dernière. D'après les *ANALES DE CIENCIAS MEDICAS* qui donnent un compte rendu détaillé de cette fête scientifique, le congrès de Séville est un véritable événement pour l'Espagne médicale. L'habitude des congrès médicaux s'était perdue dans ce pays depuis quelques années et la dernière réunion scientifique de ce genre avait eu lieu en 1864.

La capitale de l'Andalousie qui était, avant la conquête de Ferdinand, un des plus grands centres de lumières de l'Europe, est encore aujourd'hui une des villes les plus intéressantes de la Péninsule. Ce n'est point ici le lieu de parler de ses admirables monuments qui ont donné lieu au proverbe espagnol : « qui n'a pas vu Séville n'a rien vu » ; mais nous pouvons signaler ses Sociétés savantes,

son bel hôpital militaire et ses deux autres grands établissements hospitaliers de *San Lazaro* et *el Pozo santo* ; nous pouvons également parler de sa Faculté de médecine, une des plus importantes de l'Espagne, et ses magnifiques bibliothèques si riches en documents sur la médecine arabe et l'histoire des colonies.

Environ trois cents médecins s'étaient réunis à Séville à l'occasion de ce congrès dont la présidence avait été dévolue au docteur Antonio Rivera y Ramos. Parmi les mémoires les plus importants qui ont été lus et discutés dans les différentes sections, nous citerons les suivants : des résections sous-périostées par le docteur Creus ; de l'acupuncture comme moyen de diagnostic et de traitement dans les affections de la glande mammaire. Un mémoire sur le cancer, lu par le docteur Toro, a donné lieu à une longue et intéressante discussion. Nous signalerons encore un travail du docteur Rubio sur la nécessité de la circoncision qui, à en juger par le court aperçu que nous avons sous les yeux, mérite d'être pris en sérieuse considération par les chirurgiens et les philosophes.

— Puisque nous sommes dans la Péninsule, disons quelques mots du Portugal, dont l'importance scientifique, quoique secondaire, mérite cependant d'être signalée. Deux facultés de médecine parfaitement organisées à Coimbra et à Lisbonne instruisent la jeunesse médicale de ce pays. Deux journaux de médecine importants : la *GAZETA MEDICA DE LISBOA* et le *CORREIO MEDICO* paraissent depuis longtemps dans la capitale. Ces deux publications sont rédigées avec soin et fournissent un assez grand nombre de mémoires originaux. Nous avons eu dernièrement l'occasion d'analyser dans la *Gazette* un excellent mémoire du docteur Alvarenga sur le traitement de l'érysipèle par le silicate de potasse.

— Nous avons dit qu'il existait aux Philippines et à l'île de Cuba deux écoles de médecine très-florissantes. Celle de la Havane, avec laquelle nous avons des rapports assez suivis, vient de perdre un de ses professeurs les plus éminents, le docteur Cristobal Duran qui occupait la chaire d'obstétrique et de gynécologie. Signalons, en parlant de la Havane, l'apparition d'un journal de médecine, la *CHRONICA MEDICO-QUIRURGICA*, publié sous la direction du docteur Santos Fernandez. Nous nous empressons de souhaiter la bienvenue à ce nouveau recueil qui est particulièrement destiné à la publication des travaux des jeunes médecins de l'île. Un autre journal qui vient de paraître à Buenos-Ayres, la *REVISTA MEDICO-QUIRURGICA*, se destine plus particulièrement à la défense des intérêts professionnels des médecins de la République Argentine.

J. L.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE : TENTATIVE DE SÉCESSION PAR UN GROUPE DE MÉDECINS DE TARN-ET-GARONNE ; ARRÊT DE LA COUR DE TOULOUSE.

Depuis 1804, la Société locale des médecins de Tarn-et-Garonne faisait partie de l'Association générale des médecins de France ; mais, en 1874, des membres de cette Société eurent la pensée de briser les liens qui les unissaient aux autres Sociétés. Cette question fut agitée et discutée entre les divers membres, dont une grande partie s'opposaient à une pareille mesure ; mais, après divers incidents, et à la date du 8 janvier 1875, une assemblée se réunit à Montauban, et il fut décidé que la Société de Tarn-et-Garonne se retirerait de l'Association générale et se constituerait avec des statuts nouveaux qui, en effet, furent rédigés et soumis à l'approbation administrative.

Cette résolution, toutefois, n'avait pas été prise sans vives protestations, et un certain nombre de membres se retirèrent dans un autre local pour aviser et continuer la vie de la Société agréée. Puis, sur convocation nouvelle, ils constituèrent un bureau. M. Darnis fut élu président, M. Lacaze secrétaire, et M. Delpech trésorier.

Le conseil général de l'Association intervint officieusement, et M. Tardieu adressa à tous les membres de la Société de Tarn-et-Garonne une circulaire dans laquelle il faisait un appel à la conciliation et au respect des conventions. Cet appel resta sans résultat et les dissidents, qui s'étaient constitués en Société sous la présidence de M. Sirac, assignèrent M. Lacaze, ancien secrétaire de la Société agréée, pour l'obliger à remettre les archives. D'un autre côté, l'Association générale fit assigner M. Foissac, trésorier de la Société nouvelle, pour le contraindre à la restitution de la caisse qu'il détenait indûment et sur laquelle la Société agréée avait seule des droits.

Le tribunal de Montauban, « statuant sur les demandes reconven-

tionnelles desdits Darnis et Lacaze, condamne le docteur Foissac à remettre à ladite Société affiliée, sur la décharge qui lui en sera fournie par le docteur Delpech, son trésorier, les fonds et comptes de cette Société qu'il détient sans aucun droit; ordonne que cette remise sera faite dans la huitaine qui suivra la signification du présent, et que, faute de ce faire, le docteur Foissac demeure condamné à payer à ladite Société une somme de vingt francs par chaque jour de retard; condamne les parties défaillantes aux dépens.

M. Sirac et Foissac ayant interjeté appel de cette décision, la question a été portée devant la Cour de Toulouse, qui a main tenu le jugement porté à Montauban et condamne les appelants à l'amende et aux dépens.

CONCOURS D'AGREGATION (*sciences anatomiques*, etc.). — Voici les questions posées aux divers candidats et le résultat officiel du concours :

1^o Composition écrite : le foie (anatomie et physiologie), la bile.

2^o Leçons orales après trois heures de préparation : *Pour les anatomistes* : anatomie et physiologie de l'intestin grêle; la piémière et le liquide céphalo-rachidien; la langue. *Pour les chimistes* : histoire naturelle des carbures d'hydrogène; histoire générale des sucres. *Pour les naturalistes* : la fleur en général; les organes mâles des végétaux. *Pour les physiiciens* : les lois générales des courants électriques; polarisation de la lumière.

3^o Epreuves pratiques : *Pour les anatomistes* : dissection du nerf maxillaire supérieur; préparation histologique des tubes et épithéliums du rein. *Pour les naturalistes* : préparation du système nerveux d'un mollusque; préparation des réservoirs à résine des conifères; détermination de plantes fraîches. *Pour les chimistes*, le candidat de Paris devant être attaché à une chaire de pharmacologie et celui de Nancy à une chaire de chimie, le jury a cru devoir accentuer cette différence par la nature de l'épreuve.

Le premier des deux candidats a donc été appelé à faire l'analyse n° 1 en mélange de sels minéraux et la détermination d'un certain nombre de drogues; le second à faire l'analyse élémentaire d'un liquide organique volatil et à prendre la densité de vapeur de ce liquide.

Les *physiciens*, au nombre de quatre, se sont appliqués à résoudre expérimentalement les questions suivantes : déterminer l'angle d'un cristal avec le goniomètre de Wollaston; déterminer l'état hygrométrique de l'air par la méthode de Regnault, et déterminer la constante d'un psychromètre.

En séance publique, ils devaient mettre à l'unisson d'un diapason une sirène montée sur une soufflerie.

4^o Leçons orales après vingt-quatre heures de préparation :

Les *anatomistes* ont eu à traiter les questions suivantes : le système inqueux; le système cérébro-spinal périphérique; le grand sympathique (anatomie et physiologie); les circonvolutions cérébrales (anatomie et physiologie).

Le jury a été d'avis que les leçons des naturalistes devaient porter cette fois sur un sujet de zoologie. En conséquence, les questions suivantes ont été extraites de l'urne par les candidats.

L'appareil de respiration des invertébrés; l'appareil circulatoire des invertébrés; l'appareil digestif des invertébrés.

Généralités sur la classification des métalloïdes; généralités sur les métaux, leur classification. Telles ont été les questions qui le sort a attribuées aux chimistes.

Les *physiciens* ont eu à traiter les questions suivantes : pouvoir émissif et pouvoir absorbant; constitution et analyse du son; constitution physique des gaz; constitution et analyse des radiations solaires.

Les sujets des thèses ont été les suivants :

Anatomistes : le système séreux (anatomie et physiologie); la choroïde et l'iris (anatomie et physiologie); anatomie et développement des parties molles de l'oreille interne; le cristallin (anatomie et développement, régénération et usages).

Zoologistes : le protoplasma végétal; du siège des substances actives dans les plantes médicinales; les ferments figurés.

Chimistes : La série grasse et la série aromatique; principes de la classification des substances organiques.

Physiciens : théorie physique de la vision; théorie physique de la coloration; théorie physique de la phonation; théorie physique de l'audition.

Les agrégés reçus ont été classés dans l'ordre suivant :

Anatomistes : M. le docteur Chrétien, Nancy; M. le docteur Cadat, Paris; M. le docteur Farabeuf, Paris.

Naturalistes : M. le docteur Lanessan, Paris; M. le docteur Guillaud, Montpellier.

Chimistes : M. le docteur Engel, Nancy; M. le docteur Bourgoïn, Paris.

Physiciens : M. le docteur Gay, Paris. Le jury a décidé qu'il n'y avait pas lieu de remplir la place d'agrégé de physique vacante à la Faculté de Montpellier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Bégard, professeur de physiologie, est autorisé à se faire suppléer, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1875-76, par M. Mathias Duval, agrégé.

— M. Farabeuf, agrégé stagiaire, est appelé à l'activité à dater du 15 mars 1876, en remplacement de M. Pellaillon, dont la prolongation temporaire est expirée.

— M. Longuet, docteur en médecine, aide du laboratoire des cliniques, est délégué dans les fonctions de chef dudit laboratoire, en remplacement de M. Liouville, député.

— M. le docteur Félix Guyon, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, vient d'être chargé officiellement d'un cours complémentaire des maladies des voies urinaires. Cette nomination a été accueillie, par le public médical, avec une vive satisfaction.

SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE DE MARSEILLE. Exercice 1876-1877. — Il sera décerné des médailles d'or, d'argent, de bronze, des mentions honorables et des primes en argent :

1^o Aux meilleurs mémoires en réponse à l'une des questions suivantes : 1. *Par quels moyens pratiques peut-on contraindre les mères à l'allaitement.* — 2. *Influence de l'alimentation sur le lait; quels sont les aliments favorables ou nuisibles à la lactation chez la femme et chez les animaux?* Les mémoires sur l'une ou l'autre question doivent être adressés franco à M. le président de la commission scientifique et médicale, rue de la Darse, 19, avant le 15 décembre 1876, *terme de rigueur.*

2^o Aux inventeurs, importateurs ou producteurs d'objets nouveaux utiles au premier âge (naissance à trois ans). Les pièces envoyées au concours seront adressées franco à M. le président de la commission scientifique et médicale, avant le 15 décembre 1876, *terme de rigueur.*

3^o A. Aux membres correspondants qui se seront fait remarquer par leur dévouement à la cause de l'enfance. — B. Aux personnes qui auront accompli des actes de bienfaisance et d'humanité vis-à-vis des enfants. — C. Aux personnes s'occupant des soins à donner à l'enfance. — D. Aux nourrices méritantes. — E. Aux mères élevant leurs nourrissons par le système de l'allaitement mixte. — F. Aux médecins, accoucheuses et gardes d'accouchées qui présenteront dans leur clientèle le nombre relatif le plus grand de mères allaitant leurs enfants. Les propositions motivées devront être adressées à M. le président de la Société, rue de la Darse, 19, par MM. les médecins inspecteurs et les présidents de comités de patronage, avant le 15 décembre 1876, *terme de rigueur.*

ÉCRÉPAGE DU LAIT. — Cette question intéresse assez l'alimentation publique pour que nous relations de quelle façon le tribunal correctionnel de Rouen a tranché par un jugement la question de savoir si l'écrapage du lait constitue une falsification et un délit. Le tribunal a jugé affirmativement. La question avait été déjà tranchée par la Cour dans un arrêt, mais il s'agissait alors d'une vente de lait destiné à la fabrication du fromage et qui, par conséquent, dans la pensée de l'acheteur, devait contenir tous les principes utiles à cette fabrication et toute sa crème.

La solution donnée par le tribunal s'applique d'une manière absolue même au lait destiné à être immédiatement consommé sans transformation. (*Revue médicale.*)

LES UNIVERSITÉS EN RUSSIE. — Le gouvernement russe est en train d'organiser une université pour l'ensemble du droit et de la médecine à Tomsk, une des principales villes de la Sibirie. On connaît la rareté des médecins en Sibirie; ce pays, qui est aussi grand que l'Europe entière et possède 6 millions d'habitants, ne possède qu'un médecin par 50 000 habitants. Le ministre russe vient d'ouvrir un crédit de 1 000 000 de francs sur les rentes de l'Etat pour le nouvel établissement, qui élèvera à huit le nombre des universités de l'empire. Saint-Petersbourg, Moscou, Kiew, Kazan, Kharkov, Odessa et Varsovie sont les seules villes russes qui possèdent des universités. Il est également question d'en établir une à Vilna.

ASSOCIATION DES MÉDECINS AMÉRICAINS. — Cette association tiendra son meeting annuel à Philadelphie, le 6 juin 1876. Ce congrès n'a rien de commun avec celui organisé dans la même ville à l'occasion du centenaire, et dont nous avons donné le programme dans notre numéro du 14 avril. L'Association américaine est organisée sur le même modèle que l'Association médicale anglaise, dont le congrès annuel aura lieu cette année à Brighton.

CRÉMATION. — On écrit de Berlin à l'ÉCHO DU PARLEMENT, de Bruxelles :

« La société de crémation l'Urne, de Dresde, vient d'adresser une convocation à toutes les sociétés européennes de l'espèce, les invitant à envoyer des délégués au congrès qu'elle tiendra à Dresde même les 6 et 7 juin prochain. Il y aura une séance publique et une autre à huis clos. On fera des expériences.

» Il paraît que c'est en Hollande que l'idée de la crémation a le plus de partisans. Une société, ayant son siège principal à La Haye, compterait 1300 membres. En Allemagne, on trouve déjà des sociétés semblables à Berlin, à Dresde, à Hambourg, à Brême, à Breslau, à Leipzig et à Gotha. On attend des délégués hollandais, allemands, italiens, autrichiens et suisses.

» Trois prêtres sont gagnés au mouvement, les curés Lang, de Zurich; Schost, de Hambourg, et Paira, de Milan. En Allemagne, la réforme possède trois organes officiels : la CORRESPONDANCE POUR LA PROPAGATION DE LA CRÉMATION, paraissant à Walbourg; la SANTÉ, rédigée à Leipzig par le professeur Reclam, inventeur d'un procédé d'incinération des corps, et l'AMI MÉDICAL DES FAMILLES, publié à Dre-dé. On proposera au congrès la fondation d'une société par actions qui se chargerait de fournir les appareils nécessaires. »

COURS CLINIQUE DES MALADIES DE L'ENFANCE (semestre d'été). — M. Bouchut commencera son cours le mardi 2 mai 1876, à l'hôpital des Enfants-Malades, rue de Sèvres, 149, et le continuera les mardis suivants.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES (semestre d'été). — Le docteur Jules Simon recommencera ses conférences sur les maladies des enfants, le 3 mai prochain, à neuf heures et demie, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

— Le docteur Martin-Damourette recommencera ses cours préparatoires aux 3^e et 4^e examens du doctorat en médecine, et au 1^{er} de flu d'année, le lundi 1^{er} mai, à une heure, place de l'École-de-Médecine, 17.

État sanitaire de Paris :

Du 14 au 20 avril 1876, on a constaté 1075 décès, savoir :
 Variole, 4. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 3. — Fièvre typhoïde, 15. — Erysipèle, 7. — Bronchite aiguë, 43. — Pneumonie, 105. — Dysentérique, 0. — Diarrhée cholériforme des enfants, 7. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 1. — Angine couenneuse, 7. — Croup, 30. — Affections pucpérales, 2. — Autres affections aiguës, 280. — Affections chroniques, 491, dont 204 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 44. — Causes accidentelles, 25.

SOMMAIRE. — PARIS. Faculté de médecine de Paris : Rapport sur les opérations du concours d'agrégation (section des sciences anatomiques, physiologiques, etc.). — Action de l'air sur les phénomènes de la putréfaction. — HISTOIRE ET CRITIQUE. La muscarine. — COURS PUBLICS. Physiologie expérimentale : Pathologie expérimentale du système nerveux. — TRAVAUX ORIGINAUX. Ophthalmologie : Deux faits pour servir à l'histoire étiologique des paralysies des muscles oculaires. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Assemblée des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. Société de biologie. — REVUE DES JOURNAUX. Du toucher recto-vésical et vésico-vaginal. — Nouvelles observations sur le traitement curatif de la folie par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine. — Hydatides du cerveau sans troubles pendant la vie. — Le baume de Gurgun. — BIBLIOGRAPHIE. Le cerveau et ses fonctions. — Index bibliographique. — VARIÉTÉS. Chronique du Vétérinaire. — Association générale des médecins de France. — Concours d'agrégation.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

OUVRAGES DEPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Les grands processus morbides, leçons de pathologie générale par le docteur J.-J. Pictot, avec une introduction par le professeur Robin. L'ouvrage formera 2 volumes grand in-8, avec nombreuses figures dans le texte. En vente, t. I et 1^{er} fasc. du t. II. Paris, G. Masson. 20 fr.
 L'ouvrage complet sera vendu 30 fr.

Thérapeutique des maladies nerveuses et des maladies cutanées, par les docteurs P. Diday et A. Doyon. 1 vol. in-8 de 900 pages. Paris, G. Masson. 9 fr.

Les mamelles et leurs anomalies, étudiées au point de vue de l'anatomie, de la physiologie et de l'embryologie, par le docteur Albert Puech. 1 vol. gr. in-8 de 120 pages, 1876. Paris, F. Savy. 3 fr.

Pathologie des tumeurs, cours professé à l'université de Berlin par M. R. Virchow, traduit de l'allemand par le docteur P. Aronsson. T. IV (1^{er} fascicule). 1 vol. gr. in-8. Paris, Germer Baillière et C^e. 4 fr. 50

Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales, suite et complément de tous les dictionnaires, par le docteur P. Garnier (11^e année, 1875). 1 vol. gr. in-18. Paris, Germer Baillière et C^e. 7 fr.

De la xérophthalmie, par le docteur Tixier. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 1 fr. 50

De l'épilepsie syphilitique tertiaire, par le docteur Alfred Fournier. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 1 fr. 25

De l'influence des maladies du cœur sur la menstruation, la grossesse et son produit; de l'accouchement et de l'avortement provoqué, par le docteur Durozez. In-8, 1875. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 1 fr. 50

Quelques considérations sur l'hygiène de la jeunesse, amour et onanisme, par le docteur Xavier Pradel. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 1 fr. 50

Les rimes de l'officine, par Emile Genevoix. 1 vol. in-12. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 2 fr. 50

Traité des tumeurs bénignes du sein, par MM. Léon Labbé et Paul Coyne. 1 beau vol. in-8, avec 4 planches en couleur et 37 magnifiques gravures intercalées dans le texte. Paris, G. Masson. 12 fr.

Leçons de clinique chirurgicale, professées à l'hôpital des Cliniques par Léon Labbé, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, et recueillies, rédigées et publiées par le docteur Emmanuel Bourdon. 4 vol. in-8 avec 1 planche. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 12 fr.

Applications pratiques de l'électricité au diagnostic et à la thérapeutique, description des appareils employés dans les deux mondes, et perfectionnements apportés récemment à leur usage par le docteur Julius Althaus. Traduit de l'anglais et annoté par le docteur Darin. 4 vol. in-8 avec 41 figures dans le texte. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 3 fr.

Diminution des maladies vénériennes dans la ville de Paris depuis la guerre de 1870-71. 2^e leçon : Rareté actuelle du chancre simple, par le docteur Mauriac. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 2 fr. 50

Recherches cliniques et expérimentales sur l'empoisonnement aigu par le plomb et ses composés, par le docteur Moreau. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 2 fr. 50

Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques, par le docteur Voisin. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 2 fr. 50

Précis élémentaire de l'art des accouchements, sous forme de demandes et de réponses, par le docteur C. Girard, 1 vol. in-8, avec figures intercalées dans le texte. Paris, II. Lauwereyns. 6 fr.

Contribution à l'étude de la maladie bronquée d'Addison, par le docteur Guernonprez. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 2 fr. 50

Des opérations applicables au bec-de-lièvre compliqué, par le docteur Courmont. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 3 fr.

Contribution à l'étude des lésions rénales déterminées par les obstacles au cours de l'urine, par le docteur Chandeleu. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 1 fr. 50

Des phlegmons sous-péritonéaux de la paroi abdominale antérieure, par le docteur Voussy. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 2 fr.

Étude sur le purpura simplex à forme exanthématique, par le docteur Laget. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 1 fr. 50

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 4 mai 1876.

Académie des sciences : UN FAIT DE GASTROTOMIE, PAR M. L. LABBÉ. — *Faculté de médecine de Paris* : RAPPORT DE LA COMMISSION CHARGÉE DE L'EXAMEN DU DÉCRET DU 14 JANVIER 1876. — *Académie de médecine* : DE LA COLIQUE SÈCHE.

Un fait de gastrotomie.

Nous publions, complètement, au compte rendu de l'Académie des sciences la communication de M. L. Labbé sur l'opération qui a déterminé la guérison complète de l'homme à la fourchette. Une note analogue a été présentée à l'Académie de médecine; nous n'attendons pas que des rapports soient faits ou qu'une discussion académique se produise pour mettre en relief les particularités les plus intéressantes de cette gastrotomie.

Cette opération compte des précédents; l'estomac a été ouvert pour l'extraction de corps étrangers dans un certain nombre de cas, et les huit observations que nous connaissons ont été toutes suivies de succès. Il n'est pas sans intérêt de les rappeler; dans trois faits rapportés par Hévin (1743), il s'agissait de couteaux ayant 9 à 10 pouces de long qui furent extraits par Hübner, Mathis et Schwaben. M. Sédillot rapporte les observations de Bertherand (1823) qui fit l'extraction d'une cuiller à café de vermeil, et de Cayroche (1849) qui enleva une fourchette ayant séjourné 229 jours dans l'estomac d'une dame de vingt-quatre ans; enfin M. Sédillot cite un fait de fourchette enlevée par gastrotomie chez un officier de santé, au dire de M. Bouisson. Nous ajoutons à ces exemples bien connus deux observations qui ont été analysées dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE: En premier lieu le fait du docteur Néal; il s'agit d'un homme de vingt-sept ans chez lequel Bell de Walpello enleva par la gastrotomie un barreau de plomb de dix pouces, et pesant une livre (*Gaz. hebdom.*, 1855, p. 662); le malade guérit très-rapidement; en second lieu, le fait du docteur Bell qui, en 1860, pratiqua la gastrotomie pour extraire un barreau de plomb, pesant 270 grammes et mesurant 30 centimètres de long; l'opéré guérit en quatorze jours (voir *Gaz. hebdom.*, 1860, p. 541).

Ces opérations ne sont pas toutes comparables à celle de M. Labbé. En effet dans les cas de Bertherand et de Cayroche il y avait des abcès et des adhérences de l'estomac produits de l'intérieur à l'extérieur; dans les cas cités par Hévin la pointe du couteau avait amené des douleurs qui nécessitaient une prompte intervention; mais dans les deux derniers cas, on fut obligé, comme chez « Lauseur », d'ouvrir le péritoine et d'inciser l'estomac sur le corps étranger sans qu'il y eût d'adhérences préalables.

Ces observations ont malheureusement été publiées, pour la plupart, trop succinctement. M. Labbé a été plus explicite et l'on trouve dans sa note des indications opératoires fort

intéressantes. M. Sédillot avait donné comme points de repère l'appendice xiphoïde, les fausses côtes et l'ombilic; il pratiqua une incision à 6 centimètres au-dessous et en dehors de l'appendice xiphoïde, suivant le rebord des fausses côtes gauches à une distance de deux travers de doigts; l'incision cruciale divisait ainsi le muscle droit antérieur de l'abdomen. Les autres opérateurs qui ont pratiqué la gastrotomie pour des cas de rétrécissements de l'œsophage ou le plus souvent été trop concis, de sorte qu'il est difficile de se rendre compte des résultats obtenus suivant le siège de l'incision. Cependant il y a eu quelques autopsies, dont voici les résultats: M. Sédillot, qui dans ses deux opérations a incisé le muscle droit, avait ouvert l'estomac à l'union des régions pylorique et splénique et à la partie moyenne de la face antérieure; Fenger qui avait incisé de l'appendice xiphoïde au bord externe du muscle droit, coupant l'artère épigastrique, fit l'ouverture de l'estomac à 8 centimètres du cardia; Sydney Jones, opérant par le procédé analogue à celui de M. Sédillot, pénétra dans l'estomac à 3 pouces de distance du pylore; Jacobi, qui fit une incision à 2 pouces et demi en bas et en dehors de l'appendice xiphoïde, pratiqua l'ouverture stomacale à un pouce et demi du pylore et ouvrit l'estomac à la partie moyenne; Maury, qui divisa le muscle droit antérieur, atteignit la région pylorique; son incision longue de 4 pouces était curviligne, s'étendant de l'appendice xiphoïde au septième espace intercostal en bas et en dehors; dans le cas de Durham, au contraire, l'ouverture de l'estomac était à la région cardiaque, près du cardia et dans la grande courbure, or l'incision, longue de 3 pouces, s'étendait du cartilage de la huitième et neuvième côte à l'appendice xiphoïde, de façon qu'on mit à nu le bord externe du muscle grand droit.

Nous avons rappelés ces données, parce qu'elles montrent combien a été variable le siège de l'ouverture de l'estomac, sans qu'il soit facile de saisir une relation précise entre ce siège et la longueur, la forme, la direction de l'incision; trop souvent les descriptions opératoires manquent de précision. C'est pour remédier à ces défauts que M. Labbé a recherché sur le cadavre des points de repère faciles à retrouver chez le vivant et pouvant servir de guide certain. Il y a réussi; la grande courbure de l'estomac, suivant lui, ne remonte jamais plus haut qu'une ligne transversale passant par la base des cartilages de la neuvième côte. Ces points de repère sont eux-mêmes facilement délimités; de chaque côté, ils sont placés immédiatement au-dessus de la première dépression que présente le rebord des fausses côtes lorsqu'avec le doigt on en suit les contours de bas en haut. De plus, cette dépression est limitée inférieurement par le cartilage très-mou de la deuxième côte, et peut sous la pression du doigt produire une sorte de frottement ou bruit tout spécial.

M. Labbé ayant ainsi fixé les points de repère, a pu résumer en quelques lignes les règles opératoires. Il est utile de les reproduire: « Faire, à 1 centimètre en dedans des fausses

côtes gauches et parallèlement à ces dernières, une incision de 4 centimètres dont l'extrémité inférieure doit tomber sur une ligne transversale passant par les cartilages des deux neuvièmes côtes. » Dans ces conditions, on n'incise pas le grand droit, et l'estomac peut être ouvert à l'union des portions cardiaque et pylorique. Cette précision apportée dans le manuel opératoire constitue un progrès réel, et celui-ci a été sanctionné heureusement par le succès. C'est donc en toute justice que nous félicitons sincèrement notre jeune maître. Nous n'insisterons pas sur certains détails de l'opération, tels que la suture préalable de l'estomac avant l'incision, procédé employé déjà plusieurs fois (Van Tanden, dans un cas de gastrostomie, ne fit même l'ouverture que le lendemain, ce qui ne préserva pas l'opéré d'une mort prompte); l'utilité de l'emploi du collodion, l'insuffisance des caustiques pour produire les adhérences sont des particularités que la lecture de l'observation fait suffisamment connaître pour le moment.

Il nous reste à considérer les applications de cette opération. Après M. Sédillot et les dix-sept chirurgiens qui l'ont imité, M. Labbé exprime l'espoir que la *gastrostomie* conduira les chirurgiens à pratiquer la *gastrostomie*. Nous voudrions partager ces espérances, mais nous craindrions pour l'avenir de la première opération qu'on établit des rapports trop directs entre elle et la seconde. En effet, nous avons, au début de cet article, rappelé 8 succès de gastrostomie, auxquels s'ajoute le fait de M. Labbé. Au contraire, si nous recherchons les résultats de la gastrostomie, le tableau est des plus sombres. En effet, les opérateurs sont nombreux : Sédillot, 1843, 1853; Fenger, 1853; Habershon, 1857; Sydney (Jones), 1855 et 1866; Jouon (de Nantes), 1872; Smith, Mac Cormac, Legros, Clarke, 1872; Jacobi (de New-York), 1874; Cooper, Færster, 1858 et 1859; Lowe, Bryant, Curling, 1866; Van Thaden, 1867; Francis Troup, 1867; Durham, 1868; Maury, 1869; en somme, 22 opérations, faites en France, en Amérique, en Allemagne, en Danemark, en Angleterre, presque toutes pour des cas de cancers de l'œsophage (3 ont été pratiquées pour des rétrécissements traumatiques ou de nature douteuse); toutes suivies de mort dans un espace variant entre quelques heures et quelques jours.

De tels résultats montrent qu'il y a une différence considérable entre l'opération faite chez un cancéreux affaibli, arrivé quelquefois au dernier degré de cachexie, et la gastrostomie faite pour l'extraction des corps étrangers. Cependant, pour ne pas envisager seulement les côtés défavorables de ce sujet, nous devons rappeler que, dans un grand nombre de cas malheureux, il n'y avait pas de péritonite; de plus, certains opérés ont survécu plusieurs jours; ainsi : 4 jours dans les deux cas de Cooper et de Troup, 6 jours (Legros, Clarke), 8 jours (Smith), 10 jours (Sédillot, Jacobi), enfin 12 jours (Sydney Jones). Dans ce dernier cas il s'agit d'un homme de soixante ans atteint de cancer épithélial de l'œsophage, qui mourut d'une broncho-pneumonie double. A l'autopsie, on trouva une généralisation du cancer épithélial; il n'y avait pas de péritonite, l'estomac adhérait à la plaie extérieure.

On voit donc qu'il y a quelques arguments à tirer en faveur de la gastrostomie de l'étude approfondie des conditions où l'opération a été faite, et que les progrès dans le mode opératoire permettront peut-être aux chirurgiens d'agir avec plus de sécurité à une période moins voisine du marasme, et d'obtenir des résultats qu'on puisse comparer aux succès de la gastrostomie.

A. HENOCQUE.

Rapport de la commission chargée de l'examen du décret du 14 janvier 1876.

Nous avons sous les yeux le rapport rédigé par M. Gavarret au nom d'une commission composée de MM. Vulpian, doyen de la Faculté, Gavarret, Bouchardat, Broca, Dolbeau, Le Fort et Sappey. Pour bien faire comprendre l'opportunité et l'importance de ce document, il nous paraît utile de rappeler quelles ont été les modifications apportées à l'organisation et au fonctionnement des facultés par le décret du 14 janvier 1876 dont cette commission a dû s'occuper. Or ce décret se trouve être la mise en application des idées exposées par M. Wallon le 25 novembre 1875, alors que, prétendant répondre aux prescriptions de l'article 24 de la loi du 12 juillet 1875 qui lui imposait l'obligation de présenter un projet de loi ayant pour objet d'introduire dans l'enseignement supérieur de l'Etat les améliorations reconnues opportunes, il demandait aux Chambres un crédit supplémentaire de 4249 600 francs. Ce jour là le ministre qui a tant fait pour assurer le succès de la loi sur la liberté de l'enseignement supérieur, réclamait, en même temps que certaines mesures accessoires dont nous n'avons pas à nous occuper pour le moment : 1° la suppression du traitement éventuel et une augmentation proportionnelle du traitement fixe des professeurs dans les facultés de divers ordres; 2° la création de quelques chaires nouvelles. La suppression du traitement éventuel des professeurs pouvait être une assez bonne mesure. Elle avait déjà été appliquée dans les lycées par M. J. Simon et nul ne s'en était plaint; dans les facultés de médecine le traitement éventuel avait été remplacé depuis longtemps par une sorte d'abonnement que l'on pouvait considérer comme l'équivalent des droits de présence. Il suffisait, pour faire admettre la nouvelle modification apportée au traitement des professeurs et des agrégés, de bien prouver que, dans les facultés autres que les facultés de médecine, le maintien du traitement éventuel pouvait, dans certaines conditions, rendre difficile la création de chaires nouvelles, parce que les anciens professeurs se trouvaient ainsi exposés à voir diminuer leur éventuel au profit des nouveaux venus (c'est l'argument de M. Wallon), et d'autre part tenir un compte exact des revenus que cet éventuel procurait aux professeurs et ne pas amoindrir leur situation en donnant à la loi un effet rétroactif. Or, nous ne craignons pas de l'affirmer, car nous en avons des preuves irréfutables, l'inexpérience et la partialité qui ont présidé à la rédaction du tableau fixant d'une manière définitive les traitements des professeurs des diverses facultés ont été telles que nous considérons comme très-fondées les plaintes de la plupart des intéressés. Nous ne doutons pas que les mémoires adressés au nouveau ministre par les facultés de province ne prouvent mieux encore que nous ne pourrions le faire dans un seul article combien M. Wallon a été mal inspiré en voulant appliquer à toutes les facultés un règlement uniforme, combien surtout il a agi avec imprévoyance en ne consultant pas, avant de préparer un décret semblable, les facultés de Paris ou des départements. Rédigé par un ministre peu au courant des nécessités de l'enseignement de la médecine, peu favorable à ses progrès, tout prêt à sacrifier les facultés de médecine et les facultés des sciences pour améliorer la situation des professeurs des facultés des lettres, surtout de ceux de la Faculté de Douai, le décret du 14 janvier 1876 devait soulever de toutes parts des réclamations fortement motivées. A peine arrivé au pouvoir le nouveau ministre de l'instruction publique a dû se préoccuper de ces réclamations et il n'a pas

hésité à adresser aux facultés de Paris et des départements les questions que M. Wallon avait jugé inutile de leur faire.

La Faculté de Paris, par le rapport de M. Gavarré, commence par témoigner son étonnement de ce que dans la répartition des fonds votés par l'Assemblée, les facultés de médecine aient été moins libéralement traitées que les facultés de droit et des lettres; puis elle proteste énergiquement contre l'article 5 du décret, article qui conserve un caractère d'éventualité à une partie du traitement des professeurs et des agrégés et se trouve ainsi en contradiction formelle avec le texte de la loi du 22 décembre 1875. Il est évident, en effet, que la loi ayant transformé tous les traitements éventuels en traitements fixes et décidé que ces traitements fixes resteraient indépendants du nombre des examens, il paraît au moins singulier de voir un décret, postérieur à cette loi, décider que réserve sera faite sur le traitement de chaque professeur d'une somme spécialement affectée au service des examens intérieurs et extérieurs et que cette réserve, variable suivant le mouvement des examens, sera révisée tous les cinq ans. Nous n'ignorons pas quelles ont été, à ce sujet, les intentions du ministre. Il fallait, dès l'instant qu'un traitement fixe était alloué à chaque professeur, garantir l'assiduité de celui-ci aux examens auxquels, sans rétribution éventuelle, il reste tenu de prendre part. En réservant ainsi une partie de son traitement qui lui devait être restituée en totalité ou en partie suivant le nombre des examens auxquels il aurait pris part, le ministre, qui se défie beaucoup du bon vouloir des professeurs, espérait satisfaire à toutes les exigences du service des examens. Désormais, par conséquent (pour diminuer, dit M. Wallon, les difficultés du service de la comptabilité), il faudra compter très-exactement le nombre des séances d'examens auxquels chaque professeur aura pu prendre part, lui retenir une somme déterminée pour chaque absence, fixer tous les cinq ans la valeur de cette amende, tenir compte aux agrégés suppléants de leurs services exceptionnels, etc., etc. Faisons remarquer aussi que cette rigueur nouvelle n'est pas apportée dans la surveillance du service des cours. Il n'est pas imposé au professeur d'abandonner une partie de son traitement chaque fois que, pour un motif ou un autre, il suspendra momentanément ses leçons. Il n'est pas difficile de comprendre pourquoi l'ex-ministre ne s'est pas préoccupé de ce détail. Toutes les facultés ne se montrent pas cependant aussi fidèles que la Faculté de médecine de Paris, à tous les devoirs qu'impose le titre de professeur et l'on pourrait citer bien des cours de facultés qui se sont trouvés réduits, par une série d'absences momentanées, à un bien petit nombre de leçons.

Mais ce qui motive le plus vivement les critiques de la Faculté de Paris, c'est l'article 6 du décret du 14 janvier. Cet article est rédigé comme il suit : « Lorsqu'un professeur a été autorisé à se faire suppléer dans son enseignement, cette suppléance entraîne de plein droit la suppléance aux examens, et le suppléant reçoit à ce double titre la moitié du traitement total du professeur. Sauf les cas exceptionnels dont le ministre est juge, la suppléance a lieu pour une année entière, et le suppléant, quelle que soit la durée du cours dont il est chargé, reçoit la moitié du traitement total de la chaire. » Nous n'avons pas à rechercher ce qui a paru rendre nécessaire un semblable article ni comment il peut répondre « à des nécessités démontrées et à des plaintes légitimes ». Bornons-nous à faire remarquer, avec M. Gavarré, combien il est inapplicable à la Faculté de Paris. Un professeur fatigué ne peut supporter momentanément le travail de l'enseignement, mais

il est parfaitement en état de prendre une part active aux examens. Pourquoi le lui interdire ? Pourquoi, s'il est malade, ne pas laisser à la charge de ses collègues le surcroît de travail que ceux-ci n'hésitent jamais à accepter quand il s'agit d'assurer le service des examens ? N'est-il pas fâcheux de voir, contrairement aux dispositions de l'ordonnance du 2 février 1823, les agrégés former la majorité de certains jurys d'examens ? N'est-il pas absurde de voir un professeur qui aurait fait des examens pendant tout le semestre d'hiver et qui serait parfaitement disposé à continuer ce service pendant le second semestre, considéré comme n'ayant rempli aucune fonction active pendant les cinq mois d'hiver et privé de toute participation aux actes de la Faculté pendant les cinq mois d'été par cela seul qu'il aurait demandé à se faire remplacer dans son enseignement pendant le semestre d'été ? C'est la situation dans laquelle se trouve en ce moment le professeur de physiologie. Nous n'insisterons pas plus longuement. La Faculté de médecine de Paris, après avoir examiné chacun des articles du décret du 14 janvier 1876, émet une série de vœux qui tendent à obtenir l'abrogation de la plupart de ces articles. Elle demande, en outre, que l'indemnité allouée aux agrégés chargés de remplacer les professeurs dans leur enseignement soit portée de 2000 à 3000 francs ; que des droits de présence soient alloués aux professeurs et agrégés chargés des examens de réception des officiers de santé, des sages-femmes, etc., à ceux qui sont membres des jurys des concours ouverts pour la nomination des aides d'anatomie, des prosecteurs, des chefs de clinique, etc., aux membres de la *commission scolaire* nommés par l'assemblée de la Faculté ; elle demande de plus que le chef des travaux anatomiques puisse prendre part aux examens d'anatomie et de physiologie dans le cas où il appartient à la Faculté soit comme agrégé libre, soit comme agrégé en exercice.

Après avoir lu l'exposé des motifs du projet de loi portant demande des crédits supplémentaires pour le service de l'instruction publique (*Journal*, 9 janvier 1876), le décret du 14 janvier 1876 (*Bull. du min. de l'instr. publ.*, 1876, p. 35), enfin le rapport de M. Gavarré, nous ne pouvons hésiter à faire remarquer l'étrange conduite du ministre qui a prétendu régler d'une manière uniforme, sans enquête préalable, sans avoir essayé seulement d'étudier la question, le service de l'enseignement dans tous nos grands établissements universitaires. « C'est surtout en pareille matière, dit M. Gavarré qu'il devient nécessaire de tenir compte des différences considérables que présentent les coutumes, la composition, le mode de fonctionnement et la mission sociale des facultés et écoles supérieures de divers ordres. » Certes le droit de l'État d'intervenir dans la direction de l'enseignement supérieur nous paraît incontestable ; mais au moment même où l'on cherche à montrer que les limites de cette intervention doivent être de plus en plus restreintes, est-il admissible que l'on puisse, par un simple décret, porter atteinte à la position et aux droits des professeurs et des agrégés tels qu'ils ont été établis et reconnus par les législations antérieures ? C'est méconnaître tous les principes qui ont été si souvent invoqués à propos de la liberté de l'enseignement supérieur ; c'est nier de la manière la plus complète la liberté dans l'Université. Mais il y a plus, et nous avons été surpris de voir que M. Gavarré n'avait pas relevé cette grave infraction à la loi. Un semblable décret est absolument illégal. La réforme opérée par M. Wallon ne pouvait être décidée que par un Règlement d'administration publique délibéré en Conseil d'État. Ce motif, joint à beaucoup d'autres, déterminera M. Waddington à

écouter les observations qui lui sont présentées par la Faculté de médecine et, en attendant que les mesures prises par son prédécesseur aient été rapportées, à retarder provisoirement la mise en vigueur des articles 5 et 6 de ce regrettable décret.

M. Le Roy de Méricourt a répondu mardi à l'appel que M. Hardy lui avait adressé dans la précédente séance, et traité de la nature de la colique sèche avec autant de sûreté dans le jugement que de facilité et d'élégance dans la forme. Ce discours, qui a duré une heure, a provoqué les sympathies unanimes de l'assemblée et même quelques applaudissements. La discussion va continuer, et, comme nous l'avons annoncé, nous comptons en faire l'objet d'une appréciation.

ERRATUM. — Une erreur de composition a rendu presque intelligible la conclusion de notre article sur le rapport de M. Wurtz (*Gaz. hebdom.*, n° 17, p. 257). Nous avons voulu dire que nous ne pouvons admettre l'utilité de réunir à Paris tous les candidats aux concours d'agrégation; mais que, tout en différant d'avis, sur ce point spécial, avec l'honorable doyen honoraire de la Faculté, nous nous associons, sans réserve, à toutes les autres idées défendues par lui dans son remarquable rapport.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

DES CONDITIONS DE LA CURABILITÉ DES EMBOLIES, par le docteur BOUILLON-LAGRANGE père, ancien interne des hôpitaux de Paris et membre de la Société médicale d'observation, etc.

(Suite. — Voyez les nos 10, 12, 15 et 16.)

Embolies secondaires. — Chez mon malade n° 13, après avoir constaté les deux premières formes de l'embolie, la migration dans l'artère pulmonaire et l'infarctus de l'organe qui en est la suite, quelques jours après on voit se produire une apoplexie avec hémiplegie éphémère. Comment l'expliquer autrement que par l'embolie chez un malade sans prédispositions, sans causes spéciales, et surtout quand on voit ces symptômes suivis d'une oblitération de l'artère radiale du côté opposé, puis d'une oblitération veineuse successivement produite d'abord dans le membre *inférieur gauche* quand la blessure (contusion) est à droite, puis dans ce dernier quand le déplacement du caillot prolongé de la veine tibiale postérieure dans la veine poplitée s'est fait en masse plus considérable, c'est-à-dire alors que ces derniers phénomènes donnaient la preuve irréfutable de la source des premiers caillots migrateurs et que l'effet de ceux-ci, l'infarctus pulmonaire, donnait encore les signes de sa présence, ceux d'une caverne embolique, dans laquelle sans doute s'ouvriraient quelques *veinules pulmonaires*, comme dans les cas de Virchow et de M. Feltz, et qui ont été les agents des nouveaux transports emboliques dans l'arbre artériel général, après avoir conduit ceux-ci dans le cœur gauche.

C'est le même phénomène que nous avons observé aussi chez le blessé de mon fils (n° 15), dont la fracture était compliquée d'une contusion avec œdème localisé et persistant qui n'a cédé tout à fait qu'après trois mois, en janvier, époque à laquelle nous avons une dernière fois constaté la guérison complète, mais avec réduction en cordon fibreux, encore un peu sensible à la pression, de l'une des veines humérales : les troubles secondaires ont été légers mais bien exprimés, et par eux, le premier, a été très-persistant; on a vu successivement se montrer une légère pleuro-pneumonie à gauche sans signes stéthoscopiques, mais avec deux ou trois crachats visqueux et *rouge vif*, alors que l'affection embolique de

droite montrait ses crachats *vi non squeeux*, hémoptoïque *noirs* persistants aussi; et successivement réduits, et pour le nombre et pour le volume, mais sans changer d'aspect pendant plus d'un mois. Même marche pour ceux de la très-légère pleuro-pneumonie gauche, dont les crachats très-petits se réduisaient aussi pendant à peu près le même laps de temps à un seul très-minime, mais toujours rouge vif et visqueux, indiquant bien son origine dans l'arbre artériel bronchique, comme les premiers avaient la leur dans une lésion artérielle pulmonaire, double lésion, celle-là consécutive à celle-ci, mais toutes deux produites mécaniquement par un caillot fibreux *migrateur*.

Après cette lésion secondaire une autre beaucoup moins persistante s'est produite dans les artérioles musculaires des mollets et s'est caractérisée par des spasmes avec battements artériels et douleurs vives quand le malade voulait se maintenir sur ses jambes, c'est-à-dire contracter ses muscles du mollet. S'agissait-il ici de petites embolies des plus fines artères, comme je l'ai pensé, ou d'un dépôt capillaire dans le tronc du nerf et sur le trajet des filets se distribuant aux muscles du mollet, ou même à leur origine dans la moelle ou dans le cerveau? Évidemment la question est impossible à décider, mais de toute façon le fait m'a paru la conséquence d'une lésion embolique.

Dans cette observation est-ce la fracture, est-ce la contusion du coude avec œdème si persistant qui a été le point de départ? J'avoue que j'inclinerais vers cette dernière opinion. En effet, la fracture était simple, sans œdème circonferenciel, sans branche veineuse oblitérée, du moins en apparence, autour d'elle, tandis que si l'œdème du bas du coude a été notre seul indice, sa persistance indiquait bien qu'il dépendait de l'oblitération du petit rameau veineux de la région, dont la suppléance a été si lente à s'établir, bien qu'il ne m'ait pas été possible, sans doute à cause de la ténuité de ce vaisseau et de son siège sous l'aponévrose d'envelopper, de trouver ce point d'origine de l'oblitération. D'ailleurs le fait de l'obturation d'une veine humérale éloigne l'idée que les accidents aient pu trouver leur source dans des embolies grasses, ainsi qu'on le voit dans les faits cités par Wagner, Bergmann et Parum, bien qu'ici la lésion, l'*écrasement* du tissu cellulaire, pût donner quelque appui à une pareille opinion.

Je ne me sens pas autorisé à rechercher quelle est la marche physiologique dans les oblitérations veineuses qui se montrent avec les fractures et ont produit déjà des accidents mortels si connus, mais je crois qu'il serait intéressant de s'assurer dans ces cas du rapport de la fracture avec les veines nourricières, si elle avait lieu dans un point où ces vaisseaux étaient assez volumineux et assez rapprochés des veines importantes voisines et dans quel état était le canal et la membrane médullaire? Peut-être d'ailleurs ces notions sont-elles déjà acquises par les auteurs qui j'ai cités, et dont je ne connais les recherches que par le court extrait donné par les *Archives* (1).

Suite de l'observation n° 16. — Avant de revenir à la maladie n° 16, relativement aux symptômes d'embolies secondaires qu'elle a présentés, il me reste à compléter son observation, rapportée jusqu'au 7 janvier, au début de sa convalescence.

J'ai omis d'indiquer qu'une seconde fois, dans la nuit du 3 janvier, un engourdissement hémiplegique s'était produit, mais du côté gauche, avec impossibilité de remuer le bras et la jambe pendant plus d'une heure, que ces effets ont été accompagnés d'une augmentation de l'étourdissement, qui n'a jamais cessé depuis le premier accident de paralysie du côté droit. Le 4, au matin, à ma visite, il n'en restait plus trace; mais l'étourdissement cérébral était encore

(1) *Journal* 1867, p. 98-100. Embolies grasses, car c'est spécialement d'embolies grasses qu'il s'agit dans les cas de fractures et les expériences rapportées par Bush de Königsberg.

surtout quand la malade se tenait assise dans son lit, ce que j'avais permis ce jour seulement; jusque-là, tous les mouvements nécessaires avaient été passifs et exécutés avec l'aide de deux personnes.

Le 10, le mieux s'était continué. Je trouvais la malade dans un fauteuil, ayant quitté son lit, mais portée encore et sans mouvements actifs, pour la première fois depuis le 19 décembre, et grâce sans doute à cette persévérance dans le repos bien difficilement consentie, ayant obtenu sa guérison, grâce aussi surtout aux qualités et à la plasticité de son sang et à l'extrême fragmentation des caillots, et peut-être à la finesse des phlébotomies qui les accompagnait.

Le 22, je revis la malade une dernière fois, ne conservant plus d'étourdissement cérébral, n'éprouvant aucune oppression, mais néanmoins offrant encore avec un peu de submatité, un peu de faiblesse et d'éloignement du bruit respiratoire dans toute la partie postérieure droite de la poitrine. Agacée rien d'appréciable; mais j'appris que jusqu'au 20 chaque matin un crachat de plus en plus petit a continué à être expectoré, crachat toujours composé d'un petit caillot noirâtre. Dans les membres, aucune sensation d'engourdissement, aucune faiblesse relative; la malade fait quelques pas dans sa chambre, mange et dort bien; ses varices ne gonflent plus dans les points indiqués. Je la quitte en recommandant la plus grande attention aux récurrences de ces divers accidents. Depuis trois semaines tout s'est maintenu dans l'ordre, et je crois que la guérison est confirmée.

Avant de me livrer à l'examen de ces symptômes secondaires, je dois signaler encore et même à l'appui de mon raisonnement, que pendant la durée de cette maladie le membre inférieur gauche affecté aussi de varices, présentait un phénomène semblable à celui constaté à droite, au début, comme cause de tous ces accidents : la saignée interne flexueuse, offrait aussi des tumeurs variqueuses, moins nombreuses, beaucoup plus petites que sur l'autre membre, devint légèrement douloureuse et la malade fut préoccupée de la possibilité du retour de tous les inconvénients que la même veine à droite lui avait occasionnés; mais je pus la rassurer complètement : il s'agissait du travail naturel de dessèchement et d'occlusion des varices; la colonne sanguine, arrêtée vers le milieu de la cuisse par une véritable petite phlébite adhésive, offrait un caillot sec adhérent et le vaisseau était transformé en cordon; les petites tumeurs, au nombre de trois, avaient à peine le volume d'une demi-noisette et offraient au doigt la sensation de menus graviers très-durs dans leurs caillots. Ainsi ce travail, le même que pour le côté opposé et commencé probablement en même temps mais continué dans le repos absolu qu'elle gardait depuis plusieurs semaines, avait pu se faire sans le moindre accident; la saignée externe envoyait du point où elle se termine dans la poplitee une branche qui, après avoir formé avec quelques rameaux de l'interne un beau lacis à la partie postérieure de la cuisse, se rendait dans l'interne à sa partie supérieure et antérieure, un peu avant son embouchure restée libre dans la crurale. Cette occlusion des varices est d'ailleurs un fait assez ordinaire aux vieillards, bien souvent accompagné d'accidents inflammatoires même graves, et jusqu'à l'abcès extérieur à la veine, ou même y pénétrant, mais borné à ces effets locaux, et bien rarement se compliquant des symptômes dont nous nous occupons, et surtout avec le développement qu'ils ont pris chez cette malade. Combien cependant de phénomènes de ce genre doivent échapper, par leur simplicité même ou leurs effets passagers, surtout chez nos robustes et durs campagnards, qui, d'un autre côté, meurent aussi quelquefois sous le faix ou à l'œuvre, de coups apoplectiques peut-être par semblables causes!

En discutant les diverses formes des embolies guéries, j'ai fait ressortir ce que les premiers accidents éprouvés par cette malade avaient de commun avec le plus grand nombre des faits cités, et je n'y reviendrai pas; mais à propos des sym-

ptômes secondaires qu'elle nous a montrés, je dois faire remarquer que chez elle l'extrême sécheresse du sang dans les varices et probablement par cette raison même, le faible volume du caillot prolongé dans la veine crurale, auxquels on doit certainement de n'avoir pas amené la coagulation générale de ce vaisseau, l'inoexie, n'existant ici que localement dans les varices, ainsi qu'elle s'est révélée aussi dans la saignée interne gauche; que ces conditions, dis-je, de la racine du caillot prolongé ont été au contraire les causes de sa rupture, de là tous les accidents: les fragments portés successivement dans les poumons ont-ils encore éprouvé dans les vaisseaux qu'ils bloquaient une subdivision de leur partie dure, se sont-ils réduits comme en poussière pour être repris dans les infarctus où ils tombaient ou dans les petites divisions où ils étaient entraînés et charriés à travers les capillaires du poumon? ou des caillots infarctueux en fragments moins moléculaires ont-ils été puisés par quelques veines pulmonaires pour être renvoyés par le sang artériel jusqu'au cerveau, où ils se sont déposés à deux reprises? Ces dépôts ont-ils été faits dans la substance même et dans des territoires restreints, ou au contraire dans des artères d'un certain calibre, soit de la surface, soit même des membranes? Le sentiment persistant d'étourdissement cérébral et l'apparition de cette hémiplegie légère et éphémère conduiraient plutôt à cette dernière supposition: on sait avec quelle facilité se rétaillit la circulation dans l'encéphale et ses membranes, quand l'oblitération n'a pas lieu dans une division ultime où les communications collatérales n'existent plus d'une manière bien libre, et sans doute les choses se sont passées de cette façon; d'un autre côté, si la disparition rapide de l'hémiplegie s'explique ainsi, la continuité de l'étourdissement, puis sa cessation, ne trouveraient-elles pas leur cause dans la persistance de l'oblitération embolique, puis sa réparation par le dessèchement et l'adhésion du caillot rendant au vaisseau son calibre, mais peu à peu?

Dans la première attaque éprouvée par cette malade, il y a deux ans, j'inclinerais au contraire à penser qu'il y a eu une embolie capillaire secondaire d'embolie dans la substance nerveuse, telle que l'ont décrite Panum (*Archives*, septembre 1863, p. 296) et M. Feltz, telle que ce dernier l'a observée chez son malade atteint d'ictère grave, pour lequel des déchirures capillaires occasionnées par des cristaux d'hémoglobine, des tablettes de cholestérine et des corpuscules solubles dans l'éther expliquaient les hémorrhagies des tissus. Si les excellentes qualités du sang du sujet et sa parfaite santé, au moment de la brusque et si singulière atteinte qu'elle a reçue il y a deux ans ont permis, comme dans les secondes, une réparation complète des lésions de tissu ou vasculaires, et la guérison sans suites.

Si l'on objectait que chez elle l'affection douloureuse attribuée à l'origine du pneumogastrique a borné ses effets aux filets se distribuant à l'estomac sans troubler d'une manière notable les fonctions cardiaques et pulmonaires? Je répondrais que la fièvre, et une fièvre vive qui s'est montrée, a bien pu trouver dans cette lésion sa raison physiologique, l'action régulatrice, modératrice du nerf sur le cœur, étant singulièrement diminuée, et que d'ailleurs c'est ce que nous observons journellement dans les paralysies simples des membres, tenant aux congestions, aux hémorrhagies, aux ramollissements, la suspension de l'influx nerveux bornée à certaines parties, à un ou quelques doigts, à tels ou tels muscles, pourquoi n'en aurait-il pas été ainsi pour ce nerf?

Mais, en vérité, à l'égard de ces lésions secondaires de l'embolie, ne faudrait-il pas s'étonner plutôt de leur absence que de leur apparition, alors que les causes qui peuvent les engendrer sont présentes et dans les désordres emboliques et dans le travail réparateur qui les entoure?

Je ne quitterai pas ce sujet sans dire un mot des coagulations lentes chez les gouteux, les diabétiques, chez ceux dans

lesquels la production de l'acide carbonique dans le tube digestif est en excès et peut par conséquent, par sa présence au sein des vaisseaux, après les résorptions quelquefois subites qu'il éprouve, agir sur le ralentissement de la circulation et favoriser ainsi les arrêts et la coagulation du sang veineux. Ne trouverait-on pas là l'explication de ces thromboses ou de ces embolies produites dans le système veineux *porte* qui en reçoit les premières atteintes avec leurs effets si variés (Leyden et Koenigsberg, *Thrombose de la veine porte*, *Archives*, juillet 1867, p. 100. — Molière, *Embolie des artères mésentériques*, *Gaz. hebdom.*, 1872, p. 270), puis dans le système veineux général lorsque l'exhalation du gaz à la surface pulmonaire a été insuffisante, celle-ci restant normale dans un temps donné, c'est-à-dire à chaque expiration, alors que l'acquisition du produit par le sang est anormale et exagérée ? Cette considération, je l'avoue, purement théorique mais fondée sur les expériences physiologiques de Panum (*Archives*, septembre 1863, p. 288) et de E. Cyon (*Archives*, juillet 1867, p. 114), aurait sa conséquence pratique, en nous conduisant à insister pour détruire par le régime, les absorbants, les toniques, le café surtout, la source de ce gaz qui va porter son action délétère sur toute l'économie, et particulièrement sur le système nerveux du cœur. Mais je m'arrête et j'ai hâte de conclure, après cette dissertation trop longue peut-être, pour le but tout pratique que je poursuis.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 24 AVRIL 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. PELIGOT.

NOTE RELATIVE A UN FAIT DE GASTROTOMIE PRATIQUÉE POUR EXTRAIRE UN CORPS ÉTRANGER (FOURCHETTE) DE L'ESTOMAC, par M. L. Labbé. — « Les cas de corps étrangers pénétrant dans l'estomac sont nombreux et ont donné lieu à diverses tentatives chirurgicales, dont les résultats, quoique publiés avec des renseignements peu circonstanciés, paraissent avoir été plusieurs fois heureux. J'ai l'honneur de communiquer à l'Académie un fait de ce genre pouvant présenter un certain intérêt au point de vue de la médecine opératoire.

Le 30 avril 1874, le nommé Lauseur, âgé de dix-huit ans, ingurgita une fourchette en ruolz dont il maintenait les pointes avec les dents. A plusieurs reprises, il avait pu le faire impunément; mais, dans un mouvement provoqué par une plaisanterie d'un de ses camarades, il laissa échapper la partie qu'il retenait, et le corps étranger s'enfonça profondément dans le pharynx. Ses amis effrayés essayèrent de saisir la fourchette avec leurs doigts, mais en vain. Non ains, le docteur Lepère, qui n'a cessé de donner, avec moi, ses soins au malade, fut appelé, et, à l'aide d'une longue pince à polype, saisit les dents de la fourchette; mais, dans un moment de très-vive douleur, Lauseur le repoussa brusquement, et le corps étranger s'enfonça plus profondément dans l'œsophage. Immédiatement apparurent les symptômes d'asphyxie les plus alarmants, qui cessèrent aussitôt que la fourchette eut dépassé le niveau du larynx et de la trachée. Un bien-être succéda à l'angoisse et permit de penser que le corps étranger était arrivé dans l'estomac.

Je vis Lauseur quelques instants après; il ne souffrait plus et acceptait fort galement sa nouvelle situation. Cherchant à m'assurer de la présence de la fourchette dans l'estomac à l'aide d'un instrument explorateur à renforcement du son, imaginé par M. Collin, fabricant d'instruments de chirurgie, j'obtins un résultat positif.

Au bout de quinze jours, Lauseur fut pris brusquement d'accidents gastriques, s'accusant sous la forme de douleurs des plus intenses et s'accompagnant de syncopes répétées. Au bout de vingt-quatre heures, lorsque cette crise fut calmée, apparut une tuméfaction assez considérable, correspondant au point occupé par la grosse tubérosité de l'estomac; puis la fin de chaque repas fut signalée par des douleurs assez vives.

A partir de ce moment, le malade présenta des alternatives

de bien-être complet et de souffrances modérées, et, dans le courant du mois de juin, il se décida à rentrer en Bourgogne. Pendant son séjour dans sa famille, il éprouva des alternatives de douleurs qui duraient quinze jours environ et l'obligeaient à se tenir presque courbé en deux et à se coucher sur le côté gauche. L'intervalle de bien-être n'était que de huit jours.

En juin 1875, il alla à Lyon demander quelques conseils et y séjourna pendant un mois. Revenu en Bourgogne, ses souffrances ayant presque complètement disparu, il rentra à Paris au mois d'octobre, reprit ses occupations pendant six semaines; mais les accidents se renouvelèrent et prirent une intensité plus grande. La santé générale de Lauseur fut assez profondément atteinte, et son moral s'affaiblit profondément. Il vint me demander si je croyais pouvoir intervenir chirurgicalement sans lui faire courir de dangers pour sa vie. A l'aide de certaines manœuvres très-précises, Lauseur faisait saillir les dents de la fourchette à la limite de l'hypochondre et de l'épigastre, de telle façon qu'on pouvait les sentir très-nettement à travers les parois de l'abdomen, lorsque l'estomac était distendu par les aliments. Ce phénomène ne me laissait aucun doute sur la présence du corps étranger dans l'estomac et sur la constance de la position qu'il avait occupée depuis le début des accidents. Une intervention chirurgicale avait des chances nombreuses de succès. Je ne voulais cependant rien tenter sans avoir pris l'avis de mes savants et vénéralés maîtres, M. le professeur Gosselin et M. le baron Larrey, qui voulaient bien s'associer aux soins que je devais donner à Lauseur. Après un examen minutieux, il fut arrêté que nous procéderions à l'extraction du corps étranger.

J'avais le choix entre deux méthodes: 1° l'emploi des caustiques dans le but de déterminer des adhérences entre la paroi profonde de l'abdomen et l'estomac; 2° la gastrotomie avec le bistouri.

D'un commun accord, nous nous arrêtâmes à l'idée de faire usage des caustiques, espérant amener des adhérences de dehors en dedans, analogues à celles qui se sont produites plusieurs fois de dedans en dehors dans des cas de corps étrangers de l'estomac. Malgré de nombreuses applications de caustique de Vienne et de pâte de Canquoin, il ne se produisit aucune adhérence. Les applications de caustiques ont été faites en deux endroits différents; une première fois j'avisai pour guide le point au niveau duquel on sentait les parties saillantes de la fourchette, mais des recherches cadavériques nombreuses me prouvèrent que ce point de repère était trop mobile et trop inconstant.

Je me décidai à laisser cicatrifier la plaie résultant des premières caustisations, et je résolus dès lors d'appliquer le caustique en un lieu d'élection offrant les conditions les plus favorables pour substituer, en cas de non-adhérence, l'action du bistouri à celle des caustiques.

L'estomac n'est accessible à l'action chirurgicale que par une partie de sa face antérieure, dans un espace triangulaire à base inférieure, dont les côtés sont formés d'une part par le lobe gauche du foie, et d'autre part par le rebord des fausses côtes gauches, et dont la base correspond à la grande courbure de l'estomac. Ce fait posé, ce qu'il importe de déterminer rigoureusement ce n'est pas jusqu'où peut descendre la grande courbure de l'estomac qui forme la base du triangle, mais bien jusqu'où elle peut remonter, car si l'on fait son incision trop bas, ce n'est pas sur l'estomac mais bien sur le côlon transverse que l'on s'expose à tomber. Jamais la grande courbure de l'estomac ne remonte sur le cadavre au delà d'une ligne transversale passant par la base des cartilages de la neuvième côte de chaque côté; à plus forte raison en est-il de même sur le vivant, la plus grande expiration ne correspondant jamais à l'expiration cadavérique.

Pour reconnaître facilement sur le vivant ce point de repère important, ces mêmes recherches nous ont démontré que le cartilage de la neuvième côte est situé immédiatement au-dessus de la première dépression que l'on rencontre en suivant de bas en haut avec le doigt le rebord des fausses côtes. Nouveau point de repère, cette dépression est limitée inférieurement par le cartilage très-mobile de la dixième côte; celui-ci, réuni au précédent par un ligament de 6 à 7 millimètres de hauteur, joue à frottement, et l'on peut assez facilement déterminer sous le doigt la production d'un bruit tout spécial.

On peut, d'après ces recherches, résumer de la façon suivante les règles à suivre pour pratiquer la *gastrotomie* d'une manière en quelque sorte mathématique.

Faire, à 1 centimètre en dedans des fausses côtes gauches et parallèlement à ces dernières, une incision de 4 centimètres, dont l'extrémité inférieure doit tomber sur une ligne transversale passant par les cartilages des deux neuvièmes côtes.

» Si l'incision ne dépasse pas 4 centimètres, ou n'intéresse pas les fibres du grand droit de l'abdomen. En opérant de cette façon, on arrive sur la face antérieure de l'estomac à l'union de ses portions cardiaque et pylorique. Rassuré par la connaissance de ces faits, nous avons procédé à l'opération le dimanche 9 avril, en présence et avec l'assistance de MM. Gosselin, Larrey, Lepère, Coyne et Méne-Maurice, médecin de la maison de santé des frères Saint-Jean-de-Dieu.

» Le malade étant endormi par le chloroforme, j'incisai, couché par couche, dans la région fixée et suivant la direction indiquée, où j'avais fait préalablement six applications successives de caustique. La plaie fut toujours maintenue écartée à l'aide de pinces à force-pressure. J'arrivai ainsi sur le péritoine pariétal, qui n'était pas adhérent au péritoine viscéral, quoique certains phénomènes nous eussent portés à supposer le contraire.

» A l'aide d'une petite pince à griffes introduite par l'incision, je saisis la paroi antérieure de l'estomac et en attirai une partie au dehors. Le pli ainsi formé fut traversé par une auge de fil et maintenu fortement au dehors, de façon que les parois stomacales fussent appliquées exactement sur les lèvres de la plaie abdominale. A ce moment et avant toute ouverture, à l'aide d'aiguilles fortement recourbées, je pénétrai dans l'estomac de dedans en dehors à travers la paroi abdominale, à 1 centimètre environ des bords de l'incision. J'adossai ainsi la séreuse viscérale à la séreuse pariétale dans l'étendue de 1 centimètre, sur tout le pourtour de la plaie. J'arrivai à ce résultat à l'aide de huit points de suture. Après avoir pris ces précautions, j'incisai les parois de l'estomac et je pénétrai dans la cavité de cet organe. Avec l'indicateur gauche, je pus sentir le corps étranger et m'assurer de sa position.

» Je constatai ainsi que les dents étaient situées à gauche, au niveau de la grosse tubérosité, et dépassaient de plusieurs centimètres l'extrémité gauche de mon incision; mais je fus immédiatement convaincu que l'extraction ne pourrait être faite facilement, car mon doigt était serré dans la boutonnière stomacale comme dans un étui. C'est alors que je me décidai à fixer la muqueuse au dehors en la renversant dans tout le pourtour de la plaie stomacale.

» A partir de ce moment la manœuvre devint facile. Mon doigt, introduit dans l'estomac, me servit de guide pour aller saisir la fourchette avec une longue pince à polype à extrémité recourbée. Je saisis le corps étranger, suivant l'un de ses bords, à l'union du manche avec le talon; je pus alors, dégager les dents d'une masse de tissu fongueux qui les englobait, le faire glisser de gauche à droite pour ramener les extrémités pointues au niveau de la plaie stomacale. A ce moment j'imprimai à la fourchette un mouvement de bascule et ses dents purent être aperçues à l'orifice abdominal; une seconde pince les saisissant, le corps étranger fut facilement et rapidement amené au dehors.

» Les suites de l'opération ont été fort simples, et, après quelques menaces d'accidents péritonéaux rapidement conjurés dans les dix-huit premières heures par l'emploi d'une véritable enroussade collodionnée sur l'abdomen et par l'usage du vin de Champagne glacé, le malade s'est rapidement rétabli. Dès le cinquième jour il a pu supporter des aliments solides; depuis lors il est revenu à son alimentation normale et se trouve dans d'excellentes conditions de santé. Les fils sont tombés sans douleur; la plaie est aujourd'hui singulièrement rétrécie, et la fistule gastrique fort étroite qui persiste encore aujourd'hui permettrait avec peine l'introduction du petit doigt. Les notions de physiologie pathologique que nous possédons sur ce point nous permettent d'espérer la disparition rapide de cette fistule.

» La terminaison heureuse de cette opération me paraît due à la réunion de plusieurs conditions: 1° au procédé opératoire fondé sur la connaissance de points de repère très-exacts; 2° à la précaution que j'ai eue de fixer l'estomac aux parois abdominales avant de l'ouvrir; 3° aux soins consécutifs et surtout à l'emploi d'une couche extrêmement épaisse de collodion qui a immobilisé les parois abdominales et le tube digestif lui-même en lui faisant subir en même temps une très-forte compression. Par suite de cette compression, le type de la respiration a été modifié d'une façon très-nette: de *diaphragmatique* la respiration a pris le type *costal supérieur*.

» Les applications de cette opération seraient très-restrictes si on les réservait pour les cas de corps étrangers de l'estomac; mais on peut en tirer un parti utile en reprenant une idée mise en avant et défendue par M. le professeur Sédillot, qui avait proposé d'appliquer la gastrotomie aux cas de rétrécissements infranchissables de l'œsophage et du cardia, et de pratiquer chez ces malades ce qu'il appelait *une bouche stomacale*, permettant de pro-

longer la vie en introduisant les aliments directement dans l'estomac.

» Le procédé opératoire que je propose paraissant présenter une grande sécurité pour l'établissement de la fistule gastrique, il resterait à s'opposer à l'oblitération de cette dernière.

(Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

DES VARIATIONS ÉLECTRIQUES DES MUSCLES, ET DU CŒUR EN PARTICULIER, ÉTUDIÉES AU MOYEN DE L'ÉLECTROMÈTRE DE M. LIPPMANN. Note de M. Marey. — « Dans une série de notes présentées à l'Académie, j'ai montré que le cœur d'un animal vivant (grenouille ou tortue) présente, aux différents instants de sa révolution, des variations singulières dans son excitabilité et dans sa température; que, pendant sa phase de systole, le cœur réagit moins aux excitations que pendant sa diastole; que, dans la première de ces phases, la température du cœur s'élève, tandis qu'elle s'abaisse dans la seconde. Il m'a paru intéressant de rapprocher des variations ci-dessus indiquées celles qui se produisent dans l'état électrique du cœur.

» Le galvanomètre indique exactement l'état électrique d'un muscle au repos; en revanche, il se prête mal à l'étude des changements qui se produisent dans cet état électrique aussitôt que le muscle entre en action. Il est vrai que, dans le *tétanos*, on constate que le courant musculaire subit une diminution connue sous le nom de *variation négative*; mais la théorie tend à prouver que l'aiguille du galvanomètre, immobile pendant la tétanisation du muscle, n'exprime pas ce qui se passe dans l'état électrique de cet organe. Cette théorie admet que l'électricité musculaire éprouve une série de variations alternatives auxquelles l'aiguille du galvanomètre ne saurait obéir, à cause de son inertie qui la fixe en un point intermédiaire aux maxima et aux minima des déviations qu'elle devrait éprouver. D'autre part, si, dans le muscle dont on explore l'état électrique au moyen du galvanomètre, on provoque, non plus un *tétanos*, mais une simple *secousse*, l'aiguille de l'instrument reste immobile, de sorte qu'on pourrait croire que l'état électrique du muscle n'a pas varié, si l'on n'avait pas dans la réaction d'une palette galvanoscopique de grenouille la preuve de cette variation. C'est donc à l'inertie de l'aiguille du galvanomètre que tient l'insuffisance de cet instrument pour signaler les variations brusques des courants. Un artifice m'a réussi pour rendre sensible la variation négative qui accompagne une secousse isolée; il consiste à prolonger la durée de ce mouvement, soit en refroidissant le muscle, soit en empoisonnant avec certaines substances. Dans ces conditions, la secousse produit une rétrogradation de l'aiguille du côté de zéro.

» L'électromètre de Lippmann (voy. pour la description de l'instrument, *Journal de physique théorique et appliquée*, t. III, p. 41), doué d'une mobilité remarquable, montre que la variation électrique des muscles a des phases fort inégales, sensiblement pareilles à celles du travail mécanique développé par ces muscles. On en pourra juger par les expériences suivantes :

» Après avoir détaché le cœur d'une grenouille, on place cet organe sur deux électrodes impolarisables, de façon que la pointe du ventricule repose sur une électrode, pendant que l'oreillette s'appuie sur l'autre. Pendant les premiers instants qui suivent cette mutilation, le cœur est immobile, et la colonne de l'électromètre se fixe en un point qui exprime la différence constante des tensions électriques des deux points explorés, tensions qui, dans un circuit métallique, donneraient naissance à un courant allant de la base à la pointe du cœur. Mais bientôt le cœur reprend ses mouvements; on voit alors, à chacun d'eux, se déplacer la colonne de mercure dans le sens qui indique une diminution de la différence des tensions. Or ce déplacement du mercure se fait en deux temps, comme s'il exprimait les influences successives de l'oreillette et du ventricule.

» Pour vérifier cette supposition, on meurtrit le ventricule entre les mors d'une pince; cet organe s'arrête temporairement et, l'oreillette agissant seule, on ne constate plus qu'un mouvement

simple dans la colonne de mercure ; quand les battements du ventricule repaissent, la colonne de l'électromètre reprend son mouvement saccadé.

» Les deux saccades produites par la variation négative du cœur présentent des caractères différents : l'une est brusque et correspond, par sa brusquerie même, à la systole si brève de l'oreillette ; l'autre, au contraire, plus lente, se rapproche de cela du mouvement ventriculaire.

» Ainsi les phases de la variation électrique d'un muscle seraient semblables à celles du travail qu'il fournit. J'ai cherché à vérifier ce fait sur des muscles empoisonnés par la véraline ; il m'a semblé alors, dans les mouvements de l'électromètre, reconnaître les phases singulières que ce poison imprime à la secousse des muscles ; mais l'œil se prête mal à la comparaison de mouvements si rapides. Aussi, M. Lipmann et moi, cherchons-nous à obtenir par la photographie l'image des mouvements de la colonne de mercure, afin de les comparer, dans des conditions plus précises, aux tracés par lesquels le myographe exprime les phases du mouvement des différents muscles. »

RECHERCHE CHIMICO-LÉGALE DE L'ARSENIC, par M. Brame. — Voici les conclusions de ce travail : « 1° L'expert chimiste devrait employer, dans la recherche chimico-légale de l'arsenic et de l'antimoine, un flacon de grande capacité, rempli au quart ou au tiers, et introduire alternativement l'eau acidulée et la liqueur suspecte par petites quantités ; de cette manière on recueillera toujours dans le tube condensateur, en totalité ou en majeure partie, l'arsenic ou l'antimoine, si minime qu'en soit la quantité dans la liqueur d'essai.

2° La méthode des réactifs par la voie aérienne est très-supérieure à toute autre méthode dans la recherche de l'arsenic et de l'antimoine. On peut aussi produire à volonté cinq ou six réactions, et même davantage, sur une très-petite quantité de substances sans la déplacer. On peut également volatiliser la substance, l'oxyder et la faire cristalliser, en tout ou en partie, dans le tube condensateur fermé aux deux extrémités, et le rouvrir ensuite pour le soumettre, comme l'arsenic et l'antimoine, en états liquides eux-mêmes, à l'action des réactifs appropriés de la voie aérienne.

3° Cette méthode pourra être employée avec autant d'avantages pour caractériser l'arsenic et l'antimoine qui se trouveraient mélangés, après les avoir séparés par une chaleur convenable, soit à l'état métallique, soit après une oxydation préalable.

4° L'arsenic entraînant fréquemment, dans le tube condensateur de l'appareil de Marsh, des corps à l'état ultracoleur et l'acide arsénieux pouvant y présenter le dimorphisme ou d'autres anomalies de cristallisation, les experts devront tenir compte de ces particularités. » (Commissaires : MM. Fremy, Wurtz, Berthelot.)

CANDIDATURES. — MM. Barth, Davaine et Marey prient l'Académie de les comprendre parmi les candidats à la place laissée vacante, dans la section de médecine et de chirurgie, par le décès de M. Andral. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

SUR LA RESPIRATION PULMONAIRE CHEZ LES GRANDS MAMMIFÈRES DOMESTIQUES. Note de M. A. Sanson. — Les propositions suivantes résument les faits qui ressortent des expériences de l'auteur :

a. Le genre des animaux influe sur l'intensité de leur fonction respiratoire. A poids égal, les Equidés éliminent plus d'acide carbonique que les Bovidés, dans l'unité de temps.

b. La race ou l'espèce influe également sur cette intensité, et, dans une seule et même race, il en est encore ainsi pour les variétés. Dans chaque genre les races, et dans chaque race les variétés, de moindre poids ont la respiration la plus active. Ces races et ces variétés sont celles qui ont relativement la plus grande surface pulmonaire. Chez les Equidés, les chevaux de la variété anglaise du type asiatique et leurs dérivés sont connus comme ayant la cavité thoracique plus spacieuse, et par conséquent les poumons

plus volumineux, à poids égal du corps, que ceux des chevaux des autres races de l'Europe occidentale. Leur poumon contient aussi plus d'alvéoles par unité de volume. Chez les Bovidés, les recherches de Beaudement, confirmées par tous les observateurs qui se sont occupés de la question, ont établi que le poids des poumons diminue relativement au poids du corps, et que la capacité de la cavité thoracique diminue à mesure que les races où les variétés deviennent plus précoces ou que l'achèvement de leur squelette est moins tardif. Les sujets de ces races et de ces variétés, dont les poumons ont moins de surface déployée, éliminent dans l'unité de temps une moindre quantité d'acide carbonique relativement au poids de leur corps.

c. Le sexe influe sur la respiration. Le mâle l'a plus active que la femelle. Il est connu aussi qu'il a, relativement au poids du corps, une capacité pulmonaire plus grande.

d. L'âge a également une influence marquée sur l'élimination de l'acide carbonique par les poumons. Les jeunes en éliminent proportionnellement plus que les vieux. A cet égard il est connu, de même que l'âge influe sur le rythme respiratoire et que le nombre des mouvements du thorax, dans l'unité de temps, diminue à mesure que l'âge avance. Conséquemment, le mélange gazeux contenu dans les poumons se renouvelle plus fréquemment chez les sujets jeunes que chez les vieux.

e. L'alimentation, soit par sa quantité, soit par sa qualité, du moment qu'elle est suffisante pour entretenir l'état de santé ou l'état individuel normal, n'a aucune influence sur la fonction respiratoire, contrairement à ce qui a été avancé d'après des résultats d'expériences mal interprétés.

f. Le travail musculaire, qui augmente la production de l'acide carbonique et sa quantité proportionnelle dans le sang, n'influe en rien non plus sur la respiration après qu'il s'est accompli. Les animaux travailleurs ou utilisés comme moteurs animés, n'éliminent au repos pas plus d'acide carbonique dans l'unité de temps que ceux du même genre qui n'ont produit aucun travail extérieur.

g. La température atmosphérique a une influence très-nette sur l'élimination de l'acide carbonique. La quantité éliminée est directement proportionnelle à son élévation. Contrairement à ce qui a été avancé, la respiration élimine d'autant moins d'acide carbonique que la température est plus basse.

h. La pression barométrique agit en sens inverse de la température. L'élimination diminue à mesure que la pression s'élève ; elle augmente, au contraire, à mesure que celle-ci s'abaisse.

i. L'influence de la température et celle de la pression agissant en sens inverse se compensent. Une température élevée et une basse pression équivalent à une température basse et une pression élevée, pourvu que les facteurs varient dans les mêmes limites. L'élévation de la température et l'abaissement de la pression additionnent leurs effets et portent l'élimination de l'acide carbonique par les poumons à son maximum d'intensité.

De ces propositions il résulte que, selon les lois physiques connues, la diffusion, dans le milieu atmosphérique, de l'acide carbonique produit par l'économie animale, s'opère en fonctions des surfaces pulmonaires, de la composition et de la tension du mélange gazeux extérieur. Aucune autre circonstance ou condition déterminante n'intervient dans le phénomène, qui est ainsi purement et simplement physique et mécanique, et peut être par conséquent reproduit ou imité avec un dispositif composé de matériaux inertes, c'est-à-dire avec un appareil ou un schéma de laboratoire.

Les variations de ces fonctions, telles qu'elles se produisent dans les conditions naturelles, suffisent pour mettre le fait en évidence. Il suffit, en effet, notamment de quelques millièmes de pression barométrique en moins et de quelques degrés thermométriques en plus pour élever presque au double l'élimination de l'acide carbonique dans l'unité de temps. »

Académie de médecine.

SEANCE DU 2 MAI 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : a. Les pièces relatives à une demande faite par M. le docteur Tournaud, pour obtenir l'autorisation d'exploiter pour le service médical les eaux de deux sources minérales, dites Saint-Mar et Saint-Victor, qu'il possède dans la commune de Chamalières (Puy-de-Dôme). (Commission des eaux minérales.) — b. Un rapport général sur les eaux de Charente pendant la saison de 1874. (Même commission.) — c. Les tableaux des vaccinations pratiquées pendant l'année 1875 dans les départements du Jura, des Ardennes, de la Charente-Inférieure et des Côtes-du-Nord. (Commission de vaccine.)

L'Académie reçoit : a. Un pli cacheté de M. le docteur Ilco. (Accepté.) — b. Une brochure de M. le docteur Bonlommé, intitulée : CONSULATIONS GÉNÉRALES SUR LA

DIAPHRAGME, LA GRAVELLE ET LA GOUTTE. — c. Une note de M. le docteur Seguin sur le traitement de la varicelle hémorragique.

M. H. Hojer fait hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur Lugs, d'un ouvrage sur le cerveau et ses fonctions.

M. Laboulière dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Fischbrand, une thèse intitulée : DES VIBRATIONS THORACIQUES DANS LES ÉPANGIEMENTS PLEURÉTIQUES.

ÉTIOLOGIE DE LA PIERRE. — M. le docteur *Debout d'Estrées* donne lecture d'un mémoire sur les causes de la pierre étudiées à Contrexéville. L'étude de ces causes étant intimement liée à l'histoire de la gravelle rénale, il examine spécialement dans ce mémoire ce que deviennent les graviers formés dans le rein. Ces calculs peuvent subir les évolutions suivantes :

1° Ils passent du rein dans la vessie en déterminant des douleurs plus ou moins vives et le plus souvent une colique néphrétique.

2° Ils se développent dans le rein et y acquièrent un volume plus ou moins considérable.

3° Ils peuvent, après s'être engagés dans l'urètre, y séjourner et déterminer des accidents graves.

4° Enfin, arrivés dans la vessie, s'ils ne sont pas expulsés, ils deviennent le noyau de calculs plus ou moins volumineux.

5° Exceptionnellement on les voit se briser spontanément dans la vessie et sortir par les voies naturelles.

COLIQUES DES PAYS CHAUDS. — M. Le Roy de Méricourt prend la parole à l'occasion de la communication de M. Béranger-Féraud. Il se propose de présenter quelques observations sur l'étiologie de la colique sèche aux colonies, de répondre à M. Hardy, qui l'avait directement interpellé, et de réfuter l'opinion de M. Gubler, qui admet encore la réalité des coliques des pays chauds d'origine tellurique ou miasmatique.

Après avoir retracé le tableau des phénomènes morbides désignés sous le nom de coliques sèches, M. Le Roy de Méricourt montre que cet ensemble symptomatique : constipation, coliques, vomissements, s'applique aussi bien à l'intoxication saturnine qu'à la colique des pays chauds. Quant à l'étiologie de ces accidents, ils seraient dus, suivant les uns, à l'absorption de préparations de plomb, favorisée par des circonstances générales ou individuelles; pour les autres, ce serait une névrose déterminée par une influence tellurique ou miasmatique. Un fait incontestable, c'est que depuis que s'est généralisé l'usage des machines à vapeur des quantités considérables de composés plombiques, entrant dans leur construction ou servant à leur entretien, ont été introduits à bord des navires, et que le nombre des coliques sèches s'est accru dans de notables proportions. On n'a pas assez tenu compte de ces éléments d'insalubrité; sous l'influence des anciennes traditions, on a attribué la maladie qui frappait spécialement les chauffeurs et les mécaniciens à l'action du climat, et surtout aux brusques variations de température auxquelles ils étaient exposés.

Segond contribua à répandre cette idée, que partagea d'abord Raoul; mais plus tard ce dernier soutint l'origine saturnine de ces coliques sèches; malheureusement il mourut trop tôt. Foussagrives accepta l'opinion généralement admise et fit de ces coliques des pays chauds une névrose spéciale, une entité morbide à part. Telle était la doctrine régnante quand, en 1854, M. Amédée Lefèvre, frappé des traits de ressemblance qui existaient entre cette colique et l'intoxication saturnine, fit faire des recherches à bord des navires sur les causes susceptibles de donner lieu à cette intoxication, et eut bientôt en main assez de documents pour affirmer que ces coliques dites des pays chauds étaient tout simplement des accidents saturnins. Des mesures furent prises en conséquence et l'on constata presque immédiatement une diminution notable dans le nombre des coliques sèches. Dutrouleau, en 1861, acceptant en partie les idées de Lefèvre, reconnaissant que le plomb avait sans doute une part considérable dans l'étiologie de la colique des régions tropicales, mais il admet-

tait encore une colique spéciale, une névrose tellurique particulière en raison de l'immunité dont paraissait jouir les créoles et les gens de couleur. Cette immunité, plus apparente que réelle, s'explique par ce fait qu'on employait peu de nègres ou de créoles à bord des navires, que ces hommes ne recevaient ni ration de vin, ni alcool et ne prenaient aucune part aux travaux de réparation et d'entretien des machines, qui exigent le manœuvre d'une grande quantité de préparations plombiques. L'observation a démontré que cette immunité n'existe pas et que les créoles et les nègres sont, aussi bien que les blancs, sujets à l'intoxication saturnine.

C'est l'opinion généralement admise aujourd'hui, et Dutrouleau lui-même, en 1868, dans la seconde édition de son ouvrage, abandonna l'idée d'une névrose spéciale pour se ranger à la théorie de M. Lefèvre; aussi M. Le Roy de Méricourt s'étonne-t-il de voir M. Béranger-Féraud affirmer que les médecins de la marine acceptent encore l'idée de l'innocuité des races de couleur vis-à-vis de l'intoxication saturnine. Les observations qu'il rapporte à l'appui de son opinion, qui du reste n'était pas nouvelle puisqu'elle avait été soutenue avant lui par M. le docteur Bonnal (de Bordeaux), n'ont pas grande valeur, parce qu'elles ne mentionnent pas le mode d'intoxication.

Quant à la question posée par M. Hardy et à l'assertion émise par M. Gubler, M. Le Roy de Méricourt y répond en déclarant nettement qu'il n'y a pas lieu d'admettre dans le cadre nosologique, en dehors des manifestations variées et successives de l'intoxication saturnine, une maladie endémique des pays chauds douant lieu aux mêmes symptômes se succédant de la même manière, qui reconnaîtraient pour cause une intoxication miasmatique, tellurique ou autre. La colique endémique des pays chauds n'existe pas.

La statistique vient confirmer cette opinion. A Toulon, en effet, de 1871 à 1875, en quatre ans, sur 16236 convalescents présentés au conseil de santé, on n'a relevé que 48 cas de coliques sèches. A Brest, en cinq ans, sur 12177 certificats, il n'y en a eu que 28 relatifs à la même affection. A Rochefort, 3 cas seulement en cinq années. Au Gabon, qui passait autrefois pour être un foyer de coliques sèches, on n'en a observé que 1 seul cas sur 282 malades. Enfin, la statistique anglaise vient à l'appui de l'opinion de M. Lefèvre, c'est à peine si on a compté une dizaine de cas de coliques sur un effectif de 25000 hommes.

M. Le Roy de Méricourt termine sa réponse par la lecture d'un passage d'un ouvrage en cours de publication. Dans ce travail, M. Foussagrives reconnaît de bonne foi qu'il s'est trompé à une époque où le défaut de documents rendait cette erreur excusable, et se rallie complètement à la doctrine de M. Lefèvre sur l'origine saturnine des coliques dites des pays chauds.

M. Briquet pense qu'on devrait supprimer l'expression *colique de plomb* du vocabulaire médical; l'intoxication saturnine n'est pas une affection intestinale; elle atteint les muscles et non les intestins; c'est une véritable myosalgie résidant surtout dans les muscles des parois abdominales. Ces douleurs ne sont pas analogues à celles qu'éprouvent les hystériques et qui disparaissent par la faradisation. Frappé de cette ressemblance, il a eu l'idée autrefois de soumettre à des courants les muscles douloureux des saturnins; les coliques disparaissaient rapidement et les malades se rétablissaient sans autre traitement.

M. Ruffz de Lavison trouve M. Le Roy de Méricourt trop exclusif. Il n'a examiné l'étiologie de la colique sèche qu'à bord des navires, où le plomb joue certainement un rôle important, mais il n'a pas parlé de la véritable colique sèche, de la colique des pays chauds qu'on observe sur les côtes ou dans l'intérieur des terres. Les rôles sont continuellement intervertis. Autrefois on méconnaissait absolument l'intoxication saturnine; aujourd'hui la colique sèche n'existe plus, et les phénomènes observés ne sont que des accidents satur-

nus. C'est aller trop loin. Il lui paraît aussi peu rationnel de baser le diagnostic différentiel entre deux maladies uniquement sur l'étiologie. Nos prédécesseurs, qui avaient admis la colique de Boston, de Normandie, de Madrid, du Devonshire, connaissaient aussi l'intoxication saturnine et savaient les différencier l'une de l'autre.

M. Le Roy de Méricourt ne lui paraît donc pas avoir répondu à la question de M. Hardy : Quelle part revient à l'intoxication saturnine dans les coliques sèches observées aux colonies ?

En résumé, M. Ruz de Lavison admet bien, comme M. Le Roy de Méricourt, que le plomb a une influence incontestable dans la genèse des accidents de coliques observées à bord des navires, mais cela ne prouve pas que la colique sèche n'existe pas comme entité morbide et qu'on doive la supprimer du cadre nosologique.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 14 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

KYSTE HYDATIQUE DU FOIE TRAITÉ AVEC SUCCÈS PAR LA PONCTION CAPILLAIRE ; URTICAIRE CONSÉCUTIF. — HÉMIPLÉGIE, APLASIE ET HÉMI-ANESTHÉSIE À LA SUITE D'UNE FIÈVRE TYPHOÏDE.

M. Laveran communique une observation qui démontre l'innocuité et les avantages de la ponction avec le trocart capillaire, dans le traitement des kystes hydatiques, et qui offre un nouvel exemple de la production de l'urticaire à la suite de l'ouverture du kyste.

Nous ne reviendrons pas sur cette communication, sur laquelle l'estimable collaborateur de ce journal, M. L. Lereboullet a donné récemment (voy. *Gaz. hebdom.* du 21 avril, p. 241) un substantiel article où sont résumées les diverses opinions émises sur la nature et les causes possibles de l'urticaire qui survient en ces circonstances.

Nous relèverons seulement, dans la discussion qui suivit la lecture de M. Laveran, l'observation citée par M. Moutard-Martin.

M. Moutard-Martin reçut dans son service à Beaujon, envoyée par M. Libermann, une jeune femme dont le foie était très-volumineux, étendu jusque vers l'hypocondre gauche, dur, non bosselé, et particulièrement développé à la partie supérieure en arrière. L'état général était excellent et la malade avait conservé l'appétit. M. Moutard-Martin diagnostiqua un kyste hydatique situé à la partie supérieure du foie : une ponction fut faite et donna issue à trois litres de liquide hydatique, sans traces d'échinocoques.

La même malade portait dans l'hypocondre gauche une autre tumeur, presque cylindrique, descendant presque dans la fosse iliaque. On ne sentait pas le bord tranchant de la rate. M. Moutard-Martin ponctionna cette seconde tumeur et obtint un litre et demi de liquide également limpide, transparent et sans échinocoques.

Après la ponction de la première tumeur, la malade fut prise d'un peu de fièvre et d'un léger icctère : le kyste suppura. Une seconde ponction au bout de quinze jours fournit un litre de pus, puis une troisième 200 grammes seulement. À partir de ce moment, la guérison fut complète. Le second kyste guérit à la suite de la première opération.

M. Moutard-Martin n'observa pas d'urticaire dans ce cas.

— M. Brouardel a reçu de M. Calmette, ancien interne des hôpitaux, actuellement médecin à Alger, une longue observation concernant un cas de fièvre typhoïde dont la convalescence a été compliquée par une hémiplegie droite incomplète avec aphasie, hémianesthésie partielle, surdité et anosmie à droite.

Le malade, peu avant sa fièvre typhoïde, avait eu des fièvres intermittentes avec hémorrhagies intestinales. Ce cas est donc complexe, et l'on peut se demander quelle a été la part de la fièvre typhoïde et quelle a été celle des fièvres in-

termittentes compliquées d'hémorrhagies, dans la lésion cérébrale, que M. Calmette croit être une hémorrhagie du pied de la couronne rayonnante de Reil (capsule interne).

M. Brouardel résumera l'observation pour qu'elle puisse être publiée.

Société de biologie.

SÉANCE DU SAMEDI 20 AVRIL 1876. — PRÉSIDENCE DE

M. CL. BERNARD.

DISCUSSION SUR LES VACCINATIONS ANOMALES : MM. DUMONTPALLIER, PARROT, TRASBOT, LABORDE. — PHÉNOMÈNES RÉFLEXES À PROPOS D'INJECTIONS IRRITANTES DANS LA PLEVRE : M. LÉPINE. — POULE ATANT SUBI L'ABLATION DU CERVELET : M. LABORDE. — DYSMÉ-NORRHÉE MÈMBRANUEUSE : M. DE SÉNÉTY.

MM. Dumontpallier et Parrot montrent les moules représentant les vaccinations anomales dont ils ont parlé dans la précédente séance (voir *Gaz. hebdom.* 1876, n° 17). Mais ils leur donnent une interprétation différente ; dans les deux cas il y a, autour des pustules premières plus ou moins transformées, des pustules secondaires, ombiliquées et qui ressemblent à des pustules vaccinales. M. Dumontpallier pense que le pus des pustules primitives est sorti par une éraillure et, s'étant répandu sur le derme irrité, y a trouvé des circonstances d'absorption favorables, s'y est inoculé et y a produit de nouvelles pustules vaccinales ; il y a eu là *auto-inoculation*. M. Parrot repousse l'idée d'auto-inoculation ; pour lui il y a eu dans ces cas une éruption vaccinale généralisée qui s'est développée de préférence autour des pustules, parce qu'elle a trouvé là un point irrité ; il s'est produit la même chose que ce qu'on observe dans la variole, qui chez les enfants est surtout confluent aux fesses, aux parties dénudées ou excoriées. Comme nouvelle preuve qu'il s'agissait bien d'une éruption généralisée il ajoute que chez l'enfant qui fait l'objet de sa communication il s'est développé, au niveau de l'ombilic, une plaque de pustules vaccinales, analogues aux pustules secondaires qu'on voit sur le bras et en même temps qu'elles.

M. Trasbot dit que si ces cas sont rares à la suite de la vaccination chez l'homme, il est loin d'en être de même chez le cheval où l'on voit fréquemment à la suite d'une inoculation de horse-pox et au moment de la floraison des pustules inoculées, se produire une éruption secondaire aux points où la peau est fine ; par exemple à la suite d'une inoculation au nez, on voit des pustules au niveau du pli axillaire, etc.

M. Laborde rappelle qu'il n'est pas très-rare d'observer des cas semblables à l'hôpital des enfants.

— M. Lépine expose quelques faits intéressants à propos de phénomènes nerveux réflexes partant de la plevre. Il a eu l'occasion d'observer à la suite d'injections irritantes, une élévation de température dans le membre supérieur du même côté et même un peu de parésie. Il rappelle que plusieurs auteurs ont observé des faits dans le même genre depuis un léger degré de parésie jusqu'à la paralysie très-prononcée et des convulsions épileptiformes ; lui-même a observé une paralysie avec tumeur tarisienne comme celle indiquée par M. Gubler dans la paralysie saturnine. Il a voulu voir s'il pourrait reproduire quelque chose d'analogue expérimentalement et pour cela il a injecté à un chien un liquide irritant dans la plevre. Il n'a pas constaté de paralysie ; on sait du reste que ce symptôme est difficile à produire chez le chien, mais il a eu une élévation très-manifeste de la température dans le membre antérieur du côté correspondant. Répondant à une observation de M. Laborde, qui avait rappelé que M. Moutard-Martin a dit que dans ces cas il y a probablement souvent fistule pleuro-bronchique, M. Lépine dit que dans un cas récent qu'il a pu étudier cette fistule n'existait pas, et que de plus, l'empyème ne datait pas de loin.

— *M. Laborde* montre une poule à laquelle il a déjà depuis quelque temps enlevé le cerveau, elle n'avait d'abord rien présenté, quand au moment de la sacrifier *M. Laborde* s'aperçut qu'une patte, la droite, était paralysée du mouvement et de la sensibilité. S'il y a quelque chose à l'aile cela est peu marqué.

— *M. de Sinéty* a eu à examiner douze cas de membranes rendues dans une dysménorrhée dite membraneuse, un cas ne pouvait pas être rangé dans ce groupe, dans les onze autres il a trouvé des débris non douteux de placenta. *M. Renaut* qui en a examiné six cas a également toujours trouvé des débris placentaires. *M. de Sinéty* fait cependant observer qu'il y a des cas cliniques qu'il est absolument impossible d'attribuer à un avortement, seulement ils doivent être fort rares.

H. CHOUPEL.

Société de thérapeutique

SÉANCE DU 26 AVRIL 1876. — PRÉSIDENCE DE M. OULMONT.

DISCUSSION SUR L'EMPLOI DU FER DANS LA CHLOROSE : MM. DEJARDIN-BEAUMETZ, MOUTARD-MARTIN. — EMPLOI DE L'AIR COMPRIMÉ DANS LA CHLOROSE : M. MOUTARD-MARTIN. — ÉRUPTION DUE À DES CHANGEMENTS TEINTES : MM. CRÉQUY, MAYET, DUCHENNE, C. PAUL, BEAUMETZ.

M. Beaumetz rappelle que dans une précédente discussion, à propos de la poudre de sang soluble, *M. Trasbot* et lui avaient soutenu que le fer était surfaît dans la thérapeutique de la chlorose. *M. C. Paul* soutenait, en faveur du fer, l'opinion contraire; *M. Beaumetz* vient aujourd'hui défendre son opinion.

Comme par suite de la doctrine des signatures la carotte a été le remède de l'ictère, le fer a d'abord été, dit-il, comme symbole de la force, comme préparation martiale, le remède de la faiblesse. Mais du jour où l'on a trouvé le fer dans le sang et dans les globules du sang, du jour où l'on a vu que l'anémie s'accompagnait d'une diminution des globules, la question a changé de face : il ne s'agit plus dès lors d'augmenter le fer, mais bien les globules qui, il est vrai, contiennent le fer. *Trousseau* avait déjà montré que de chercher à faire pénétrer du fer, comme fer intégré dans l'organisme, était une illusion. Aujourd'hui les médecins instruits ordonnent très-peu le fer et, contraste étrange, jamais les spécialités pharmaceutiques n'ont tant imaginé de préparations martiales. — Cela tient, dit *M. Beaumetz*, à une cause : c'est que si le médecin ne prescrit pas le fer, la famille des malades achète d'elle-même, et de sa propre compétence, la préparation martiale suivie du nom de l'inventeur, préparation dont elle voit la désignation dans les annonces.

D'après les travaux les plus récents, on peut dire qu'une jeune fille du poids de 60 kilogrammes a, dans son économie, environ 5^{gr}, 454 de fer, et cette quantité de fer n'est pas toute dans les globules, — les globules n'en renferment guère que 2 grammes et une fraction. — Sans doute, si les globules diminuent, le fer diminue; mais bien peu. Si, en présence de cette faible diminution possible, on songe que la ration d'un jour introduite dans l'économie est au moins de 10 à 20 centigrammes de fer, on se demande où est la nécessité d'introduire dans l'économie du fer à titre de préparation pharmaceutique.

M. Beaumetz ne conteste pas, du reste, l'action du fer; il conteste son action par intégration. Il lui reconnaît les qualités d'un tonique, mais d'un tonique qui a, au moins, des équivalents. L'orateur cite à ce propos l'expérience qu'il a pu acquérir en grand, à l'École normale des jeunes filles de Paris, où la chlorose est fréquente. Avant lui, on donnait le fer; lui-même l'a donné et, comme ses prédécesseurs, sans

avantage. Les résultats sont tout autres depuis qu'il a institué dans cet établissement l'hydrothérapie et la gymnastique.

Que l'on ajoute à cela les inconvénients trop réels du fer : congestion, inappétence, constipation, trois phénomènes bien communs.

M. Beaumetz croit que l'arsenic remplace avec avantage le fer; il pense qu'il stimule le tube digestif. On a dit qu'il paralysait les vaisseaux intestinaux et augmentait l'assimilation. La chose est possible. Dans tous les cas il aide à refaire des globules; tout est là : faire des globules et ne pas s'occuper du fer.

M. Moutard-Martin croit aussi, lui, que le fer n'agit pas, par intégration, à titre de fer contenu dans les aliments; il ne sait pas comment il agit, mais il est convaincu qu'il agit énergiquement dans la chlorose. Il croit qu'il agit comme l'arsenic, comme le manganèse.

Mais l'orateur désire insister sur un autre moyen, et celui-là excellent contre la chlorose : l'air comprimé. *M. Moutard-Martin* a toujours conseillé ce moyen avec le plus grand succès. Son emploi fait promptement revenir l'appétit et les couleurs; il est excellent, trop méconnu et trop peu employé.

— *M. Créquy* montre à la Société une chaussette de laine, de couleur brun violet, qui fit naître sur le pied de la personne qui la portait une éruption de nature ulcéreuse.

M. Mayet rappelle qu'il a présenté à la Société un papier de tenture qui avait occasionné une éruption des paupières, et qui contenait de l'arsenic; mais ce papier était rouge.

M. Duchenne a vu une éruption succéder, pour les mêmes causes, à des plastrons de flanelle.

M. C. Paul rappelle que des éruptions ont été vues à la suite de l'usage de bas rouges, et que d'autres ont été occasionnées par des vareuses rouges que portaient des matelots.

M. Beaumetz croit, avec raison, que toutes les couleurs dérivées de la houille contiennent de l'arsenic par suite de leur mode de fabrication.

A. B.

REVUE DES JOURNAUX

Hystérie à forme intermittente, ou fièvre intermittente à forme hystérique chez un garçon de quatorze ans, par M. le docteur MARMISSE.

Obs. — Il s'agit d'un jeune homme de quatorze ans d'une constitution robuste; à l'âge de quatre ans il avait déjà eu des accidents nerveux périodiques à l'occasion d'une attaque de fièvre intermittente. Les accidents actuels débutèrent vers la fin de la nuit. Au milieu d'un sommeil parfaitement calme, l'enfant fait entendre des cris plaintifs. Les mains sont fermées par une convulsion tonique, lesorteils sont également fléchis; en même temps les bras et tout le reste du corps exécutent de grands mouvements. L'enfant se roule sur son lit; il y a une véritable attaque hystérique, sans morsure de la langue ni écume à la bouche. Pendant toute la durée de l'accès il y a des cris plaintifs, mais comme l'enfant n'a pas complètement perdu connaissance, il les modère et alors ils sont remplacés par le rire ou des sanglots et des pleurs. Au bout de peu de temps les convulsions cessent. On observe à la fin de la crise des larmes, une miction abondante d'urine limpide et de la courbature.

Ces accès reviennent périodiquement chaque matin pendant un certain temps. L'intelligence ni la santé générale ne furent troublées à aucun moment.

Après différentes tentatives de traitement, toujours inefficaces, la maladie fut abandonnée à elle-même et disparut peu à peu.

Nous avons analysé cette observation qui nous a paru intéressante à plusieurs points de vue; mais nous ne pouvons, sans de nouveaux détails, accepter le titre que lui donne le docteur Marmisse. Nous ne contestons pas son diagnostic hys-

drie; présent sur les lieux et ayant assisté à la crise, il est plus apte que personne à le porter exact. Mais quelle part fait-il dans ces accidents à l'impaludisme? et pourquoi le nom de *fièvre intermittente hystérique*? L'élément fièvre a fait défaut; ce n'est pas là une raison, dira-t-on, pour contester l'intoxication palustre, et pour méconnaître son action; les fièvres larvées ont été de tout temps admises. Nous sommes des premiers à accorder grande valeur à cet argument, mais en l'absence de la fièvre, il y a d'autres signes par lesquels se révèle l'intoxication; quel était l'état de la rate? C'était là au moins un point important à signaler, car nous ne pouvons point admettre que la périodicité seule suffise pour que l'on déclare que l'affection est d'origine palustre, alors surtout que la quinine n'en a pas triomphé (car il est probable que parmi les traitements variés dont parle notre confrère, la quinine a tenu le premier rang). Mais, pouvait-ils répondre M. Darmisse, que faites-vous des antécédents? déjà antérieurement, et à propos d'une *fièvre intermittente* le malade avait eu des accidents nerveux dépendant nettement des accès, et l'affection n'avait pu être guérie par les anti-périodiques? Cet argument peut avoir une certaine valeur, mais il ne nous paraît pas absolument concluant. L'enfant, très-probablement hystérique de tout temps, ou tout au moins nerveux, a eu des accès à propos d'une fièvre intermittente; ceci est acquis. Mais à conclure de là que les accès d'hystérie périodiques qu'il a eu plus tard étaient dus à l'impaludisme, en l'absence de tout autre signe et alors qu'ils n'ont pas cédé à la quinine, il y a loin. Cette résistance aux agents thérapeutiques lors de la première atteinte nous semblerait même indiquer que les premiers accidents ne reconnaissent la fièvre palustre que comme cause purement occasionnelle, mais non comme élément nécessaire. (*Gaz. méd. de Bordeaux*, 1876, n° 4, p. 75.)

Observation d'accès pernicieux à forme apoplectique avec hémiplegie; guérison. Remarque sur les diverses manifestations à forme hémiplegique de l'intoxication palustre, par M. le docteur J. GRASSET.

Obs. — Le nommé T... (Joseph), âgé de cinquante-quatre ans, entre une première fois à l'hôpital pour une fièvre intermittente tierce qui cède facilement à l'emploi du sulfate de quinine, et dont la convalescence s'accompagne d'œdème passager des extrémités inférieures.

Un mois plus tard, ce malade est trouvé sans connaissance sur la voie publique. Il est dans l'état apoplectique le plus prononcé, coma, stertor, avec hémiplegie complète du côté gauche, envahissant la face. La sensibilité est bien conservée. Purgatifs et saignées aux apophyses mastoïdes. Pendant toute cette journée, la température a oscillé entre 38°,2 et 39°,2.

Le lendemain, le malade va un peu mieux, l'hémiplegie a diminué. Dans la soirée du second jour, la température s'élève de nouveau, et les phénomènes cérébraux s'aggravent.

Le troisième jour le malade va beaucoup mieux: l'intelligence est revenue, il répond aux questions qu'on lui adresse et peut enfin donner quelques renseignements.

Trois jours avant le début de l'hémiplegie, la fièvre intermittente avait reparu, elle avait revêtu le type quotidien. Dans ces conditions il s'était décidé à revenir à l'hôpital; chemin faisant, il fut pris d'un violent frisson et se sentit chanceler. Qu'advint-il ensuite? il l'ignore.

On administra alors un gramme de sulfate de quinine en injection hypodermique.

A partir de ce moment, le malade commença à s'améliorer progressivement, on put le nourrir; l'emploi du sulfate de quinine, par la voie gastrique, fut continué pendant cinq jours, et peu de temps après le malade quitta l'hôpital complètement guéri.

M. Grasset, à propos de ce cas intéressant a fait des recherches pour réunir les faits analogues. Il a trouvé plusieurs observations où la fièvre pernicieuse s'est caractérisée par des accidents apoplectiques. Dans le plus grand nombre de cas, l'apoplexie n'a pas une gravité très-grande, et sa seule

importance sous le rapport du pronostic est celle de l'intoxication paludéenne; mais dans d'autres cas l'apoplexie elle-même acquiert une grande gravité et le malade succombe non à l'affection miasmatique elle-même, mais aux altérations cérébrales que cette dernière a produites.

La conclusion clinique qui découle rationnellement du travail de M. Grasset peut se résumer ainsi:

L'intoxication palustre est susceptible de produire des manifestations hémiplegiques qui, au point de vue clinique et thérapeutique doivent être séparées en trois groupes:

1° Des manifestations hémiplegiques apparaissant et disparaissant rythmiquement avec les accès et entièrement justiciables du sulfate de quinine.

2° Des manifestations hémiplegiques, avec congestion cérébrale apoplectique, peuvent survivre aux accès et doivent être traitées à la fois par la médication quinique et la médication résolutive associées.

3° Des manifestations hémiplegiques avec lésion persistante et définitive des centres nerveux, complètement émancipées de leur cause; elles ne sont nullement influencées par le sulfate de quinine. (*Montpellier médical*, avril 1876, t. XXXVI, n° 4, p. 314.)

BIBLIOGRAPHIE

Pathologie des tumeurs. Cours professé à l'université de Berlin, par R. Virchow, traduit de l'allemand, par Paul Anoxsson. Tome IV, premier fascicule. In-8 de 190 pages, avec 13 figures intercalées dans le texte. — Paris, 1876. Germer Baillière.

Chacun se rappelle avec quel empressement furent accueillis les premiers volumes de la traduction du grand ouvrage de Virchow; en sera-t-il de même du fascicule que nous avons entre les mains? Les circonstances ne sont plus les mêmes, et bien que l'ouvrage conserve sa puissante originalité, il est moins nouveau, moins nécessaire au progrès de nos études. Quand M. Anoxsson entreprit la longue tâche qui touche presque à son terme, on put avancer, sans crainte d'être contredit, que nous n'avions dans la littérature médicale française aucun ouvrage du même genre, dans lequel l'anatomie pathologique marchât de pair avec les études d'histologie normales alors déjà florissantes chez nous. Mais depuis ce temps, des traités d'ensemble, des monographies complètes sont venues embler cette lacune, tandis que l'enseignement officiel, entrant à cette époque dans une nouvelle voie, marchait à la tête du progrès, au lieu de se borner à en enregistrer les conquêtes.

Telles sont les circonstances nouvelles qui diminuent un peu l'importance de l'apparition du quatrième volume du traité des tumeurs.

Nous n'avons nullement le projet de faire le procès de l'ouvrage de Virchow et si nous avons insisté sur la différence des milieux, c'est afin d'excuser quelques longueurs de cette analyse. Il suffisait en effet d'annoncer les premiers volumes, nous croyons utile d'exposer brièvement le contenu de celui-ci, afin de montrer qu'il ne fera pas double emploi avec les travaux français, et que sa place comme celle de ses devanciers est marquée d'avance dans chaque bibliothèque; le livre de Virchow n'a pas vieilli et les vastes conceptions de l'auteur, souvent un peu hypothétiques, sont maintenant pour la plupart confirmées par les travaux plus récents.

Le fascicule actuel ne contient qu'une seule leçon, mais cette leçon est une monographie complète, c'est l'histoire des *tumeurs vasculaires*. Virchow ne comprend sous ce nom que: « les formes qui consistent essentiellement en vaisseaux de nouvelle formation, ou en vaisseaux qui présentent dans leur paroi des éléments de nouvelle formation. » En acceptant cette définition, il est certain que les angiomes sont, dans le

sens exact et rigoureux du mot, des néoplasies. Elle permet encore d'exclure de ce groupe déjà si rempli les anévrysmes et les varices.

La division méthodique des angiomes et leur classification, constituent un chapitre intéressant de leur histoire; voici celle que donne le professeur de Berlin.

Dans une première classe, il range toutes les tumeurs qui contiennent des capillaires, ce sont celles que Gerdy appelaient *tumeurs vaso-capillaires*, nom que Virchow conserve; puis viennent toujours dans le même groupe les *tumeurs cavernueuses*, dans lesquelles, au lieu de parcourir des vaisseaux capillaires, circulent des lacunes qui en tiennent lieu. Dans la variété désignée sous le nom d'*angiomes simples* ou *télangiectasie*, il y a bien encore des capillaires, mais ils ont subi des modifications fort considérables, leurs parois sont modifiées, leur calibre dilaté, et de plus, les artères et les veines prennent part à la constitution de la tumeur.

Quand un vaisseau subit dans toute son étendue une dilatation considérable, il forme encore une sorte de tumeur que Virchow fait rentrer dans la classe des angiomes; *angiomes ramifiés, anévrysmes cirsoïdes*.

« On comprend, dit l'auteur, que ce sont là des distinctions purement conventionnelles, qui sont d'autant moins suffisantes pour tous les cas que, sans aucun doute, il se présente très-souvent des transitions d'une forme d'angiome à une autre. » Mais les divisions étaient nécessaires pour la clarté de l'exposition, et Virchow s'y soumet dans l'exposé qui suit. Enfin il est important de signaler, que dans certaines tumeurs, surtout dans les carcinomes, il peut se former une circulation véritable active, que le cancer se trouve transformé en une véritable angiome; et l'auteur n'étudie pas ces tumeurs dans le chapitre actuel, on en trouvera l'étude à propos de chacune des tumeurs dont elles peuvent constituer une phase d'évolution.

Virchow aborde alors la description histologique des différentes espèces d'angiome. Nous ne pouvons pas analyser ces passages dont le texte est tellement concis, qu'il serait impossible de le résumer sans rendre toute description incomplète et fautive. Nous devons cependant signaler plus spécialement le point qui a trait à l'analyse des tumeurs érectiles proprement dites: « Chaque espèce de tumeur vasculaire, quelle soit cavernueuse ou non, étant susceptible de se gonfler et de se dégonfler rapidement, peut à ce titre être appelée tumeur érectile. » Mais tel n'est pas le sens qu'on donne ordinairement à ce mot et on le réserve pour les tumeurs cavernueuses dans lesquelles la circulation peut s'activer à certains moments au point de produire une turgescence très-grande, une véritable érection. Ces tumeurs se développent à la place du réseau capillaire, elles forment une masse bien limitée, toujours entourée d'une enveloppe distincte. Les angiomes non cavernueux n'ont, eux, jamais de capsule de ce genre.

L'auteur, dans les pages suivantes, expose en détail le mode de développement de ces tumeurs; il fait voir au moyen d'une étude attentive comment le réseau capillaire se dilate, étouffe les éléments des tissus qui l'entourent et se transforme peu à peu en cavités anastomosées. Ce genre de tumeur naît en général dans un âge assez avancé. Il peut cependant se rencontrer chez des sujets très-jeunes; et c'est même une opinion assez généralement admise que le germe peut être congénital.

Le siège des tumeurs érectiles est extrêmement variable; et y a cependant des points où elles se développent de préférence; à la face, au pourtour des orifices naturels, aux oreilles, il n'est pas rare de les rencontrer. Nous avons reproduit sommairement ces détails déjà bien connus de tous, afin de faire voir que Virchow, tout en s'occupant de préférence d'anatomie fine et philosophique, n'a cependant voulu laisser dans l'ombre aucun détail pratique, si minime soit-il.

Certains de ces angiomes tirent de leur siège même une importance très-grande; c'est ainsi que l'angiome de l'orbite

devient très-grave, quoique bénin de sa nature, et cela uniquement parce qu'il peut, par son développement rapide et quelquefois très-considérable, compromettre les organes sur lesquels il repose.

Il n'est pas de tissu, il n'est pas d'organe peut-être, qui ne puisse devenir le siège de production de tumeurs vasculaires: la peau, le tissu conjonctif, les muscles, les os, peuvent tantôt isolément, parfois simultanément devenir le siège d'angiomes; Virchow entre dans des détails minutieux à propos de chacune de ces variétés de tumeurs, et fait voir quels sont les modifications que le développement des vaisseaux fait subir aux éléments anatomiques qui les entourent et au milieu desquels les angiomes se sont développés. Mais ce n'est pas seulement le tissu voisin, ce sont encore les éléments mêmes de l'angiome, qui dans le cours de la maladie subissent des transformations. Non-seulement on trouve dans les vaisseaux des caillots anciens, des pierres, mais encore dans beaucoup de circonstances plusieurs de ces tumeurs peuvent se modifier. La transformation kystique est une des plus fréquentes: on trouve alors dans la tumeur des cavités de volume variable, les unes contiennent du sang, les autres de la sérosité. Mais de toutes ces transformations il en est une qui a, au point de vue de la pathologie générale, une importance bien plus grande, c'est la transformation dite cancéreuse. Virchow est peu disposé à admettre cette dernière modification: « On peut encore, dit-il, se demander si une tumeur cavernueuse primitive peut devenir secondairement cancéreuse? Alors que l'on n'avait pas encore élucidé l'histoire du fungus hématoïde, on a donné sur ce point plusieurs solutions fausses. Mais plus on a observé avec attention, moins on a été porté à admettre la possibilité d'une dégénérescence de ce genre. Je ne connais qu'une seule observation récente, celle de Lücke, qui milite en faveur de l'affirmative. »

Virchow consacre les pages suivantes au traitement des angiomes cavernueux; ce traitement est exclusivement local. Cependant il faut remarquer que certains états généraux qui débilitent l'organisme ont une influence favorable sur la marche de ces tumeurs; jusqu'ici la médecine n'a pas cherché à imiter la nature dans ce sens. Virchow ne prétend pas qu'on trouverait ainsi un moyen de traitement, mais il croit devoir rappeler cette particularité.

Après cette étude générale, l'auteur entre dans l'analyse spéciale des angiomes qui peuvent se développer dans certains viscères, et en première ligne vient se placer le foie. Sous le rapport de la clinique, l'étude de ces tumeurs n'a qu'une importance toute platonique, elles passent toujours inaperçues et ne donnent lieu à aucun phénomène morbide. Jusqu'ici un seul auteur, Schuh (*Pseudoplomen*, Vienne 1843), a prétendu avoir observé des accidents. Mais il n'en est pas de même au point de vue anatomo-pathologique, car, et Virchow insiste avec raison sur ce point, ces angiomes montrent parfaitement comment ces tumeurs se développent et leurs rapports avec les tissus ambiants.

Le foie n'est pas le seul parenchyme dans lequel on trouve les tumeurs érectiles, la rate, l'intestin, la bouche (grenouillette cavernueuse), l'œil, l'utérus, etc., en sont assez fréquemment le siège. Or, dans tous ces organes, les angiomes n'ont l'autre importance que leur volume qui seul, dans certains organes, l'œil par exemple, peut produire des accidents souvent fort graves.

Nous arrivons ensuite aux angiomes simples, les *nævi sous-cutanés* qui sont purs, c'est-à-dire uniquement formés de capillaires ou variqueux, quand les vaisseaux qui entrent dans leur composition deviennent le siège de dilatactions. Tout le monde connaît ces taches si fréquentes, nous nous bornerons donc à dire qu'au point de vue de la structure on trouvera dans la leçon de Virchow tous les développements désirables. Ce sont presque toujours des tumeurs congénitales, cependant il n'est pas rare d'en voir se déve-

opper tardivement qui échappent ainsi à un des meilleurs traitements qu'on puisse leur opposer : la vaccination.

Virchow range les *hémorroïdes* au nombre des tumeurs vasculaires : pour lui les hémorroïdes sont de véritables angiomes : « L'affection hémorroïdale commence localement par une transformation superficielle qui entraîne peu à peu des modifications de forme extérieure. Alors seulement que l'affection a atteint un certain degré, on voit surgir les saillies et les inégalités qui ont la forme de tumeurs et qui représentent la tumeur hémorroïdale proprement dite ou le *bouton hémorroïdal*. C'est évidemment ce qu'on entend désigner Hippocrate sous des noms divers. » L'auteur entre ensuite dans des détails très-circumstanciés à propos de l'histoire des hémorroïdes. Puis, par des considérations d'anatomie normale, il montre comment les hémorroïdes se relient avec la circulation régulière du rectum.

Mais ce n'est pas seulement l'anatomie pathologique des hémorroïdes que Virchow a en vue, le côté clinique trouve place à côté de la description de la structure. Chez quels sujets, à quelle période de la vie se développent ces tumeurs; comment leur existence est liée à telle ou telle cause générale ou locale; quelle est leur influence sur certains états morbides, sur la diathèse arthritique, etc.; enfin la grande question du flux hémorroïdaire; ce sont là autant de questions qu'il traite avec tous les développements qu'elles comportent. Chacun connaît l'esprit généralisateur de Virchow, il est donc inutile de dire que ces points délicats viennent prendre place dans une étude générale claire et bien conçue.

« Le rapport de l'hémorrhagie hémorroïdale avec l'hémorrhagie menstruelle, dit l'auteur, présente un intérêt tout particulier. Certains auteurs en cherchant à faire passer l'hémorrhagie hémorroïdale pour une espèce de menstruation ont particulièrement insisté sur les cas où la première se montre après que la dernière a cessé tout à fait, soit pendant la durée de l'évolution sexuelle, soit dans les années critiques; cela se rencontre en effet. Mais on fait remarquer à juste titre que l'hémorrhagie hémorroïdale peut coïncider avec les menstrues, sans que celles-ci en soient troublées; même que la grossesse n'entraîne aucune interruption de flux hémorroïdaux habituels. Si donc on ne peut faire remonter les deux espèces d'hémorrhagie à une seule et même source et que l'on reconnaît dans l'angiome variqueux une manière d'être analogue à celle de l'angiome caverneux, il n'en reste pas moins toujours entre les hémorroïdes et la menstruation, un caractère commun qui est une certaine périodicité (même chez les hommes); celle-ci n'atteint cependant pas la même régularité que dans la menstruation. »

Nous avons cru devoir reproduire tout au long l'opinion de Virchow sur ce point encore très-controversé de pathologie, car les flux hémorroïdaux, et leur suppression jouent un rôle important dans la pathologie générale.

Après avoir exposé longuement l'état des hémorroïdes et les hémorrhagies qui en sont la conséquence pendant la période d'activité de ces tumeurs, l'auteur analyse en détail leur mode de guérison spontanée, et fait voir comment les marisques se forment. Mais ici encore ce n'est pas seulement au point de vue de l'anatomie pathologique qu'il envisage cette question, il se fait dans l'état général, dans les diathèses qui ont produit les tumeurs des modifications importantes au moment où un flux accoutumé vient à cesser. Virchow entre dans de longs détails à propos de tous ces points. Puis pour achever ce qui a trait à l'histoire des angiomes du rectum il passe en revue tous les moyens généraux et locaux qui sont ou ont été mis en usage pour combattre ces tumeurs.

À côté des tumeurs variqueuses du rectum viennent naturellement se placer celles de la vessie et celles qui se développent fréquemment chez la femme au pourtour de l'orifice vulvaire de l'urètre; l'étude de ces tumeurs, quoique très-brève, est faite d'une manière complète.

« De tous les organes internes, dit Virchow, le système ner-

veux central est celui où les angiomes simples se rencontrent relativement le plus souvent; et dans cet organe leur lieu d'élection occupe un point qui dans ces derniers temps a acquis un intérêt tout particulier : le pourtour du quatrième ventricule, aussi bien sa surface que le pont de Varole et le commencement de la moelle allongée. On conçoit dès lors tout l'intérêt qu'il s'attache à ces tumeurs, et Virchow ne néglige aucun des détails si intéressants de cette question. Mais ce n'est pas seulement dans le point que nous venons d'indiquer que se montrent les tumeurs vasculaires des centres nerveux, elles peuvent exister partout. L'altération se montre comme point de départ, tantôt dans les capillaires et tantôt dans les veines. Ces tumeurs ne produisent de phénomènes morbides que par leur volume.

Pour ne rien omettre dans l'histoire des tumeurs vasculaires, nous devons encore mentionner les polypes vasculaires du nez et de l'utérus.

Ici s'arrête l'étude des angiomes proprement dits; Virchow s'occupe ensuite de l'anévrisme cirsoïde; il est bien vrai que cette tumeur n'est pas, à proprement parler un angiome dans le sens de la définition qu'il a donnée, mais de même que certaines varices, on peut dire qu'elle sert de transition.

Ajoutons encore que Virchow consacre quelques pages très-intéressantes aux angiomes lymphatiques.

Tels sont les points les plus importants que nous avons cru devoir signaler dans cette importante leçon. Il est facile, après en avoir fait une lecture attentive, de se convaincre que cette nouvelle partie du traité des tumeurs est à la hauteur des volumes précédents; rien n'y manque, ni les aperçus généraux, ni les conceptions d'ensemble qu'on trouve toujours dans les ouvrages de Virchow et qui ne sont point son moindre titre de gloire.

Ici, comme à propos des autres tumeurs, il a su faire ressortir les liens intimes qui unissent la clinique à l'anatomie pathologique. A propos des hémorroïdes il a écrit des pages dont pourrait se glorifier le clinicien le plus distingué; et si nous citons ce passage ce n'est pas parce qu'il est isolé, c'est parce qu'entre toutes les tumeurs vasculaires, celles qui ont pour siège le rectum ont un intérêt pratique qu'on ne retrouve point dans les autres.

Quand à la traduction, nous n'avons pas à en faire l'éloge, quoiqu'on a lu les premiers volumes sans quel qu'un, quelle élégance et par-dessus tout quelle fidélité M. Aronsohn a apportés à sa tâche; ici, malgré la fatigue inséparable d'un labeur aussi prolongé, il a su ne pas se départir de son zèle accoutumé.

Nous n'espérons pas avoir rendu compte du livre de Virchow; nous en avons indiqué quelques passages saillants, nous ne désirions pas plus.

H. CHOUFFE.

VARIÉTÉS

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE.

La dix-septième assemblée générale a été tenue les 23 et 24 avril, sous la présidence de M. H. Roger. Le défaut d'espace nous oblige à renvoyer au prochain numéro le compte rendu de cette séance. Nous nous bornerons aujourd'hui à reproduire une partie du discours du nouveau Président, qui a été accueilli par d'unanimes applaudissements.

Messieurs et chers confrères, a dit M. Roger, la première parole du président nouveau que vous venez d'être doit être pour l'ancien président de l'Association générale; le premier vote que je vous propose est de nommer par acclamation M. Tardieu *président honoraire*. Ce vote, rémunérateur d'éclatants services, il s'est trouvé spontanément dans toutes les bouches; il est comme sorti de tous les cœurs, dès qu'on a su que le chef éminent de notre Confédé-

ration fraternelle s'imposait, trop défiant de ses forces, une douloureuse séparation.

Qui de nous, en effet, pourrait oublier les services rendus pendant une heureuse présidence, deux fois confirmée, et ne pas adhérer à la déclaration de plusieurs Sociétés locales, que M. Tardieu a bien mérité de l'Association ? Que de témoins, dans cette assemblée, des qualités dont il faisait preuve et dont il ne faisait pas montre ! Esprit lumineux, il répandait le jour sur les questions les plus obscures ; il savait dénouer le fil des discussions réglementaires les plus embrouillées, ou le trancher doucement de l'agréable acier de sa parole. Toujours son éloquence limpide et pénétrante le rendait facilement « maître de l'oreille et du cœur de ceux qui l'écoutaient ». Président ferme et conciliant, il savait mettre l'aménité dans le pouvoir et la grâce dans l'autorité.

L'acclamer président honoraire, c'est le conserver à notre Association, qu'il a servie avec un dévouement si absolu et si efficace ; ainsi restera-t-il notre Conseil ; et l'attache amicale qui nous lie à ce guide expérimenté, pour être un peu relâchée, n'en restera ni moins solide ni moins durable.

Et maintenant que j'ai rendu, au nom de tous, hommage au président affectionné qui désormais sera non pas lui, mais à côté de nous, permettez à celui dont vous avez fait le successeur (et non point le remplaçant) de M. Tardieu de vous exprimer ses sentiments de gratitude pour le haut honneur que vous lui avez conféré.

Mais n'allez pas croire que je prenne pour moi seul les dizaines, les centaines de voix que M. Hérard, bienveillant rapporteur de mon élection, vient d'ajouter et qui se résument en un total inespéré de plus de deux mille quatre cents suffrages (je n'ai jamais mieux goûté qu'aujourd'hui les agréments de l'arithmétique). Ces suffrages, presque unanimes, je les reporte sur M. H. Bouillard, Larrey, Ricord, illustres maîtres et amis qui ont bien voulu me couvrir de leur gloire, et patronner ainsi l'avancement exceptionnel du président de la Société centrale ; élever au-dessus de soi, hiérarchiquement, un disciple, voire même un ami, c'est un grand désintéressement ; j'en ai été profondément touché, et je le signale, pour la rareté du fait, à vos applaudissements. Merci aux très-honnêtes présidents des Sociétés locales qui ont fait un accueil sympathique à ma candidature, qui m'ont présenté et même recommandé aux électeurs, exerçant sur les votes une pression si habile qu'aucune protestation n'a surgi et que vous avez immédiatement validé mon élection ! Merci à ces chers électeurs qui m'ont apporté en si grand nombre leurs voix amies ! C'est le destin de celui dont la vie se prolonge de perdre les amitiés des premiers âges, et c'est un dur destin ; mais, au contraire, voyez comme je suis favorisé au bout de la carrière ! Le suffrage universel (ses élus ont une bonne raison pour le trouver parfait), le suffrage universel m'envoie, de toutes les parties de la France, des amis, anciens ou nouveaux, connus ou inconnus ; ils m'encouragent, ils me soutiennent ; nos cours battent à l'unisson, et partout circulent et s'échangent des sentiments de bienveillance confraternelle et de mutuelle affection.

Après un juste tribut de reconnaissance adressé à M. A. Lalour, en ce moment convalescent d'une maladie qui avait menacé d'être sérieuse. M. H. Roger continue ainsi :

Dans cette séance, qui ne peut être pour le président actuel qu'une séance de remerciements, il ne serait pas opportun d'agiter les grandes questions qui se rattachent à l'Association ou de traiter longuement de nos intérêts professionnels, qui ne sont autres que les intérêts sociaux. Ces questions, étudiées déjà par ceux de nos associés qui furent les ouvriers de la première comme de la dernière heure (des ouvriers qui ne connaissent pas les grèves !), ces importantes questions, nous les reverrons ensemble ; nous tâcherons, comme toujours, de les résoudre par la communauté des sentiments et des efforts, en nous aidant des travaux de nos prédécesseurs, car notre devise doit être, comme celle de la science médicale : Tradition et progrès. Toutefois, je veux vous signaler une circonstance qui semble donner l'espoir d'un avenir meilleur pour la corporation médicale ; on est en droit d'espérer que, grâce au nombreux contingent de docteurs que compte aujourd'hui les assemblées législatives, une loi sur l'exercice de la médecine interviendra, et que des mesures plus directes et plus sévères seront prises contre la pratique illégale.

M. Tardieu a dit excellentement que notre œuvre était une entreprise d'*affranchissement professionnel* ; seulement il ajoutait qu'elle ne saurait réussir, comme toute entreprise sérieuse de ce genre, que par le progrès des mœurs et du temps, par l'effort suc-

cessif de plusieurs générations. Nos confrères de la Gironde, qui unissent, comme on sait, l'ardeur de l'initiative féconde en grandes choses à la persévérance qui en assure le succès, ces honnêtes confrères se sentent dès à présent assez forts pour avancer le temps, et ils ont la louable prétention d'être réformateurs dès la première génération. Ils ont organisé un *Comité de défense professionnelle* ; avec les faibles armes que leur fournit la législation ; ils possèdent un monstre du charlatanisme, dont « la croupe se recourbe en replis tortueux ». C'est eux et salutaire exemple qui devra trouver des imitateurs ! C'est en démontrant sans cesse les méfaits de la fausse médecine et en y opposant les bienfaits de la vraie, que l'on hâtera une législation protectrice. Cependant, il faut bien se le dire, la loi n'est pas tout : *Quid prosum leges sine moribus ?* dit le vieil adage latin, et les mœurs médicales sont bien mauvaises dans les foules d'aujourd'hui comme dans les foules d'un bas. Le charlatanisme a ses racines dans un lointain passé : Hippocrate s'indignait déjà de le rencontrer devant lui. Son origine est encore plus antique ; elle date du jour, indiqué par Voltaire, où le premier frignon rencontra un imbécile.

En attendant la réalisation probablement tardive de nos espérances, continuons à nous attacher surtout aux côtés bienfaisants de notre noble institution, l'aide et la protection. Associés, nous sommes tous égaux ; et quand la protection est l'œuvre de tous et destinée à tous, les deux termes de la bienfaisance, donner et recevoir, se confondent en un seul, et ne peut-on dire alors : Recevoir est bon, donner est meilleur. Oui, chers collègues et amis, élevons et étendons nos cœurs ; solidifions, souvenons-nous que lorsqu'une partie de notre corps souffre, toutes les autres nous le voir et compatir ; charitables et aimants, soyons sensibles aux maux de nos frères par les entrailles de la charité fraternelle.

ÉCOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE. — L'ouverture des cours du semestre d'été de l'école de médecine de Marseille a été inaugurée par une allocution de M. le professeur Seux, directeur, qui a fait ressortir l'obligation morale, pour les maîtres comme pour les élèves, de répondre par un redoublement de zèle à l'honneur que vient de recevoir l'École, élevée, comme on sait, au rang d'École de plein exercice. Les nouveaux services cliniques ont été installés avec solennité dans une réunion convoquée *ad hoc*. M. le directeur a remercié en termes chaleureux toutes les autorités qui ont aidé à la transformation de l'École, et en particulier la Commission des hospices. On a entendu ensuite M. Blanchard, au nom de cette commission, et M. Prou-Gaillard au nom de la commission municipale. Enfin, à la suite d'un banquet, MM. les professeurs ont offert à M. Seux une belle statuette en bronze (représentant Sophocle), en reconnaissance de l'activité et du zèle qu'il a déployés dans la transformation de l'École. Nous n'avons pas besoin de dire combien un tel témoignage de la part de ses collègues est honorable pour M. le directeur.

ÉCOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE NANTES. — Par arrêté en date du 28 avril 1876, des concours seront ouverts le 23 octobre 1876, pour un emploi de suppléant des chaires de *médecine* ; le 30 octobre 1876, pour un emploi de suppléant des chaires de *chirurgie* ; le 1^{er} avril 1877, pour un emploi de suppléant des chaires d'*accouchement* et de *gynécologie* ; le 15 avril 1877, pour un emploi de suppléant des chaires de *chirurgie* ; le 9 novembre 1876, pour un emploi de chef des *travaux anatomiques* ; le 14 novembre 1876, pour un emploi de chef des *travaux chimiques*.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Un concours pour les emplois d'élève du service de santé militaire s'ouvrira : à Paris, le 21 août 1876 ; à Lille, le 30 du même mois ; à Nancy, le 4 septembre ; à Besançon, le 9 du même mois ; à Lyon, le 12 du même mois ; à Marseille, le 16 du même mois ; à Montpellier, le 19 du même mois ; à Toulouse, le 23 du même mois ; à Bordeaux, le 27 du même mois ; à Rennes, le 2 octobre.

SOCIÉTÉS SAVANTES. — Nous apprenons qu'une fusion doit avoir lieu entre la Société obstétricale et la Société gynécologique de Berlin. Ces deux sociétés qui, avant déjà été unies antérieurement s'étaient séparées à la suite d'une mésintelligence survenue parmi les membres.

Nécrologie.

Le corps médical n'apprendra pas sans peine la mort de M. Charrière père, à qui l'on doit tant de perfectionnements dans l'arsenal médico-chirurgical. M. Charrière, par les relations si nombreuses, si étroites, et, on peut le dire, si affectueuses avec les membres de sa profession, était devenu presque un confrère.

Nous ne pouvons mieux faire que de rappeler les paroles prononcées à la Société de chirurgie par M. le professeur Le Fort :

« Les sociétés savantes ne rendent d'ordinaire un hommage public qu'à la mémoire de ceux qui ont eu fait partie; mais la science ne doit se montrer ingrate envers personne et surtout envers ceux qui, directement ou même indirectement, lui ont rendu d'importants services. Dimanche dernier ont eu lieu les obsèques de M. Charrière. Appelé hors de Paris par des devoirs professionnels, je n'ai pu y assister. Je l'ai d'autant plus regretté qu'il en est du devoir du professeur de médecine opératoire à la Faculté, à défaut d'autres plus autorisés, de rompre le silence et de rendre hommage à la mémoire d'un homme de bien, auquel la médecine opératoire est largement redevable. J'aurais voulu pouvoir dire comment M. Charrière a eu sur les progrès de la chirurgie française, pendant près d'un demi-siècle, une part importante qu'il serait injuste de méconnaître; car, s'il n'a toujours resté avec la plus grande modestie l'aide de nos maîtres en chirurgie, il a été pour eux, il a été pour les plus âgés d'entre nous un véritable collaborateur. Sans lui, sans cet habile ouvrier, cet ingénieux mécanicien, beaucoup de procédés opératoires imaginés par les chirurgiens seraient restés à l'état de théorie, à l'état de projets irréalisables. Sans lui peut-être, et pour ne citer qu'un exemple, les idées, les aspirations de Civiale, de Leroy d'Étiolles et de tant d'autres seraient restées stériles, et la lithotritie, cette conquête chirurgicale toute française, n'aurait pas vu le jour. Avant M. Charrière il y avait eu des couteillers. Il a été, on pourrait presque le dire, le moderne fabricant d'instruments de chirurgie; ses œuvres sont pour la plupart ses élèves, et comme chef d'une importante industrie, il a rendu longtemps les nations étrangères les tributaires de la France.

« J'aurais voulu rappeler comment l'industriel, le commerçant disparaissait devant l'homme dévoué au progrès chirurgical; avec quel désintéressement il se prêtait à pourvoir des essais qui ne pouvaient lui procurer aucune rémunération pécuniaire; avec quelle libéralité, ayant du reste fait école parmi ses successeurs et ses émules, il mettait à la disposition de tous les richesses de son arsenal chirurgical. Ce que je n'ai pu dire sur sa tombe, j'ai cru, messieurs, que je pourrais le résumer ici et que la Société de chirurgie, ainsi que tant de la dire son président, voudrait, elle aussi, s'associer à cet hommage rendu à un homme qui fut pendant près de cinquante ans l'aide, le collaborateur modeste et dévoué de presque tous les chirurgiens français. »

— Sir William Wilde vient de mourir à Dublin à l'âge soixante et un ans. Ce chirurgien, qui s'était plus particulièrement adonné à l'étude et à la pratique de l'ophtalmologie, est le fondateur de l'hôpital Saint-Mare de Dublin. Il était directeur du *Dublin Quarterly Journal of Medicine*, depuis 1847. Il a écrit plusieurs ouvrages sur les maladies des yeux et des oreilles. Il avait été nommé chirurgien de la reine et knight en 1856.

— Un autre médecin anglais, M. Iligginbottom, vient de mourir à Nottingham à l'âge de quatre-vingt-sept ans.

— La Norvège médicale vient de perdre une de ses plus grandes illustrations, M. le docteur Wilhelm Boeck qui vient de mourir à l'âge de soixante-sept ans. Né à Kongsberg en 1808, il fut reçu docteur en 1831 et nommé professeur à l'université de Christiania en 1846. Boeck a beaucoup écrit sur la syphilis et a publié d'importants travaux sur la lèpre qui ont été traduits en français par Rayer en 1848 et couronnés par l'Académie qui lui accorda le prix Montyon.

— Baillie Cormack, élève distingué des hôpitaux de Paris et fils de sir Rose Cormack, vient de succomber à Hyères à la suite d'une phthisie pulmonaire contractée pendant le siège de Paris. Notre jeune confrère occupait avec distinction les fonctions de médecin-adjoint au British Herfort hospital de Paris.

LÉGIION D'HONNEUR. — Ont été nommés *chevaliers*, MM. Siredey, médecin de l'hôpital Lariboisière, à Paris, et le docteur Herbecq, maire d'Avesnes.

CONCOURS POUR DEUX PLACES DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE PARIS. — *Juges*: MM. les docteurs Duplay, Léon Labbé, Péan, de Saint-Germain, Le Dentu, Théophile Anger, Buequoy. — *Concurrents*: Berger, Bergeron, Blum, Bourdon, Cartay, Coyne, Farabouf, Félizet, Humbert, Haubert, Laugier, Marchand, Monod, Nepveu, Pozzi, Richelot, Terrillon.

LE PROFESSEUR TRAUBE. — Plusieurs candidats se présentent pour remplir le poste qu'occupait Traube à l'hôpital de la Charité de Berlin. Parmi les plus connus nous citerons les professeurs Kussmaul (de Fribourg), Freidreich (d'Heidelberg) et Leyden (de Strasbourg).

TRIBUNAUX. — Le tribunal correctionnel de Saint-Étienne a condamné, devant les fêtes de Pâques, deux propriétaires de pharmacie à 100 fr. d'amende, parce que les gérants diplômés ne résidaient pas à Saint-Étienne. Dans un arrêt récent, la Cour de cassation est allée plus loin: elle a décidé que « nul ne peut ouvrir une officine de pharmacien s'il n'est en même temps propriétaire du fonds et muni d'un diplôme de pharmacien. » (Loi du 21 germinal an XI. Déclaration de 1777.) (*Mémoires de La Loire.*)

PRIX CIVALE. — La Faculté de médecine de Paris délivrera dans quelques mois le prix biennal fondé par le docteur Civiale, pour être décerné à celui des internes des hôpitaux qui aura adressé le meilleur mémoire sur un sujet quelconque de chirurgie. Les concurrents devront remettre leurs manuscrits au secrétariat de l'Assistance publique avant le 15 août prochain.

BIBLIOTHÈQUE DE M. GIRALDÉS. — La vente des livres qui composaient la bibliothèque si riche de M. Giraldés aura lieu du 8 au 13 mai, par le ministère de M^e E. Girard commissaire-priseur, assisté de M. Leleerc, libraire-éditeur, salle Sylvestre, rue des Bons-Enfants, 28, à sept heures et demie du soir.

COLLÈGE DE FRANCE. — Le cours de M. Ranvier aura lieu, pendant le second semestre, les mercredis et vendredis, à trois heures et demie.

LYCÉE HENRI IV. — M. le docteur Cornil est nommé médecin du lycée Henri IV, en remplacement de M. le docteur Caffé, décédé.

HÔPITAL DU MIDI. — M. le docteur Ch. Mauriac reprendra ses leçons cliniques sur les maladies vénériennes le jeudi 4 mai, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Luys reprendra ses leçons sur les maladies du cerveau dans leurs rapports avec les maladies mentales, le dimanche 7 mai à neuf heures et demie, et les continuera les dimanches suivants à la même heure, salle Sainte-Anne.

— M. le docteur Casimir Daumas nous prie de faire savoir, pour couper court à certains traités, qu'il est toujours et compte rester médecin à Vichy.

État sanitaire de Paris :

Du 21 au 27 avril 1876, on a constaté 1013 décès, savoir :

Variole, 8. — Rougeole, 22. — Scarlatine, 2. — Fièvre typhoïde, 17. — Erysipèle, 6. — Bronchite aiguë, 35. — Pneumonie, 118. — Dysentérie, 1. — Diarrhée cholériforme des enfants, 5. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 9. — Group, 11. — Affections puerpérales, 8. — Autres affections aiguës, 220. — Affections chroniques, 497, dont 207 dues à la phthisie pulmonaire: — Affections chirurgicales, 67. — Causes accidentelles, 18.

SOMMAIRE. — PARIS. Académie des sciences : Un fait de gastrologie. — Faculté de médecine de Paris : Rapport de la commission chargée de l'examen du décret du 14 janvier 1876. — Académie de médecine : De la légalité stébe. — TRAVAUX ORIGINAUX. Pathologie interne : Des conditions de la curabilité des embolies. — Sociétés savantes. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de biologie. — Société de thérapeutique. — REVUE DES JOURNAUX. Hystérie à forme intermittente. — Observation d'accès pernicieux à forme intermittente. — BIBLIOGRAPHIE. Pathologie des tumeurs. — Variétés.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 11 mai 1876.

Société impériale et royale des médecins de Vienne : UN CAS DE PURPURA; MORT PAR HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE.— *Société médicale des hôpitaux et Société de biologie* : IODISME ET ALBIMINURIE A LA SUITE D'APPLICATION DE TEINTURE D'IODE SUR LA PEAU.

Un cas de purpura; mort par hémorrhagie cérébrale.

L'une des dernières séances de la Société de médecine de Vienne a été occupée par une intéressante discussion à laquelle ont pris part Hebra, Heschl, Rokitansky et Bamberger. Il s'agissait d'un malade observé dans le service du professeur Hebra. C'était un jeune homme de dix-neuf ans, ouvrier cordonnier, très-bien constitué, très-bien portant d'ordinaire. Il avait demandé le 24 mars dernier à être reçu à l'hôpital; depuis trois jours, en effet, il constatait sur ses joues et sa poitrine l'apparition de taches rouges, puis bleuâtres, dont le nombre croissant commençait à l'inquiéter. Au moment de l'entrée, on reconnut que ces taches, de coloration variable (d'abord rouges, puis bleuâtres, enfin brunâtres), ne disparaissaient pas sous la pression du doigt, qu'elles étaient assez nombreuses sur le thorax et les extrémités, enfin que leurs dimensions étaient, en général, assez faibles. Les gencives n'étaient pas tuméfiées; elles étaient pâles et c'est à peine si l'on y constatait une ou deux ecchymoses. L'urine très-foncée, rougeâtre, albumineuse, renfermait de nombreux globules rouges. Le malade, qui affirmait avoir toujours vécu dans de bonnes conditions hygiéniques, ne se plaignait que d'un léger degré de prostration. Deux jours se passèrent sans modifications; le 27 au matin on constata un embarras marqué de la parole, puis une paralysie faciale droite avec parésie du membre supérieur du même côté. Le soir le malade mangea de bon appétit; mais sa parole s'embarrassa de plus en plus. Dans la nuit survinrent des vomissements abondants (dont la nature n'est pas indiquée), puis, après quelques heures d'un sommeil assez calme, un collapsus très-marqué qui dura jusqu'au moment de la mort (28 mars, six heures du matin).

Le professeur Heschl qui se chargea de l'autopsie constata dans l'hémisphère antérieur gauche du cerveau un foyer hémorrhagique récent de la grosseur d'une noix. Tout autour de ce foyer se voyait un piqueté hémorrhagique des plus marqués et l'étude microscopique des vaisseaux montrait une dégénération grasseuse assez avancée des tuniques artérielles. En diverses régions de l'encéphale, des altérations semblables se constataient sur les capillaires. Les séreuses, surtout le péritoine, étaient parsemées de taches ecchymotiques dont quelques-unes étaient larges comme la paume de la main. Le

cœur, les muscles, le tissu cellulaire sous-cutané présentaient également de nombreuses ecchymoses. La muqueuse stomacale était gonflée, infiltrée de sang; son épithélium avait subi l'infiltration trouble. Le foie, rouge brun, parsemé çà et là de traînées jaunâtres, était aussi grasseux; il en était de même de l'épithélium rénal, des muscles, du cœur. Le sang était fluide, sans tendance à la coagulation; les globules blancs augmentés de nombre étaient granulo-grasseux.

Voici donc un malade qui, en quelques jours, car il est difficile de ne pas faire remonter à une époque un peu antérieure à l'entrée à l'hôpital le début de la maladie, succomba à une hémorrhagie cérébrale déterminée par la rupture d'un vaisseau dont les parois ont subi une dégénération granulo-grasseuse. Le seul symptôme antérieur à l'accident ultime a été l'apparition de taches de purpura. L'autopsie montre qu'il existait une stéatose aiguë de la plupart des parenchymes et des capillaires de l'encéphale. Quelle a été la cause de ces accidents? Le professeur Heschl exclusivement préoccupé de la stéatose viscérale n'hésite pas à affirmer que le malade a succombé à un empoisonnement par le phosphore. Il n'ignore pas cependant, Hebra l'a rappelé au cours de la discussion, que rien n'autorise l'idée d'un suicide ou d'un empoisonnement criminel; il avoue que les recherches du professeur Hoffmann, chargé d'examiner chimiquement les débris de l'estomac ou son contenu pour y retrouver du phosphore libre, sont demeurées infructueuses. Mais, dit-il, les recherches chimiques n'ont été faites que deux jours après l'autopsie et par conséquent le phosphore devait, à ce moment, éclapper à l'expertise. Nous aimons à penser que, dans un cas de ce genre, le professeur Hoffmann ne s'est point borné à rechercher si, à l'aide d'un appareil de Mitscherlich, il constatait une phosphorescence quelconque. Pour pouvoir affirmer qu'il n'y a pas eu un empoisonnement par le phosphore il faut, non-seulement constater l'absence de phosphore libre dans les tissus, mais encore prouver qu'il n'y existe pas, en proportions considérables, de l'acide phosphorique ou des phosphates. Si l'on peut démontrer que l'acide phosphorique libre ou bien uni aux bases que contiennent nos tissus n'existe pas en proportions anormales dans le résidu stomacal, on peut nier l'empoisonnement par le phosphore; l'expertise eût-elle été faite plusieurs jours après la mort. Or rien dans les antécédents du malade, rien dans l'expertise chimique faite par le professeur Hoffmann ne permet de supposer la présence du phosphore, de l'acide phosphorique ou des phosphates dans les tissus. Mais il y a plus encore, bien que l'observation que nous avons sous les yeux reste bien incomplète. Les symptômes offerts par le malade ne rappelaient en rien ceux de l'empoisonnement phosphorique. Ceux-ci sont trop bien connus pour que nous ayons à les rappeler. Bornons-nous à faire remarquer que Hebra ne parle ni de troubles gastriques ni de dyspnée excessive; l'ictère, dont Rokitansky a rappelé la fréquence n'a pas été constaté non plus et, bien qu'en ait dit

Bamberger, ce symptôme a une valeur autrement importante que la stéatose de quelques viscères. D'ailleurs bien que Heschl se soit appuyé sur des observations de Senfleben et de Chiari pour déclarer que l'hémorragie cérébrale peut être la conséquence de l'empoisonnement par le phosphore, nous restons persuadé que cette complication, dans le cas où elle aurait été observée, est au moins exceptionnelle. Il n'en est pas de même dans les observations, déjà relativement nombreuses, de purpura suivi de mort. Stoll, Colliny, Duplay (*Arch. de médéc.*, 1833) ont cité des cas où à l'autopsie on constatait des foyers hémorragiques de dimensions variables dans les hémisphères du cerveau, le corps calleux ou le centre ovale de Vieussens; d'autres faits observés par MM. Cazenave et Schedel, Monod, Robert, etc., ont souvent été signalés à l'attention des médecins. La thèse de M. Bucquoy (Paris, 1855) en contient déjà plusieurs.

Plus récemment encore, M. Boucher (*Bulletin de la Soc. anat.*, 1867, p. 43) a rapporté l'observation recueillie dans le service de M. Millard, d'un malade qui, à l'âge de dix-sept ans, avait succombé, après plusieurs hémorragies, à une hémiplegie déterminée par un vaste foyer hémorragique occupant le lobe moyen gauche du cerveau; et M. Huchard, dans un cas analogue (*Id.*, 1874, p. 172) a pu donner, non-seulement l'observation microscopique des lésions intra-crâniennes, mais encore l'étude histologique des lésions vasculaires ou viscérales, qui ont été constatées par M. Hayem. Or, dans ce dernier cas, il existait non-seulement une altération très-manifeste de la gaine des vaisseaux (transformation fibroïde, grains pigmentaires, granulations graisseuses, petits noyaux apparaissant çà et là), mais encore une stéatose du foie et une altération très-marquée des reins.

Il nous paraît donc suffisamment démontré que, dans certains cas de purpura hémorragique, observés sur de jeunes sujets, vivant ou paraissant vivre dans des conditions hygiéniques favorables, la mort peut survenir très-rapidement et être due à la rupture d'un vaisseau de l'encéphale. Ces cas peuvent être rapprochés de ceux que Schrank et Gschler ont étudié sous le nom de *purpura varioloux*, et dans lesquels on voit l'hémorragie cérébrale déterminer la mort avant même que l'éruption variolique ait eu le temps de se faire.

Il paraît démontré, en outre, que dans les rares observations où l'on a pu, après la mort, examiner attentivement les vaisseaux, on a toujours constaté à l'autopsie une altération plus ou moins avancée de leurs tuniques. Enfin, dans le cas cité par M. Huchard, le foie était manifestement graisseux. Si donc il nous avait fallu, après avoir constaté les symptômes et les lésions relatés dans l'observation de Hebra et de Heschl, poser un diagnostic nominal, nous aurions été, ce nous semble, plus près de la vérité en nous bornant à admettre l'existence d'un *purpura hémorragique* qu'en imaginant l'hypothèse invraisemblable d'un empoisonnement par le phosphore. Mais d'autre part nous n'ignorons pas que le purpura n'est pas une entité et que les maladies avec hémorragies interstitielles ou sous-cutanées sont excessivement nombreuses et variables. Dans le cas particulier les taches de purpura ont été consécutives aux lésions vasculaires, et celles-ci paraissent à peu près contemporaines des stéatoses observées dans divers organes. Le diagnostic pathogénique est donc, comme il arrive toujours dans les cas de ce genre, très-difficile à poser. Mais, et c'est là ce que nous tenons à faire remarquer, la stéatose aiguë des viscères ne peut suffire à caractériser un empoisonnement aigu par le phosphore. Un grand nombre de maladies, et en première ligne il faut citer

les fièvres typhiques, les fièvres paludéennes, certaines fièvres éruptives, la fièvre jaune, l'ictère grave, etc., se rapprochent à ce point de vue des empoisonnements par le phosphore, l'arsenic, l'alcool ou des poisons putrides. Dans tous les cas on constate, outre l'altération physique ou microscopique du sang, la tuméfaction trouble des éléments cellulaires et leur dégénération graisseuse liée à des phénomènes d'hyperhémie ou d'exsudation.

Tous ces troubles pathologiques paraissent être le résultat de conditions multiples et ne peuvent être considérées comme toujours déterminées par une irritation spécifique analogue à celle que pourrait provoquer un empoisonnement. C'est pourquoi mieux vaut encore conserver provisoirement le nom de *purpura hémorragique* ou de *maladie de Werlhof*, qui ne préjuge pas les interprétations pathogéniques que nous dicteront un jour les progrès de la physiologie pathologique.

L. LEBEBOULLET.

Iodisme et albuminurie à la suite d'application de teinture d'iode sur la peau.

M. le docteur Jules Simon et son interne, M. Régnard, ont communiqué récemment à la Société médicale des hôpitaux (séance du 28 avril) et à la Société de biologie (séance du 6 mai) certains faits, fort intéressants, à propos des accidents qu'on peut observer à la suite de l'application de la teinture d'iode sur la peau. Voici sommairement ce qu'ils ont observé et dont on trouvera le détail p. 298.

Une petite fille traitée de la teigne par des applications de teinture d'iode sur la tête, fut prise d'accidents d'iodisme graves et d'albuminurie; ces phénomènes se renouvelèrent deux fois.

Frappé du fait qu'il venait d'observer, M. Simon entreprit une série d'expériences : Onze autres petites filles, dans des conditions identiques, furent soumises au même traitement; toutes présentèrent de l'iode dans les urines, quatre eurent de l'albuminurie. Enfin des badigeonnages iodés furent faits sur trois autres petites filles atteintes, deux de phthisie pulmonaire et une de tumeur blanche du genou; les applications furent faites *loco dolenti*. Les urines examinées avant le traitement ne contenaient ni iode, ni albumine; après trois jours l'iode et l'albumine s'y rencontraient manifestement; la peau fut lavée, les accidents s'amendèrent et les enfants guérirent.

Tels sont les faits.

Chacun comprendra l'intérêt de cette communication; elle présente trois points importants: l'élimination d'iode par l'urine, c'est-à-dire l'absorption après l'application de teinture sur la peau, l'iodisme, l'albuminurie.

Une première objection, faite à M. Jules Simon, est que la peau, sur laquelle ont été faites les applications de teinture d'iode en partie dépouillée de son épiderme, laissait facilement passer cette substance; nous le voulons bien, mais cette condition ne peut être invoquée pour les deux petites filles atteintes de phthisie pulmonaire et de tumeur blanche. Dans ces deux derniers cas, répondront avec M. Beaumetz les partisans de la non-absorption cutanée, l'iode a pénétré par la respiration. Malgré les expériences si concluantes faites par M. le docteur Dechambre avec le coton iodé (voyez *Gaz. hebdom.*, 1874, p. 427), et qui nous fourniraient des arguments faciles en faveur de l'absorption par la peau, nous n'insisterons pas sur ce point, qui n'a ici qu'une importance relative;

mais il n'en est pas de même de l'iodisme et de l'albuminurie.

L'iodisme dû à la teinture d'iode, même administrée par la bouche et à forte dose, est fort rare comme le fait remarquer M. Dumontpallier; dans les cas dont nous parlons, il a été presque la règle. Peut-on invoquer une prédisposition individuelle comme cela a lieu pour l'iodure de potassium, tel sujet ne pouvant supporter des quantités extrêmement petites, tel autre absorbant d'emblée et sans trouble des doses massives? Une pareille interprétation nous semble inadmissible en présence de la généralisation du symptôme. Peut-être faut-il admettre, comme M. Régnaud le fait pour l'albuminurie, que l'état de débilitation des enfants, la diathèse scrofuleuse dont presque tous étaient atteints, et enfin leur jeune âge, les rendent moins aptes à réagir contre l'intoxication; l'avenir et les cas observés plus tard répondront certainement sur ce point.

Presque tous les tuberculeux, disait M. J. Renaud à la Société de biologie, sont plusieurs fois par semaine soumis à des badigeonnages de teinture d'iode, et cependant chez eux l'albuminurie est rare; comment interpréter la fréquence de ce symptôme chez les malades de M. Simon? De plus les iodures et l'iode constituent un des meilleurs traitements de l'albuminurie; comment concilier ces faits? On répondra que l'iode en nature peut agir sur le rein tout autrement que les iodures. Quoique cette distinction soit subtile (car on comprend difficilement que l'iode en présence des sels alcalins du sang ne se transforme pas en iodure), nous l'admettrons un moment. Mais pourquoi la teinture d'iode administrée en nature dans du vin ou éteinte dans l'eau de riz, suivant le conseil de M. N. Guéneau de Mussy, améliore-t-elle l'albuminurie? La seule réponse possible aujourd'hui nous paraît être celle de M. Régnaud: que chez les enfants scrofuleux, toujours très-exposés à l'albuminurie, une substance irritante iode, iodure, peut-être éliminée par les reins, produit une néphrite, comme, chez l'adulte, l'argent, le plomb, etc.; il faudrait donc invoquer plutôt le terrain que le médicament.

Quoi qu'il en soit de l'interprétation des faits, encore fort douteuse, les observations de M. Simon doivent mettre en garde contre des accidents possibles à la suite d'un traitement jusqu'ici regardé comme inoffensif. L'iodisme ne vient pas toujours avertir et c'est par l'analyse des urines qu'il faudra surveiller l'apparition d'une albuminurie qui, passant inaperçue, pourrait devenir permanente.

H. CHOUPEE.

HISTOIRE ET CRITIQUE

LA MUSCARINE.

(Deuxième article.)

Nous avons vu déjà quels sont les effets de la muscarine sur le cœur; nous allons maintenant étudier les modifications qui se produisent sous son influence dans d'autres fonctions, et pénétrer plus intimement dans l'étude de la genèse des phénomènes qui caractérisent son action.

Il semble se produire dans la circulation périphérique, sous l'influence de ces substances, quelque chose d'analogue à ce que nous venons de voir du côté du cœur. Si chez un chien on met à nu le canal de Warthon et qu'on y introduise une canule, on voit à l'état normal une goutte de salive s'écouler de temps à autre. Injectons alors sous la peau de

ce chien une faible dose de muscarine, et aussitôt les gouttes s'écoulent pressées par la canule, et le phénomène a une durée variable avec la quantité de substance employée. Que si maintenant nous injectons quelques gouttes d'une solution de sulfate d'atropine, bientôt l'écoulement s'arrête, et il nous deviendra impossible tant que l'animal restera sous l'influence de l'atropine, de le faire repartir de nouveau. Ici encore l'ésérine et plusieurs autres substances agissent dans le même sens que l'atropine, mais bien plus faiblement.

Nous devons indiquer ici la théorie émise par M. le professeur Vulpian pour expliquer ces faits (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 1875, p. 29). Il se produit avec la belladone et la muscarine des résultats analogues à ceux qu'on observe avec la belladone et le jaborandi; dans tous ces cas la théorie est la même. D'après les recherches de Kenchel et Heidenhain, répétées par M. Vulpian, il semble bien établi que l'atropine agit sur les fibres nerveuses sécrétories de la glande, et non sur les fibres vaso-dilatatrices ou sur les cellules glandulaires. Ceci bien établi, il est de même permis d'admettre que la muscarine agit sur les extrémités des nerfs sécrétories dans les glandes; car, s'il en était autrement, l'atropine qui agit uniquement sur ces extrémités nerveuses ne supprimerait pas l'action de la muscarine. Ces expériences ont une très-grande importance, puisqu'elles peuvent aider à interpréter le mode d'action de la corde du tympan sur la sécrétion salivaire :

« On a admis, à la suite des expériences de Kenchel et Heidenhain, dit M. le professeur Vulpian, que les fibres glandulaires de la corde du tympan sont des éléments excito-sécréteurs; qu'elles se mettent plus ou moins directement en rapport avec les cellules propres de la glande sous-maxillaire, et qu'elles peuvent, lorsqu'elles sont soumises à une excitation expérimentale ou fonctionnelle, provoquer une exagération du travail physiologique de ces cellules. On pourrait, ce me semble, envisager autrement le rôle de ces fibres. La sécrétion des glandes sous-maxillaires, d'après cette nouvelle manière de voir, serait soumise à l'influence de ganglions nerveux qui exerceraient sur elle une action modératrice. Les variations de cette action correspondraient aux variations de l'activité du travail fonctionnel de ces glandes. Les fibres glandulaires de la corde du tympan seraient en relation avec ces ganglions modérateurs, et l'excitation de ces fibres aurait pour effet de suspendre le fonctionnement de ces ganglions. L'influence modératrice exercée par ces ganglions venant à disparaître par suite de cette excitation, la glande sous-maxillaire correspondante pourrait déployer toute son activité sécrétoire. La muscarine agirait sur les ganglions modérateurs comme l'électrisation de la corde du tympan; l'atropine exalterait l'action normale de ces ganglions.

» Mais ce sont là des vues absolument hypothétiques pour le moment. »

Il s'agissait de savoir si cet antagonisme se poursuivait plus loin et si cette action, si spéciale à la belladone, la dilatation de la pupille, était l'opposé de l'influence de la muscarine sur les fibres musculaires de l'iris. Cette recherche a été faite par Valdemar Kenchel, de Copenhague. Cet auteur a d'abord constaté que l'injection dans l'œil de quelques gouttes d'une solution de muscarine détermine toujours, au bout de dix à quinze minutes, une contraction du muscle de l'accommodation; cette contraction augmente pendant quelques minutes pour disparaître après une heure et demie environ. Les effets sur la pupille sont beaucoup moins constants. Il y a, il est vrai, presque toujours contraction de la pupille, mais chez

certaines personnes cette contraction est très-forte et très-persistante ; chez d'autres, au contraire, elle est faible et surtout passagère. Cette action sur la pupille est tout à fait indépendante de celle sur le muscle de l'accommodation. La lenteur de cette contraction pupillaire, son incertitude font qu'elle ne peut rendre aucun service en ophthalmologie ; Donders a cependant proposé de l'employer pour la détermination des courbures du cristallin. Ici encore, et plus que dans les cas précédents, l'action de l'atropine fait disparaître les effets de la muscarine sans que son action puisse être ultérieurement modifiée par cet alcaloïde.

Avant d'aller plus loin dans l'étude des expériences sur le mode d'action réciproque de la muscarine et de l'atropine, nous allons sommairement passer en revue les effets de ce dernier alcaloïde sur la respiration, la calorification et l'innervation. Ici encore nous emprunterons beaucoup à M. Alison (*Gaz. hebdomadaire*, 1876, n° 43, p. 199-200).

L'étude de l'action de la muscarine sur les organes de la respiration a été faite sur plusieurs animaux (chien, chat, lapin, cobaye, oiseaux, grenouilles, lézards). Chez tous ces animaux le principal phénomène est une dyspnée considérable dont la période ultime est la cyanose et l'asphyxie. Sous ce rapport, les expériences de M. Alison sont complètement d'accord avec celles de Schmiedeberg et Kope. « On peut observer, dit-il (note à l'Académie des sciences, séance du 20 mars 1876) : 1° avec de faibles doses une augmentation de nombre, puis un retour au chiffre normal des respirations ; 2° avec des doses moyennes une augmentation suivie d'une diminution ; 3° une diminution progressive, jusqu'à l'arrêt définitif, avec des doses toxiques. »

Quand on emploie des doses faibles, on observe souvent une légère élévation de la température, phénomène qui ne se produit qu'une heure ou deux après l'administration de la muscarine. Avec des doses moyennes, il y a d'abord un abaissement de 1 à 2 degrés, mais bientôt la température remonte et atteint la normale. Avec des doses fortes il se fait un abaissement progressif jusqu'à la mort. Si pendant cet abaissement de température on injecte sous la peau de l'animal une dose suffisante de sulfate d'atropine, la température se relève (Prevost).

Un animal empoisonné par la muscarine tombe rapidement dans un état de prostration profonde et s'affaiblit peu à peu jusqu'au moment où le cœur s'arrête ; il ne crie pas, il n'éprouve aucune convulsion. Quand, sous l'influence de l'atropine, l'empoisonnement est enrayé, c'est peu à peu et progressivement que l'animal reprend ses forces et qu'il revient à l'état de santé. Ajoutons que la muscarine provoque des vomissements et souvent de la diarrhée.

Par quel mécanisme l'atropine fait-elle cesser l'arrêt diastolique du cœur produit par l'*Amanita muscaria*? Comment se comporte-t-elle par rapport aux parties du cœur qui ont été isolées de leur centre d'innervation? Nous nous sommes engagés à revenir sur ces deux importantes questions que M. Alison a étudiées avec un soin et une persévérance dont on ne saurait trop le féliciter.

Pour répondre à la dernière, il a isolé successivement par des ligatures certaines parties du cœur après empoisonnement par l'*Amanita muscaria*, et il a cherché à bien préciser comment dans ces circonstances les contractions renaissent sous l'influence du sulfate d'atropine. Il a pratiqué des ligatures verticales et des ligatures transversales. Après les ligatures verticales, si l'on administre le sulfate d'atropine les con-

tractions se rétablissent, mais elles n'ont une certaine durée que dans la moitié qui comprend les oreillettes.

Les ligatures transversales ont été faites de différentes manières : 1° sur la partie supérieure des oreillettes ; 2° sur leur partie moyenne ; 3° sur le sillon auriculo-ventriculaire. Après ces ligatures, si le cœur n'est pas complètement arrêté les contractions persistent ; elles sont même augmentées dans la partie supérieure, tandis que dans la partie inférieure elles cessent après une ou deux minutes ; le sulfate d'atropine ne les y ramène pas.

Si le cœur est arrêté, l'arrêt persiste après la ligature ; le sulfate d'atropine ne fait rentrer les contractions que dans la partie supérieure ; « la lumière les ramène même dans les parties inférieures ». Si l'on enlève la ligature, le cœur entier se contracte.

Comment agit le sulfate d'atropine? L'atropine augmente-t-elle l'irritabilité du muscle cardiaque? La puissance, la fréquence des contractions qu'elle réveille pourrait faire croire à la réalité de cette hypothèse ; mais jusqu'à démonstration on ne peut rien affirmer dans ce sens. Agit-elle en excitant dans le cœur les extrémités périphériques des nerfs accélérateurs? En premier lieu il faudrait savoir si l'atropine excite ces nerfs. Cette opinion est probable, ainsi que l'a fait voir M. Vulpian (*Dict. encycl. des sc. méd.*, article MOELLE ÉPINIÈRE) ; mais dans le cas présent il est impossible d'admettre cette cause à l'exclusion de toutes les autres, car, des substances qui excitent ces extrémités nerveuses, l'eau acidulée, la nicotine ne ramènent pas comme l'atropine les contractions cardiaques dans l'empoisonnement par l'*Amanita muscaria*.

Il reste une troisième hypothèse. L'atropine paralyse-t-elle dans le cœur les extrémités périphériques des nerfs vagues, nerfs d'arrêt? Les expériences si connues de Blöbaum, de Bidder, de Kenchel et de M. le professeur Vulpian paraissent bien établir que l'atropine paralyse les extrémités cardiaques des nerfs pneumogastriques. Cette cause encore ne peut pas être admise comme unique dans la grande majorité des cas, mais c'est elle qui est de beaucoup la plus probable. Il semble donc que toutes ces causes agissent chacune pour une part, mais que c'est surtout en supprimant l'action des nerfs vagues que l'atropine favorise le retour des contractions cardiaques chez les animaux muscarinés.

Avant de terminer cette courte étude de la muscarine, nous devons signaler quelques points importants qui se trouvent consignés dans une communication provisoire récente de Hartuack et Schmiedeberg. Ces auteurs ont constaté que, sous l'influence d'une oxydation énergique, l'amanitine se transforme en muscarine ; or la base que l'on obtient avec la lécithine de l'œuf est absolument identique à l'amanitine extraite de la fausse oronge et se transforme comme elle en muscarine par l'action oxydante de l'acide azotique. On peut ainsi tirer une muscarine très-pure de l'albumine de l'œuf par le procédé que nous avons indiqué plus haut pour l'extraire de l'*Amanita muscaria*. La muscarine venant de l'albumine de l'œuf jouit de toutes les propriétés physiologiques de la muscarine végétale. Jusqu'ici il a été impossible de faire de la muscarine par synthèse.

Les mêmes auteurs ont encore obtenu une nouvelle base qui jouit de propriétés identiques à celles de la muscarine, si ce n'est qu'elle ne produit pas la contraction de la pupille ; cette base est plus riche en carbone que la muscarine et se prépare en faisant agir l'isoamline sur la triméthylamine.

Tels sont les faits connus jusqu'à ce jour.

La fausse oronge, en résumé, contient deux alcaloïdes; l'un, l'amanitine, substance non toxique; l'autre, la muscarine, qui est le véritable poison de ce champignon. Un des premiers effets après l'ingestion de ces champignons toxiques est le vomissement, provoqué par la muscarine, et qui heureusement suffit dans beaucoup de cas pour arrêter les progrès de l'intoxication; mais si la muscarine est absorbée en quantité suffisante, l'animal s'affaiblit très-rapidement, les sécrétions augmentent, la pupille se contracte, les pulsations et les mouvements respiratoires, souvent accélérés d'abord, se ralentissent, la température s'abaisse et enfin le cœur s'arrête: l'animal est mort. Mais chez les animaux inférieurs le cœur arrêté peut être excité, chez les animaux supérieurs le ralentissement peut être enrayé par l'absorption de certaines substances: l'hyoscyamine, l'ergotine, la digitaline, l'ésérine jouissent de cette propriété. Mais, plus que toutes ces substances, l'atropine est puissante. Son action pour réveiller les contractions du cœur, dilater la pupille, tarir les sécrétions, relever la température, est supérieure à celle de la muscarine: dans le sens contraire, et il suffit de doses très-faibles pour annuler l'action de très-fortes doses de muscarine.

Ces études physiologiques ont une grande valeur au point de vue pratique, non-seulement en indiquant le moyen rationnel d'enrayer l'empoisonnement par les champignons, mais encore parce qu'elles sont une nouvelle preuve de l'action de l'atropine sur le cœur, dont la thérapeutique, il faut l'espérer, tirera de grands avantages.

H. GHOUPPE.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

DES CONDITIONS DE LA CURABILITÉ DES EMBOLIES, par le docteur BOUILLON-LAGRANGE père, ancien interne des hôpitaux de Paris et membre de la Société médicale d'observation, etc.
(Fin. — Voyez les nos 10, 12, 15, 16 et 18.)

III. CONCLUSIONS. — Les conclusions qu'il me paraît possible de faire sortir de cette étude sur la curabilité des embolies sont de deux sortes: elles sont *pathologiques* et *pratiques*; *pathologiques*, c'est-à-dire résultant de l'appréciation des faits cliniques au double point de vue de leurs rapports entre eux et avec les notions acquises à la science; *pratiques* par les conséquences qu'on en peut tirer pour le diagnostic, le pronostic et le traitement de ce processus.

1^{re} *Conclusions pathologiques ou appréciation des faits cliniques.* — Je serai très-bref et je me bornerai à observer qu'en considérant les faits sus-rapportés à la lumière des données anatomiques spéciales et générales que nous fournit l'histoire de l'embolie, à celle aussi des résultats expérimentaux que nous avons rappelés, en les comparant entre eux, on est conduit à les ranger dans les quatre catégories suivantes:

A. Les embolies guérissables peuvent se produire dans les gros troncs et aussi dans les capillaires, *sans autres suites graves* que les phénomènes effrayants, subits et éphémères que nous avons signalés, comme le prouvent les onze faits cités, et comme conséquence il faut admettre que beaucoup d'autres échappent ou ont échappé à l'observation, au moins dans l'appréciation de leur cause véritable, c'est la forme *artério-pulmonaire* ou *vasculaire*.

B. Dans d'autres cas, des symptômes plus ou moins graves et principalement pulmonaires se sont joints aux phénomènes initiaux de la première catégorie; c'est la *forme pulmo-*

C. Ou bien après les symptômes initiaux et ceux des lésions pulmonaires, il y a eu production d'affections *secondaires* du système artériel général qui ont pu guérir encore, c'est la forme avec *embolies secondaires consécutives*.

D. Enfin, sans symptômes *apparents* cardiaques artériels ou pulmonaires, des embolies secondaires peuvent se montrer, et cela surtout peut-être dans les coagulations, suites de varices, dans lesquelles on observe le dessèchement du caillot jusqu'à la production de la plus fine poussière de fibrine, et même celle de *minuscules phlébolithes*, c'est ce que nous croyons avoir observé dans la première maladie de la femme qui fait le sujet de notre seizième cas, ce que les expériences avec les poudres impalpables de Panum et de M. Feltz ont produit artificiellement, et que ce dernier a rencontré dans un cas d'ictère grave; c'est l'*embolie secondaire d'embolie ou primitive*.

2^{es} *Conclusions pratiques.* — A. Conséquences relatives au diagnostic. — De notre appréciation des faits résulte certainement la preuve de la fréquence des embolies, de leur grande fréquence; aussi, dans les circonstances où elles sont possibles, doit-on toujours les soupçonner et les rechercher; tous les symptômes qui se produisent après des coagulations du sang, ou autres troubles circulatoires capables de les engendrer, doivent leur être rapportés, en l'absence d'un autre diagnostic certain qui les explique; une telle conduite n'a pas d'inconvénients au point de vue du résultat pratique, celui des indications à remplir, et elle évitait souvent l'emploi de moyens actifs et nuisibles en pareils cas.

Pour établir ce diagnostic de l'embolie en tenant compte de toutes les circonstances qui peuvent faire remonter à sa source, on ne doit pas négliger, en ce qui concerne les coagulations veineuses formées dans les membres inférieurs, l'aspect symptomatique, *actif* ou *passif*, qu'elles ont offert dans leur évolution; le premier succédant au second devant permettre d'affirmer la *cause productrice* de la fermeture du vaisseau et avec elle celle des symptômes viscéraux dont on pourrait soupçonner la nature embolique, qu'elle vient ainsi confirmer.

Parmi les symptômes viscéraux, on doit surtout remarquer l'apparition et l'existence de ceux qui ne peuvent se comprendre que par l'influence d'une cause purement mécanique, telles sont ces formes de congestion, d'hémorragies pulmonaires très-locales, à siège presque constant en arrière, à la base et plus souvent à droite, qui ne l'accompagnent pas ou ne sont pas précédés du cortège habituel de ces lésions, ces modifications viscérales diverses, sans autre trouble de la santé qui les explique que les sources emboliques *cliniquement* et *expérimentalement* reconnues pour en être l'origine, et qu'on observe dans le cerveau, la moelle épinière, l'intestin, le foie, les reins, après les brûlures, les coagulations, les blessures, les varices et les coagulations lentes, par le dessèchement, la rupture et la migration des caillots qui en résultent, des *caillots prolongés* surtout.

Il ne faut pas négliger de rapporter aux embolies les effets *secondaires* dont la pathologie expérimentale comme la clinique ont démontré l'évidence: avec un peu d'attention, on établira ce diagnostic en ne perdant pas de vue la possibilité du transport par le sang à travers les capillaires pulmonaires des poudres impalpables ou de la graisse, qui vont ultérieurement se déposer et s'accumuler dans les capillaires généraux pour y troubler plus ou moins et avec plus ou moins de durée, quelquefois avec une intensité mortelle, mais plus souvent peut-être d'une manière passagère le jeu des organes en produisant des embolies capillaires *primaires*. On se rappellera que les débris recueillis dans les infarctus par des veines pulmonaires peuvent aussi produire les embolies *secondaires consécutives*. C'est ce que nous avons observé de la manière la plus évidente dans les faits rapportés sous les numéros 13, 15 et 16 de notre première partie et peut-être dans la maladie du distingué confrère que j'ai citée.

En résumé, la présence de sources emboliques, l'impossibilité d'expliquer des symptômes subits inattendus par une cause autre que celle-ci, la marche particulière des accidents doivent en général suffire au diagnostic, même pour l'appréciation des effets secondaires. Il est bien entendu cependant que le diagnostic, en ce qui concerne ces derniers, sera souvent tardif, toujours dubitatif au début, mais assez motivé pour rendre la thérapeutique réservée, quelle que soit l'importance de l'organe intéressé.

B. Conséquences relatives au pronostic. — Il faut avant tout, pour apprécier la gravité d'une embolie, tenir compte de la maladie primitive ou de la source d'où elle provient et surtout de l'état général du malade; lorsque ces conditions sont bonnes ou seulement passables, même avec des symptômes emboliques, graves et réitérés, il ne faut pas désespérer, car les qualités du sang doivent prévenir les désordres inflammatoires de suppuration, de gangrène, d'infection putride compromettants pour la vie du malade, et dans les organes atteints par les lésions consécutives, et dans les vaisseaux eux-mêmes. Ainsi, dans ces coagulations, suites de goutte, de diabète, de varices, de *phlegmatia alba dolens* et même de contusions et de fractures, il ne faut pas désespérer et considérer bien plus l'état primitif que les désordres emboliques pour apprécier la gravité de ceux-ci. Nous avons vu en effet des cas de ce genre offrir le tableau le plus complet de l'embolie grave, des embolies même les plus compliquées, les éruptions de caillots migrateurs, produisant les accidents les plus effrayants, et ceux-ci répétés et suivis de phénomènes secondaires, et cependant la vie a été conservée, la réparation des désordres s'est effectuée, grâce à cette condition essentielle, la *pureté du sang*; il n'est pas douteux, au contraire, que l'embolie putride, gangréneuse ou même inflammatoire ou du moins provenant d'un foyer où le processus de l'inflammation est en pleine activité et surtout en suppuration, avec plus ou moins d'altération du pus, n'offre les plus grands dangers.

Si des désordres même graves produits par les embolies, quand ils ne sont pas compliqués de trop nombreuses atteintes nouvelles ou des formes sus-indiquées se réparent assez facilement, il faut s'attendre, pendant ce travail de cicatrisation, à quelques jets d'embolies secondaires dans la grande circulation.

Alors même que la faiblesse est extrême, que cette faiblesse a contribué à la formation, puis à la désagrégation de caillots, par diminution de l'action cardiaque et l'appauvrissement du sang, si celui-ci est pur, s'il n'y a pas mélange de pyohémie et surtout d'infection putride, il ne faut pas encore désespérer, cette faiblesse même peut être à son tour une cause de guérison par le calme du cœur, dont les mouvements désordonnés peuvent amener la mort, et par l'immobilité forcée qu'elle impose aux malades, c'est-à-dire par l'existence des deux conditions essentielles à la solution favorable, à la non-reproduction de nouveaux accidents emboliques, en même temps qu'à la réparation de ceux déjà produits.

Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que tout dépend des résistances des dispositions propres à l'individu et que, comme l'a dit Panum de Kiel, « il faut donc chercher la cause principale des divers effets des caillots emboliques de l'artère pulmonaire dans la prédisposition qu'ont les différents parties du poumon à s'alléger par le contact des caillots » (*Archives*, septembre 1863, p. 295), c'est-à-dire dans des dispositions inconnues, impossibles à préciser *à priori*, qui doivent laisser le pronostic en suspens et nous faire craindre toujours, mais sans désespérer.

C. Conséquences relatives au traitement. — Si les conditions que je viens de rappeler doivent rendre dans les cas semblables le rôle du médecin très-restrict, ce rôle n'en doit pas moins être très-actif et peut encore se montrer efficace. Trois indications principales se présentent en effet pour favo-

riser l'effort conservateur de la nature qui ici surtout domine la guérison.

1° Maintenir le malade dans le repos le plus absolu;

2° Calmer, régler la circulation dont les désordres sont la cause efficiente du détachement et de la migration des caillots;

3° Modifier les causes premières des troubles circulatoires qui ont amené l'embolie.

1° *Repos absolu.* — Que les effets des embolies aient été mortels ou qu'au contraire, comme dans les cas que nous avons rapportés, ils aient été suivis d'une guérison plus ou moins rapide, dans tous on a signalé des mouvements brusques, actifs et même *passifs*, comme cause déterminante de l'accident; on devra donc avant tout éviter ceux-ci; les malades affectés de coagulations vasculaires, surtout des membres inférieurs, et principalement d'oblitérations veineuses, ceux affligés de maladies cardiaques ou artérielles avec productions évidemment mobiles, séparables ou qu'on peut présumer telles, à l'intérieur de ces organes, devront être maintenus dans le repos le plus absolu, tous les mouvements qu'on leur permettra seront *passifs* et ceux-ci exécutés avec les plus grandes précautions. Le séjour au lit devra être prolongé un mois, deux mois et plus, jusqu'à ce que tout danger ait disparu. Le calme de l'esprit sera maintenu chez eux autant que possible, on leur épargnera les émotions, même douces; c'est ainsi que je crois avoir empêché chez la malade, objet de l'observation n° 16, le retour d'accidents déjà deux fois produits dans les mêmes conditions; c'est la conduite que j'avis recommandée il y a quinze ans pour les malades n° 13 et 14, et que tout récemment mon fils et moi prescrivions au malade de l'observation n° 15, celle enfin que je maintiens vis-à-vis de la pauvre malade affectée d'un kyste supprimé de l'ovaire et de si nombreuses oblitérations, et c'est à elle que j'attribue sa conservation depuis six semaines, malgré les nombreux accidents qui se sont produits et surtout cette série d'embolies de l'artère pulmonaire dont les dernières résultant sans doute de parcelles minimes de caillots ont à peine exprimé leurs *traits asphyxiques*; mais la malade conserve ce teint comme plombé ou bistré, indice d'une *anémie* plus ou moins complète, mais momentanée du cerveau, à l'arrivée des caillots dans l'artère pulmonaire (1). Le médecin doit, pour obtenir ces conditions essentielles de repos physique, intellectuel et moral, mettre les assistants au courant de la situation et de son danger et même, placé en face de malades indociles, ou dont l'activité est parfois invincible, leur faire comprendre à eux-mêmes l'absolue nécessité de ce calme, sans les effrayer tout à fait sur leur état.

2° *Calmer la circulation.* — Toutes les fois qu'il est possible d'employer la digitale, on devra y avoir recours; quand l'état du malade est accompagné de fièvre vive, il est bon d'y joindre l'usage de l'aconit, et comme ici l'absorption est singulièrement diminuée et qu'à un moment donné elle peut être tout d'un coup ramené à son taux normal, il faut donner à ces médicaments actifs une forme qui ne leur permette pas de s'*emmagasiner*, pour produire ensuite un effet toxique subit au réveil de l'absorption; la teinture alcoolique et l'alcoolature sont, pour moi, les formes préférables; elles facilitent le dosage et l'absorption immédiats et sont d'un très-facile emploi: on sait que l'alcoolature d'aconit (racines) est un médicament d'une efficacité incontestable contre l'état fébrile, quelle qu'en soit l'origine, contre l'appareil inflammatoire en général, mais surtout contre les phlegmasies des séreuses; seule dans les cas qui nous occupent, ou associée à la teinture de digitale, toutes les fois qu'il y a lieu de mieux régler en le fortifiant l'organe central dans des mouvements, elle m'a paru d'une action très-heureuse.

À l'égard de la digitale, si j'ai préféré la teinture alcoolique,

(1) Faciles qui se révèle d'ailleurs, après les grandes émotions, par un mécanisme analogue, quoique dérivant d'une autre cause, la suspension momentanée de l'action du cœur, et qui persiste quelquefois si longtemps après l'événement qui l'a causé.

c'est parce que l'effet en est certain, mais un peu moins énergique que celui de l'infusion aqueuse, recommandée avec tant de raison par M. Hirtz, et d'une surveillance par là moins difficile quant à ses résultats trop rapides, trop profonds, et même inattendus, conditions bien dangereuses, surtout quand la circulation est faible et languissante.

3° *Modification des causes premières des désordres emboliques.* — Ici il n'est pas possible de tracer des règles bien nettes, et malheureusement dans bien des cas les affections qui peuvent amener des embolies restent au-dessus de toute ressource et doivent être soumises seulement aux moyens sus-indiqués pour ces nouveaux désordres qui les compliquent autant encore que ceux-ci sont susceptibles d'en recevoir l'application, quand ils ne sont pas les phénomènes ultimes des plus graves maladies chroniques.

Mais il est au contraire quelques moyens à recommander pour les blessures, les varices, les congélations, les brûlures qui peuvent amener des coagulations, et surtout pour ces coagulations lentes, souvent en quelque sorte spontanées, qui se produisent dans certains états morbides du bassin, chez la femme surtout, et chez l'homme principalement dans certaines conditions diathésiques, comme les gouttes vagues et internes, le diabète, ainsi que nous l'avons tous plusieurs fois observé.

C'est dans les cas de blessures et de varices surtout qu'il est urgent de recommander et de prolonger le repos, ainsi que récemment, le 2 septembre 1873, M. le professeur Gosselin le faisait à l'Académie à l'égard des fractures plus spécialement. Je crois aussi qu'il ne faut pas, en raison même de la production possible, encore moins en vue de la réparation des désordres emboliques, se montrer très-antiphlogistique; être trop préoccupé de l'irritation des parois vasculaires, ou autrement que par des calmants, des applications chaudes ou froides, suivant l'indication; empressé à faire cesser toute douleur sur le trajet des vaisseaux; ce serait méconnaître que tout le danger consiste dans le caillot prolongé placé précisément hors du vaisseau malade, et qu'une phlegmasie modérée est contre ce danger un préservatif avant son abouchement dans le vaisseau plus important où il doit pousser cette saillie, et, même pour ce caillot consécuteur déjà produit, un moyen d'adhésion et d'empêchement à sa rupture, et par suite un auxiliaire pour le rétablissement de la perméabilité du vaisseau, sans accidents.

Être trop énergique dans l'usage des émissions sanguines pour les désordres produits dans les organes par la poussée d'une embolie, ce serait oublier la nature purement mécanique de la cause du mal et l'effet surtout réparateur de la circulation supplémentaire et de l'hyperhémie de compensation, qui s'établit autour d'eux; sans doute il est quelquefois nécessaire de borner ce développement vasculaire circonferenciel quand il est très-étendu, porté jusqu'à l'inflammation et l'hémorrhagie active, sans doute il faut se rappeler que lui seul produit, par exemple dans la substance nerveuse, le ramollissement rouge (Panum, *Archives*, septembre 1863, p. 298); mais il est désirable de ménager les forces du malade et de n'employer que les réusifs, les contro-stimulants et même les toniques, et c'est à ce but surtout de modérer l'effort de réaction, sans affaiblir, qui devront concourir l'aconit et la digitale, qui nous ont déjà servi à régler, à calmer la circulation générale, et qui se montrent encore d'une grande efficacité en telle circonstance, en un usage avec prudence et discernement et surtout quand la fièvre est éveillée par les complications des embolies et des infarctus qu'elles ont pu produire.

Il faut surtout se montrer expectant, nourrir ces blessés en les maintenant dans le repos prolongé, combattre par la révulsion les contro-stimulants, les calmants non trop actifs, les symptômes inflammatoires congestifs et la douleur; être très-sobre, d'émissions sanguines surtout générales à cause de la déperdition subite qu'elles font subir au malade, du vide ra-

pide qu'elles produisent dans l'arbre circulatoire, effets quelquefois favorables dans les phlegmasies franches, mais qui ici peuvent amener une sorte d'aspiration de nouvelles embolies.

Telle me paraît être la conduite à tenir pour les blessés atteints de fractures, de contusions, brûlures dans les congélations et chez les variqueux.

À l'égard des coagulations lentes produites chez les diathésiques, chez ceux surtout dont l'action cardiaque est très-faible et cause principale de l'arrêt du sang veineux par la suppression de la vis à tergo, je crois que, dans un but préventif, ils doivent être soumis à l'usage habituel du café, dont l'efficacité sur ces cœurs insuffisants est supérieure même à celle de la digitale, dans les circonstances ordinaires de son emploi, qu'il faut combattre chez eux la disposition aux flatulences, à la génération de l'acide carbonique par l'emploi des alcalins, et surtout l'administration fréquente de la magnésie à dose absorbante et l'usage des eaux de Contrexéville, qui se montrent, paraît-il, d'une grande efficacité en pareils cas (Brongiani, *Contribution à l'histoire de la goutte viscérale*, in *Annales d'hydrologie médicale*, t. XX, et spécialement obs. IV). Il est bien clair que les mêmes moyens doivent être employés chez eux quand il s'agit de réparer les désordres emboliques produits et leurs effets primitifs et consécutifs, mais qu'il faut surtout insister sur le repos prolongé, le calme d'esprit et une alimentation sérieusement réparatrice et dirigée suivant les indications spéciales aux diverses diathèses.

En l'absence de lésions organiques dominant la situation, ces moyens se montreront certainement le plus souvent curateurs ou procureront du moins un état de santé possible et compatible avec une existence ordinaire; mais il faut se garder dans l'alimentation de l'usage des matières susceptibles de fermenter dans les organes digestifs, telles que les herbes, les fruits, les légumes à enveloppes, les farineux, surtout chez les diathésiques, sans se montrer, même chez ces derniers, absolument exclusif: un tel système d'hygiène ayant toujours pour résultat l'affaiblissement par lassitude des forces digestives de l'estomac, et la production de quelques troubles dans d'autres organes comme le foie ou les reins, et consécutivement des voies biliaires ou urinaires, et aussi le dérangement des fonctions intestinales.

C'est avant tout chez les femmes en couches ou dans les graves affections du bassin et des fosses iliaques dans lesquelles l'utérus ou ses ligaments et l'ovaire sont affectés et par conséquent avec eux les plexus veineux qui les entourent, qu'on doit toujours craindre des coagulations veineuses, et les caillots prolongés qu'elles peuvent produire dans les veines iliaques et dans la veine cave: c'est chez elles qu'il faut surveiller l'état des vaisseaux, et à la moindre atteinte de ceux-ci se montrer extrêmement sévère sur l'immobilité des malades. Mais c'est aussi chez elles qu'on ne doit pas pousser bien loin les émissions sanguines, ni la diète, et qu'il faut au contraire réserver toutes les forces et les entretenir malgré la fièvre en général très-vive, par une alimentation soutenue et très-variée, en dépit même des vomissements rendus si fréquents par les complications péritonéales, par l'usage des vins généreux et de l'alcool. C'est chez elles aussi que l'emploi de l'aconit et de la digitale, du sulfate ou du valériane de quinine doit être recommandé avec persévérance, énergie; mais suspensions et reprises fréquentes des médicaments suivant les indications et l'effet obtenu. C'est par ces moyens et les opiacés sous diverses formes qu'on arrive à procurer à ces pauvres malades un peu de calme, de sommeil, et qu'à près bien des souffrances et bien du temps, quelquefois après des phases nombreuses et successives d'amélioration et d'aggravation des accidents, après les périls de ces graves complications emboliques, qu'on arrive si péniblement à la guérison. Il faut d'ailleurs le dire, quand les transports emboliques chez ces

malades ne sont pas immédiatement mortels, ils ne sont pas non plus suivis d'un cortège si nombreux de phénomènes accessoires ; c'est chez elles qu'on voit les caillots s'arrêter et se fixer dans les grosses divisions de l'artère pulmonaire, et après les troubles si subits, si effrayants qu'ils produisent, y subir sur place les divers états d'adhésion, de dessèchement et de régression, sans autres altérations pulmonaires, grâce sans doute à la qualité plastique du sang, augmentée à la fois *activement* par l'inflammation si étendue des organes du bassin et du péritoine, et *relativement* par la diminution anémique des globules rouges, mais laissant aux caillots une certaine mollesse par sa constitution même.

C'est le tableau que j'ai en ce moment sous les yeux dans la jeune femme dont j'ai déjà parlé et qui semble atteinte d'une sorte d'embolie chronique et *exclusivement artérielle*. J'assistais encore hier à un de ces étouffements subits avec pression sous-sternale et asphyxie imminente avec sifflement trachéal et demi-syncope qui dura quelques minutes. C'est par une médication énergique de temps en temps, mais nulle dès que les forces sont un peu réparées et les accidents calmés, en soutenant sans exciter, c'est par une alimentation maintenue malgré les vomissements, en obtenant la tolérance de l'estomac, par les opiacés et les alcooliques les plus forts, mais à doses minimes, que j'ai jusqu'ici réussi à l'aider dans le combat qu'elle livre si vaillamment à la mort au moment où ses veines crurales, iliaques et probablement la veine cave elle-même se désobstruent, non sans départs de caillots migrateurs (1).

J'ai terminé la tâche que je me suis imposée, j'ai tiré de quelques faits de guérison, de leur comparaison avec les détails d'anatomie pathologique qui pouvaient les éclairer, avec les expériences de pathologie comparée, avec les notions générales sur l'embolie, des conclusions pratiques qu'elles me paraissent comporter, j'ai ébauché une œuvre que de plus habiles compléteront, et par leur connaissance plus répandue des phénomènes emboliques souvent masqués se dégageront de l'obscurité qui les enveloppe, en même temps que leur thérapeutique s'établira sur une base plus large et plus sûre.

Je ne quitterai pas la plume sans payer un tribut de reconnaissance aux travailleurs nombreux inspirés depuis vingt ans en France par l'étude de l'embolie, et aux écrits desquels j'ai puisé abondamment ; sans entreprendre de les nommer tous, je l'adresse surtout à l'école de Strasbourg et de Nancy, aux collaborateurs de la GAZETTE HEBDOMADAIRE et des ARCHIVES, à la Société anatomique, à celles de biologie, de médecine et de chirurgie des hôpitaux de Paris, pour l'ardeur et le soin avec lesquels ils se sont livrés à l'interprétation, à la critique, à l'examen de cette belle question, dans le but de réformer nos idées françaises, mais aussi dans celui de les défendre contre des reproches parfois injustes !

Mais oublions ces rivalités nationales ; la science, comme la vérité, est universelle, et le travail, pour la conquérir, doit être universel aussi ! Pendant que nos rivaux reconnaîtront, après notre intervention, ce que Schelling disait à propos de la philosophie de Cousin, à qu'en fait de style et de clarté, ils ont quelque chose à gagner dans le pays de Descartes, nous imiterons leur patience, leur *tenture* à conclure, afin de ne plus leur permettre de ramasser le métal pur dans nos déblais d'extraction !

(1) Le long retard apporté à la publication de ce travail me permet du moins d'affirmer la connaissance de cette pauvre malade, chez laquelle les accidents emboliques ont cessé depuis un mois, mais dont les vaisseaux ne contiennent plus qu'une lymphite à peine teintée de rose. Je mentionnerai comme observation de guérison d'embolie qui m'avait échappé, l'obs. XV du savant mémoire de MM. Charcot et Ball (Gazette hebdomadaire, p. 841). Le diagnostic de MM. Barth et Jacquemin n'y paraît incontestable, malgré les doutes exprimés par les auteurs du mémoire. Il y a eu certainement rupture d'un caillot prolongé dans l'iliaque ; et sans oblitération des veines des membres.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 1^{er} MAI 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

FORCES ÉLECTROMOTRICES PRODUES AU CONTACT DES LIQUIDES SÉPARÉS PAR DES DIAPHRAGMES CAPILLAIRES. Mémoire de M. Becquerel. — Voici dans quelles conditions ont été faites les expériences : L'acide et la base de dissolutions étendues (1 équivalent en grammes d'acide ou de base pour deux litres de liquide) étaient mis en contact au moyen d'un diaphragme consistant, soit en un tube fêlé, soit en un tube fermé par du papier parchemin, soit enfin en un vase poreux, ou porcelaine dégourdie. Les résultats ont été les mêmes avec ces différents diaphragmes ; mais on a employé de préférence du papier parchemin. On détermine alors la force électromotrice de chaque couple de liquides par la méthode décrite antérieurement (voy. Comptes rendus, t. LXXVII, p. 1170), et qui consiste à opposer une force électromotrice variable et déterminée pour annuler celle que l'on mesure, d'abord au moment où ils viennent d'être mis en contact, puis à bout d'un certain temps, et l'on répète les déterminations jusqu'à ce que la force électromotrice n'augmente plus, afin d'avoir le minimum au commencement et le maximum au moment où la force électromotrice cesse d'augmenter.

Les résultats des expériences ont été les suivants : 1^o Si, dans un appareil arrivé à son maximum, on remplace le diaphragme par un autre diaphragme semblable et neuf, la force électromotrice retombe à son minimum ou très-près de ce minimum. 2^o Si, dans un appareil à papier parchemin arrivé à son maximum, on remplace les liquides par des liquides neufs, il n'y a pas abaissement bien sensible de la force électromotrice. 3^o Dans un appareil à papier parchemin, on peut abaisser plus ou moins la force électromotrice en frottant fortement la membrane avec une tige de verre.

La conclusion de l'auteur est que les dissolutions ou les substances qu'elles contiennent seraient condensées dans les espaces capillaires, de même que les gaz le sont dans les corps poreux. Et ce fait intéresserait vivement la physiologie, attendu que, dans l'organisme animal et végétal, tous les liquides sont séparés par des tissus plus ou moins capillaires, qui doivent donner lieu à des effets semblables à ceux que nous venons d'exposer.

EMPLOI DE LA MÉTHODE D'ARTICULATION DANS L'ENSEIGNEMENT DONNÉ AUX SOURDS-MUETS. Mémoire de M. A. Houdin. — Ce mémoire, tout historique, tend à établir que la méthode d'articulation, introduite en France en 1745 par Péreire, qui l'apporta de Portugal, et bientôt dominée par celle de l'abbé de l'Épée, n'a été perdue ni seulement oubliée parmi nous à aucune époque. (Renvoi à la commission précédemment nommée.)

MALADIES DU LARYNX. — M. Ch. Fauvel adresse, par l'entremise de M. Bouillaud, pour le concours des prix de médecine et de chirurgie (fondation Montyon), son TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DU LARYNX.

RAFFINOSE, par M. D. Loiseau. — Cette nouvelle substance organique a été obtenue en recherchant, dans une raffinerie, les conditions les plus favorables à l'extraction du sucre des mélasses, au moyen du sucrate d'hydrocarbonate de chaux. L'analyse élémentaire de la raffinose cristallisée fournit les résultats suivants, dans 100 grammes : Carbone, 36,30, 36,04 ; hydrogène, 7,07, 7,07 ; oxygène, 56,63, 56,63.

NOUVELLE MÉTHODE POUR L'ÉTUDE DE LA RESPIRATION DES ANIMAUX AQUATIQUES. Note de MM. F. Jolyet et P. Régnard. — Nous nous contentons de signaler ce travail, dont l'analyse serait inintelligible, sans la figure de l'appareil, que nous n'avons pas à notre disposition.

SUR UN NOUVEAU THERMO-GAUTÈRE. Note de M. C. A. Paquetin. — Cet instrument chirurgical, construit dans les ateliers de M. Collin, trouve une application dans toutes les opérations qui se font avec l'aide du feu. Il a le même emploi que le cautère galvanique-thermique, et emprunte sa chaleur à la combustion de certains hydrocarbures volatils.

Sa construction repose sur la propriété qu'a le platine (ou tout autre métal de même ordre), une fois porté à un certain degré de chaleur, de devenir immédiatement incandescent au contact d'un mélange gazeux d'air et de certaines vapeurs hydrocarbonées, et de maintenir cette incandescence durant tout le temps du contact avec ce mélange.

L'opérateur peut faire parcourir à son gré toute la gamme des températures, depuis le rouge sombre jusqu'au rouge blanc, et le maintenir aussi longtemps que l'opération l'exige à tel degré de chaleur qu'il désire. On peut immédiatement en modérer ou en accélérer l'action, l'éteindre ou le rallumer.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 9 MAI 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. le ministre de l'Agriculture et du commerce transmet à l'Académie : « Des pièces relatives à une demande faite par M. Hoffmiller (de Mignacville), à l'effet d'obtenir l'autorisation d'exploiter pour le service médical une source d'eau minérale ferrugineuse qu'il possède dans la commune de Saint-Félix-de-Pallières (Gard). (Commission des eaux minérales.) — 2° Des rapports généraux sur le service des eaux minérales du département des Landes pour l'année 1874. (Même commission.)

L'Académie reçoit une lettre de M. Vlemickx, annonçant la mort de son père, président de l'Académie royale de médecine de Belgique et membre associé étranger de l'Académie.

M. Pigeon dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Garrigou, une Étude chirurgicale de LA SOURCE VIEILLE, AUX BAUX-BONNES.

M. Depail présente un ouvrage sur le diabète sucré et son traitement diététique, par M. le docteur Arnoldo Cantani, traduit et annoté par le docteur H. Charuel.

M. Guhier offre, au nom de M. le docteur Paul Guillaumet, sa thèse inaugurale intitulée : TRAITEMENT DES ULCÉRATIONS CHRONIQUES OU DES PLAIES ATONIQUE, PAR LE SULFURE DE CARBONE.

MORT DE MM. BÉHIER ET BUIGNET. — M. le Président annonce à l'Académie la douloureuse perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Béhier, décédé dimanche soir, et dans celle de M. Buiquet, mort mardi matin. En présence de ce double deuil, le conseil propose de lever la séance après l'élection.

ÉLECTION. — L'Académie procède à l'élection d'un membre associé national.

La commission présentait les candidats *ex æquo* et dans l'ordre suivant : MM. J. Roux, Leudet et Cazeneuve.

Au premier tour de scrutin M. J. Roux est nommé par 39 voix sur 61 votants. M. Leudet obtient 16 voix et M. Cazeneuve 6.

— La séance est levée à trois heures trois quarts.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 28 AVRIL 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LADOUÛÈNE.

MALADIES RÉGNANTES DU PREMIER TRIMESTRE DE L'ANNÉE: AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES; DIPHTHÉRIE; VARIOLE; ISOLEMENT POUR LES MALADIES CONTAGIEUSES. RENVOI DU RAPPORT AUX AUTORITÉS COMPÉTENTES. — ABSORPTION DE L'IODÉ PAR LA PEAU ET ALBUMINURIE CONSÉCUTIVE.

A l'occasion de la lecture du procès-verbal de la précédente séance (voy. *Gaz. heb.*, p. 282), M. Moutard-Martin dit avoir revu la maladie laquelle il a ponctionné deux kystes hydatiques, et avoir constaté que la tumeur du côté gauche a reparu et nécessitera probablement une seconde ponction.

M. Damaschino a observé trois fois l'urticaire dans des cas où la ponction n'avait pas entièrement vidé le kyste, et il se demande s'il n'y a pas là une relation étiologique.

MALADIES RÉGNANTES. — M. Ernest Besnier lit les passages les plus importants d'un long rapport sur les maladies du premier trimestre de l'année.

Nous ne pouvons dans cette courte analyse entrer dans le détail des nombreux documents rassemblés, analysés et commentés par M. Ern. Besnier. Nous relèverons seulement les points mis particulièrement en lumière par le savant rapporteur.

La mortalité générale a été notablement supérieure à la moyenne du trimestre correspondant des quatre années précédentes. Dans les hôpitaux 2726 décès, dans les hospices 524 ; tandis que la moyenne des quatre dernières années donne 2359 décès pour les hôpitaux et 494 pour les hospices.

Les maladies des voies respiratoires ont prédominé comme l'an dernier à parcellaire époque ; la forme catarrhale s'est présentée avec un caractère manifestement épidémique. Pneumonies, dont quelques-unes foudroyantes, bronchites et congestions généralisées, gripes, pleurésies ont été observées en grand nombre. Les phisiques ont été particulièrement malmenés par la constitution saisonnière. Dans la population militaire la bronchite a été la maladie dominante.

La diphtérie continue à se montrer dans les hôpitaux de plus en plus fréquente et de plus en plus grave. Ce trimestre a été marqué par une malignité particulière de la maladie ; presque tous les croups opérés ont succombé. 448 malades ont fourni 118 décès, soit une mortalité de 79,73 pour 100, tandis que dans les six dernières années la mortalité avait été de 76,54 pour 100.

Les documents émanés des hôpitaux d'enfants (MM. Archambault, Bergeron, Labric, Cadet de Gassicourt) montrent toute la gravité des cas, leur caractère d'empoisonnement spécifique, la prédominance de l'angine plaryngienne diphtérique, suivie ou non de croup, la rareté des croups d'emblée, et d'autre part l'insuccès presque général de la trachéotomie pendant les trois mois, insuccès tel que sur 56 enfants opérés 8 seulement ont guéri. Il faut ajouter que le plus souvent la trachéotomie est faite à l'hôpital sur des sujets amenés du dehors dans des conditions déplorable.

En ville, M. J. Simon a vu beaucoup d'angines couenneuses, et cela dans les quartiers les plus aérés de Paris.

La variole, après la rémission saisonnière de la fin de l'été et de l'automne, a repris en décembre sa marche ascensionnelle habituelle. Dans le cours ascensionnel que suit une épidémie de variole, laquelle comprend dans son entier développement non pas quelques mois ou une année, mais une série d'années, chaque rémission estivale ou automnale est suivie d'une exacerbation plus ou moins prolongée, mais qui dépasse chaque année l'exacerbation précédente. En signalant le début de la rémission de l'année 1875, M. Besnier a eu soin de faire remarquer que cet abaissement du chiffre des malades et des décès ne devait être considéré que comme une oscillation et non comme une décroissance réelle de la variole. Le moment venu, ajoutait-il, il est vraisemblable, d'après l'étude du passé, que l'ascension nouvelle, éloignée encore de plusieurs mois, dépassera la précédente, comme celle-ci avait dépassé la première ; la variole devant tendre fatalement à reprendre au moins son niveau moyen dans une agglomération populaire, qui, bien que livrée entièrement à elle-même par son administration municipale, ne sait pas instituer les mesures nécessaires pour lutter en permanence contre un ennemi permanent, et ne prend jamais que des mesures insuffisantes contre ses retours offensifs. On en a la preuve dans les chiffres suivants : pendant le premier trimestre de l'année, on a reçu dans les hôpitaux : 1 varioleux en 1873, 16 varioleux en 1874, 49 en 1875 et 176 en 1876.

La mortalité suit également ces oscillations ascendantes. Dans la ville de Paris, pendant le premier trimestre, on compte : en 1874 4 décès, en 1875 43 décès, et en 1876 on en a compté 102. D'après un tableau de la mortalité par

arrondissement, M. Ern. Besnier montre que l'arrondissement le plus frappé a été le V^e (Panthéon), celui précisément qui a été en 1875 le foyer principal de la variole.

La question de l'isolement se représente chaque fois qu'il est question de variole, et M. Ern. Besnier ne manque pas une occasion de reprendre le plaidoyer ardent, couvainu et appuyé sur l'éloquence incontestable des chiffres en faveur de cette grande mesure prophylactique. Il montre encore une fois combien les services d'isolement ont déjà rendu de services à la population parisiennne : tout entière, et surtout à la population des hôpitaux. Sans ces salles d'isolement, 113 varioleux admis dans les hôpitaux pendant ce trimestre auraient été disséminés dans les divers services, auraient déterminé de nombreuses atteintes secondaires, et auraient largement propagé la maladie dans la population nombreuse qui, deux fois par semaine, envahit les services hospitaliers aux heures où les parents et les amis des malades sont admis dans les salles.

Partout, en effet, où une infraction à la règle a été commise, elle a apporté immédiatement avec elle une extension de la maladie, qui s'est éteinte, au contraire, aussitôt que la règle a été rétablie. Depuis le début de l'ascension nouvelle de la courbe variolique, M. Ern. Besnier n'a cessé d'en fournir les preuves les plus démonstratives.

Et cependant les mesures d'isolement pour la variole, dont la nécessité est aujourd'hui scientifiquement démontrée, tant pour les médecins de Paris que pour ceux de Bordeaux, de Lyon, de Marseille, ces mesures sont encore incomplètes ou même complètement négligées par certaines administrations, en raison d'une part de la routine administrative, et d'autre part, disons le mot, de l'entêtement de quelques médecins ou de quelques conseils administratifs qui ne veulent pas ouvrir les yeux à la lumière (1). Néanmoins, il faut reconnaître que si à Rouen, par exemple, M. Leudet a rencontré des obstacles pour l'installation des services d'isolement, les administrations hospitalières de Paris, de Lyon, de Bordeaux, de Marseille, ont pris les plus sages et les plus énergiques mesures pour circonscrire les foyers de contagion. Si des cas de variole se produisent encore dans les services généraux, cela tient à ce que des varioleux chez lesquels la maladie n'est pas encore décelée sont placés pendant quelques heures au milieu des autres malades, ainsi que le prouvent des cas observés par MM. Lereboullet et Laveran au Val-de-Grâce. Peut-être y aurait-il lieu de créer des salles d'attente pour les malades soupçonnés d'être atteints de la variole, où ceux-ci séjourneraient jusqu'à ce que le diagnostic soit assuré.

La nécessité de l'isolement, reconnue aujourd'hui pour la variole, sera bientôt posée pour d'autres maladies également contagieuses et qui frappent la population hospitalière d'un lourd tribut de mortalité : telles sont la diphtérie, la rougeole, la scarlatine, surtout dans les hôpitaux de l'enfance.

La *rougeole* est toujours fréquente, bien que pendant cet hiver elle ait été presque rare; mais elle subit en ce moment une période de recrudescence.

La *scarlatine* s'est montrée en plus grand nombre qu'au trimestre précédent.

La *fièvre typhoïde*, généralement bénigne, a été en décroissance épidémique pendant cet hiver. En janvier, M. Bergeron en a reçu 9 cas dans son service de Sainte-Eugénie; 1 seul cas fut mortel en raison d'une broncho-pneumonie ayant compliqué la maladie avant l'admission à l'hôpital. M. Bergeron insiste surtout sur le peu de gravité de la fièvre typhoïde pendant les dix ou quinze premières années de la vie.

Le rapport de M. Ern. Besnier se termine par des considérations sur l'état de la constitution médicale des villes du Havre, de Rouen, Marseille, Bordeaux, Toulouse, que les

documents envoyés par les principaux médecins de ces villes (MM. Lecadre, Leudet, Guichard de Choisy, Gintrac, Bonne-maison) lui ont permis d'apprécier.

La lecture de ce rapport est accueillie par des applaudissements, juste récompense du labeur auquel se livre avec tant de persévérance et d'habileté M. Ern. Besnier. Les parties du rapport concernant l'isolement pour les maladies contagieuses sont particulièrement goûtées par la Société, qui décide qu'elles seront imprimées et envoyées à la Commission des épidémies de l'Académie de médecine, aux Médecins sénateurs et députés, ainsi qu'à tous les fonctionnaires compétents qui pourraient faire valoir ou appliquer les idées émises par M. Ern. Besnier.

— M. Jules Simon, en son nom et au nom de M. Paul Régard, interne des hôpitaux, préparateur de physiologie à la Sorbonne, communique une série d'observations prouvant l'absorption de l'iode par la peau chez les enfants et démontrant que l'albuminurie en est souvent la conséquence.

A l'instigation du docteur Clin, M. J. Simon avait expérimenté, depuis le mois de mars, le traitement de la teigne par des applications répétées chaque jour sur la tête d'un mélange à parties égales de glycérine et de teinture d'iode. Par ce procédé on évitait les lavages quotidiens et l'épilation; l'épaisse couche formée par ces applications successives du mélange iodé se détachait au bout de quelques jours par larges plaques emportant les cheveux malades. Les résultats obtenus sur plusieurs enfants paraissaient excellents et la médication sans inconvénients lorsque, le 4 avril, une enfant de dix ans ainsi traitée présenta les signes évidents de l'intoxication iodique (abattement, face bouffie et ouverte d'une éruption papuleuse, injection des yeux, congestion de la gorge et des fosses nasales, épistaxis, soif vive et inappétence, un peu de fièvre). Dans les urines, on retrouva la présence de l'iode. Ce premier fait attira l'attention sur l'absorption de l'iode, et l'analyse des urines de tous les malades traités par les badigeonnages d'iode démontra que le médicament était absorbé par la peau. De plus, MM. J. Simon et Régard découvrirent que dans plus de la moitié des cas l'urine était en même temps albumineuse dans des proportions quelquefois assez grandes. Dans ces analyses, M. Régard a écarté toutes causes d'erreur, soit dans la recherche de l'iode, soit dans celle de l'albumine. On s'assura que les enfants ne pouvaient pas puiser dans l'alimentation la source de leur albuminurie et qu'ils n'étaient pas albuminuriques avant les applications iodées. Enfin, par des recherches comparatives, on établit que les enfants de la même salle non traités par des préparations iodées n'offraient aucune trace d'iode dans les urines et que par conséquent il n'y avait pas lieu de soupçonner l'absorption du médicament volatilisé par la voie pulmonaire.

M. J. Simon expose d'abord le résumé des quatre observations dans lesquelles on voit survenir l'albuminurie en même temps qu'on constate la présence de l'iode dans les urines chez des enfants teigneux soumis aux applications iodées. Quand on suspendait le traitement l'iode disparaissait des urines à peu près en même temps que l'albumine; l'albumine reparaissait quand, par suite de la reprise du traitement, l'iode était de nouveau absorbé.

Dans 7 autres observations, par contre, alors qu'on était dans les mêmes conditions de traitement, l'albuminurie a fait défaut, bien que l'iode ait pénétré dans le sang et qu'on l'ait retrouvé dans les urines.

Sur 3 malades non teigneux (2 phthisiques et 1 atteint de tumeur blanche du genou), des badigeonnages de teinture d'iode ayant été largement pratiqués, M. J. Simon a constaté la présence de l'iode et de l'albumine en proportion considérable dans les urines dès le lendemain chez deux d'entre eux et seulement quatre jours après le badigeonnage chez le troisième, mais chez ce dernier les applications d'iode avaient été mal faites pendant les premiers jours.

(1) Pour rendre ici la pensée du rapporteur plus courcée, nous nous servons d'expressions un peu brutales, mais nous n'avons pas, pour résumer un aussi long document, le loisir d'utiliser la forme courtoise que conserve toujours M. Ern. Besnier à l'égard de ceux dont il combat les opinions.

En résumé, sur 14 enfants traités par l'usage externe de l'iode, tous ont absorbé l'iode quise retrouvait dans les urines, et c'est par la peau que l'absorption s'est faite. Quand le badigeonnage de teinture d'iode n'était pratiqué que dans un espace peu étendu (pièce de 5 francs), l'iode n'apparaissait point ou n'existait qu'à l'état de traces dans les urines et ne s'accompagnait pas d'albuminie; lorsque, au contraire, les applications iodées étaient faites sur de larges surfaces (10 centimètres carrés au moins), l'iode passait dans les urines rapidement et en fortes quantités, et ce passage était accompagné d'albuminurie notable dans la moitié des cas; il est même probable que cette solidarité entre le passage de l'iode et l'albuminurie doit se montrer dans une proportion plus grande.

Cette albuminurie est d'ailleurs passagère et suit dans ses oscillations l'absorption du médicament.

Il y a à tirer de ces premières recherches, qui d'ailleurs ont besoin d'être poursuivies, un enseignement pour la thérapeutique infantile (les recherches n'ayant point porté sur des adultes), à savoir : qu'il faut se garder, chez des sujets atteints de maladies chroniques, de faire pendant trop longtemps des applications iodées, de crainte d'entraîner une albuminurie persistante, et que l'iode étant facilement absorbé, on devra l'employer avec ménagement chez les sujets irritables et nerveux, atteints d'un mouvement fébrile et qui pourraient facilement présenter les accidents de l'iodisme.

La communication de M. J. Simon est suivie d'une courte discussion de laquelle il ressort : que le traitement de la teigne par les applications iodées semble jusqu'à présent donner de bons résultats (J. Simon); que si l'iode en applications externes détermine chez les enfants de l'albuminurie, l'iodure de potassium pris à l'intérieur ne produit pas cet accident (J. Simon); que si l'iode cause l'albuminurie chez les enfants, ce médicament est quelquefois employé avec avantage dans les albuminuries chroniques chez l'adulte (M. Isambert); enfin que l'absorption de l'iode par la peau chez l'adulte a été démontrée expérimentalement par le savant rédacteur en chef de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, M. Dechambre (voy. *Gaz. hebdom.*, 1874, p. 427).

A. L.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 26 AVRIL 1876. — PRÉSIDENCE DE M. HOUËL.

TRAUMATISMES PRODUITS PAR LA MORSURE DU CHEVAL. — LA COXALGIE A L'HÔPITAL DE BERK. — ODONTOLOGIE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR. — PRÉSENTATION DE PIÈCES. — PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

M. Gillette lit un travail sur les divers traumatismes produits par la morsure du cheval.

L'auteur, frappé des particularités multiples et fort intéressantes, à son avis, que présentent les traumatismes, a eu l'idée de rassembler et de comparer les cas qu'il a observés dans des hôpitaux et auxquels il a joint certains autres faits qui lui ont été communiqués par plusieurs chirurgiens. Ces cas sont au nombre de 66 dont il a dressé le tableau synoptique en parlant du siège de ces blessures qui affectent surtout le membre supérieur et, pour la main, le pouce d'abord, l'indicateur, enfin l'auriculaire.

Après avoir étudié le mécanisme (et à ce propos la disposition des dents du cheval), puis les conditions étiologiques où il insiste non-seulement sur la pression exercée par la mâchoire mais sur les secousses violentes imprimées à la partie saisie, il passe en revue les caractères anatomiques qu'il divise en deux grandes classes : 1° lésions par pression, des parties molles superficielles (simple pincement), des parties molles profondes avec ou sans solution de continuité des téguments, du squelette avec ou sans plaies tégumentaires; 2° lésions par arrachement qui sont très-communes aux doigts et à la face, et dont l'auteur relate un fait curieux

ayant trait à un arrachement complet de la verge et du testicule droit par la bouche d'un cheval, suivi de rétrécissement traumatique très-prononcé qui fut traité par l'uréthrotomie externe sans conducteur, par M. Alph. Guérin.

Ces plaies par arrachement sont quelquefois très-nettes et comme produites par un emporte-pièce, au lieu d'être irrégulières et déchirées.

A propos des caractères cliniques, M. Gillette, qui suit la même division que pour les lésions anatomiques, décrit comme phénomène pathognomonique du simple pincement l'existence de deux arcs ecchymotiques (résultant de l'empreinte des dents), et dans l'intervalle desquels la peau reste saine, les épanchements sanguins auxquels donnent lieu ces contusions ou plaies coagulées, les caractères, la douleur, l'hémorragie, les hernies musculaires et les variétés nombreuses de lésions osseuses à propos de la marche, il s'appesantit sur le gonflement et la tension qui sont parfois énormes, sur l'intensité des phénomènes locaux et généraux de réaction inflammatoire, sur le développement des phlyctènes et les symptômes si fréquents de mortification.

L'auteur a cru devoir faire une large part à l'examen des accidents et complications de ces traumatismes. Après avoir jeté un coup d'œil d'ensemble sur les complications de voisinage qui peuvent exister dans les articulations voisines, il attire l'attention sur les douleurs, le choc, le tremblement convulsif du membre, l'hémorragie primitive et la fièvre traumatique et plus spécialement sur la gangrène traumatique, le phlegmon diffus, l'emphysème, l'ostéo-myélite, les hémorragies secondaires et la pyohémie.

Les suppurations prolongées entretenues ou non par une lésion du squelette constituent un accident fréquent de ces sortes de blessures; mais de toutes les complications, ce sont celles intéressant le système nerveux, sur lesquelles M. Gillette s'est principalement étendu (déliure, convulsions des muscles de la face, troubles choréiques et hystériques, tétanos). Il a rapproché avec intention quatre faits de blessures du nerf radial identiques dans leur cause (précisément de la face externe du bras), dans leurs phénomènes et leurs conséquences (paralysie traumatique rebelle, malgré l'emploi répété de l'électricité), et il a terminé cette étude en signalant les ulcérations rebelles, les cicatrisations vicieuses, l'atrophie du membre blessé, etc.

Le pronostic doit toujours être réservé, car une morsure bien légère en apparence peut entraîner des accidents très-graves et même la mort : et, au-dessous d'une contusion de ce genre ou d'une plaie contuse à peine visible peut exister néanmoins une profonde désorganisation des tissus.

La gravité de ces traumatismes tient au double effet contondant et dilacérant de la bouche de l'animal et non à un principe délétère spécial de la salive, cependant, se rappelant que M. Larrey avance que pendant le rut, les chameaux sont atteints d'une espèce de rage rendant leurs morsures excessivement dangereuses, M. Gillette s'est demandé si l'état de fureur du cheval ne serait pas de nature à communiquer à la salive un caractère sinon venimeux proprement dit, du moins plus irritant qui contribuerait à augmenter la gravité de la blessure.

Expectation, cataplasmes, pansement, balnéation, emploi répété du caustère actuel s'il y a menace de gangrène avec symptômes généraux très-intenses de fièvre traumatique, tels sont les principes de thérapeutique que l'auteur ne fait que signaler. Le sacrifice du membre ne sera conseillé que dans le cas de broiements (parties molles et squelette) intéressant un membre tout entier. Une longue série de conclusions termine le travail de M. Gillette.

— M. Cazin (de Boulogne-sur-Mer) lit, en son nom et au nom de M. Perrochaud, médecin en chef de l'hôpital maritime, un mémoire sur le traitement de la coxalgie à l'hôpital maritime de Berk.

M. Viennois (de Lyon) et M. Gibert, ancien interne de M. Marjolin, ont préconisé l'expectation. A l'hôpital de Berk M. Cazin n'a recours à aucune opération chirurgicale importante ; il n'est fait aucune résection coxo-fémorale. Le traitement consiste dans l'immobilisation du membre avec l'appareil silicaté, ou avec une espèce de gouttière de Bonnet peu coûteuse. Ces deux appareils ont été inventés par M. Perrochaud.

Depuis le mois d'août 1869 jusqu'au mois de mars 1876, il est entré à l'hôpital de Berk 212 coxalgiques, dont 80 avec coxalgie suppurée. Les résultats obtenus sont les suivants : guéris, 44 ; améliorés, 6 ; non guéris, 20 ; morts, 10 ; total, 80. 5 décès sont dus à l'albuminurie ; les autres, à l'épuisement par la suppuration ou à la tuberculisation pulmonaire. Selon M. Cazin, la coxalgie des pauvres guérit mieux que la coxalgie des riches.

M. Marjolin, quoique partisan de la résection de la hanche dans une certaine mesure, dit qu'il est difficile de se prononcer sur le moment opportun pour faite cette opération. Il y a eu 5 résections de la hanche à Sainte-Eugénie, dans l'espace de dix-huit ans ; les 5 malades ont succombé. Un sixième cas, qu'on ne peut appeler résection, puisqu'il y a eu extraction de la tête avec une pince, a complètement guéri. Si les coxalgies guérissent si rarement, c'est qu'on ne les reconnaît pas en ville, et que les malades attendent longtemps leur entrée à l'hôpital. En outre, l'hygiène des hôpitaux n'est pas fait pour remonter une constitution délabrée. Enfin, dernière cause d'insuccès dans le traitement de cette maladie, sept fois sur dix le père ou la mère du malade est phthisique.

M. Cazin dit que la coxalgie des riches est plus grave que la coxalgie des pauvres ; M. Marjolin est convaincu que cette maladie est plus rare chez les enfants de la classe aisée.

M. Verneuil cherche à expliquer l'efficacité de l'atmosphère maritime dans le traitement de la coxalgie. Il y a au plus un dixième de coxalgies rhumatismales ; le reste est scrofuleux. Ces malades meurent le plus souvent de complications viscérales, rarement de phthisie pulmonaire. Ils succombent, dans nos hôpitaux, à des lésions qui peuvent guérir à Berk ; c'est par l'altération amyloïde des viscéres que les enfants périssent le plus souvent dans la coxalgie (stéatose hépato-rénale). Murchinson a montré que l'atmosphère maritime peut guérir cette altération.

M. Lannelongue a fait 4 résections de la hanche à l'hôpital Sainte-Eugénie : 3 malades sont guéris, le quatrième a été opéré ce matin. Pour qu'un coxalgique soit envoyé à Berk, il faut qu'il puisse marcher, ce qui prouve que les malades arrivent dans cet hôpital dans d'assez bonnes conditions. Tout en reconnaissant les bons résultats de l'air de la mer, il faut apprécier les cas qui y sont adressés. M. Lannelongue croit que les indications de la résection de la hanche ne sont pas aussi rares que l'affirment quelques chirurgiens.

M. Cazin. Sur 10 coxalgiques morts à Berk, 5 sont arrivés avec de l'albuminurie ; les autres malades marchent peu ou sont tout à fait incapables de marcher.

M. Marjolin. Si on pouvait envoyer au bord de la mer toutes les coxalgies suppurées, les succès seraient plus nombreux. C'est un devoir pour les chirurgiens de faire remarquer l'insuffisance des lits destinés à recevoir les coxalgiques.

M. Després. Il y a deux espèces de coxalgies suppurées : l'une, avec mobilité de l'article, ne guérira pas ; l'autre, avec ankylose, est beaucoup moins grave.

M. Th. Anger. Quand il y a fièvre, état inflammatoire de l'articulation, les coxalgies s'aggravent au bord de la mer ; l'air de la mer est très-bon quand la période inflammatoire est passée.

M. Cazin et M. Perrochaud éloignent des bords de la mer les malades qui ont de la fièvre.

— M. Panas présente un odontome du maxillaire inférieur. La malade, âgée de dix-sept ans, fut opérée le 15 mai 1875 : Ablation de la partie gauche du maxillaire inférieur à partir de la première petite molaire. L'examen histologique, fait par M. Magitot, a montré qu'il s'agissait d'un odontome odontoplastique, formé aux dépens de la deuxième grosse molaire et peut-être aussi de la dent de sagesse. La masse est composée de tissu fibreux semé de grains dentinaires.

M. Forget revendique la priorité pour la connaissance clinique de ces tumeurs.

— M. Panas présente, au nom de M. Fleury (de Clermont), une tumeur de la cuisse. Cette tumeur forme une poche qui ressemble à un anévrysme et est remplie de caillots. Une branche innommée de la fémorale s'ouvrait dans la tumeur ; il s'agit donc d'un anévrysme.

— M. Panas présente, de la part de M. Fredet (de Clermont), une pièce provenant d'un garde champêtre assassiné par un braconnier. La balle a traversé le sixième espace intercostal gauche, le poulmon et le diaphragme, pour se loger dans l'excavation pelvienne. A côté du trajet produit par la balle dans le poulmon, on voit une perte de substance pulmonaire qui est restée inexplicable.

— M. Poulaiton présente, de la part de M. Chassagny (de Lyon), un nouveau céphalotribe.

— M. Horteloup présente un nouveau spéculum pour le rectum, qui a été construit par M. Collin sur ses indications.



Les spéculums que l'on emploie ne sont que des copies des spéculums vaginaux, qui sont loin de répondre au but que l'on se propose ; car avec ces instruments, pour pouvoir dilater le rectum, il faut faire subir au sphincter anal une dilatation exagérée. Or cette manœuvre est impraticable, et l'on ne parvient pas à dilater le rectum, qui vient flotter entre les branches de l'instrument. Le spéculum qu'il présente répond à ce double but : ne pas dilater le sphincter et permettre de déplisser le rectum. Il se compose de quatre lames aplaties, mousses, disposées en forme de cône dont la base est formée par un anneau qui passe dans l'épaisseur de ces lames. On introduit le spéculum dans le rectum jusqu'à ce que la base du cône soit au niveau du sphincter ; puis, au moyen d'un mécanisme externe, on fait basculer les quatre branches, dont les extrémités se développent en forme de parapluie, sans que la base du cône qui se trouve en rapport avec le sphincter puisse changer de dimension.

Société de biologie.

SÉANCE DU SAMEDI 6 MAI 1876. — PRÉSIDENTIE DE
M. CL. BERNARD.

AGION ANESTHÉSIQUE DU CRÔTON-CHLORAL HYDRATÉ : M. CHOUPEPE. DISCUSSION : MM. GALIPEPE, TRASPOT, LADORDE, MAGNAN. — ÉTUDE SUR LES YEUX DES ARTICULÉS : M. KUNKEL. — IODISME A LA SUITE D'APPLICATIONS DE TEINTURE D'IODE SUR LA PEAU : M. RÉGNARD. — PUSTULES VACCINALES CHEZ LE CHEVAL : M. TRASPOT.

M. Choupepe fait la communication suivante :

« Dans une des dernières séances, à propos de l'anesthésie croton-chlorotique et de l'influence qu'elle peut exercer sur

l'action des vomitifs (voy. n° 18, p. 265, à la *Société de biologie*), je disais que le croton-chloral m'avait paru produire le sommeil anesthésique bien plus rapidement et à dose plus faible que le chloral hydraté; mais, ajoutais-je, je n'ai pas fait d'expérience assez minutieuse pour pouvoir conclure. Depuis cette époque j'ai comblé cette lacune. Voici les résultats auxquels je suis arrivé :

Le 4 mai, à 2 h., 45 je mets à nu la veine crurale d'un chien, puis je coupe le nerf sciatique du côté opposé; après ces préliminaires, j'introduis une canule dans la veine crurale et j'injecte 7 grammes d'eau à 30 degrés, contenant en dissolution 30 centigrammes de croton-chloral hydraté. L'injection est faite à 2 h. 55, en deux minutes à peu près. L'animal n'éprouve aucun accident; la respiration, d'abord légèrement accélérée, revient presque aussitôt à son rythme normal.

Dès ce moment le chien est plongé dans un sommeil profond; les pupilles sont notablement rétrécies.

3 h. 5. La dose est portée à 50 centigrammes : sommeil très-profond et roulement; l'excitation de la corne ne produit plus de clignement; le pincement du bout central du nerf sciatique ne provoque ni cris ni mouvements réflexes; la salivation est assez abondante; pupilles très-petites.

3 h. 10. Injection de 25 centigrammes de croton-chloral : les pupilles sont devenues punctiformes; l'électrisation du bout central du sciatique, faite avec un courant très-puissant (appareil à chariot de Dubois-Leymond au maximum), produit une très-légère dilatation de la pupille, une sorte d'oscillation.

3 h. 18. La pupille est revenue à son maximum de resserrement. On fait une nouvelle injection de 25 centigrammes de croton-chloral hydraté (1 gramme en tout dans 20 grammes d'eau distillée à 30 degrés). Les pupilles sont extrêmement petites, et l'électrisation du nerf sciatique (bout central) ne produit qu'une très-légère oscillation des iris.

Pendant toute la durée de l'expérience il ne s'est produit aucune complication. A chaque injection une légère accélération de la respiration, qui revenait très-vite à la fréquence normale. A 3 h. 25 le chien est détaché, il dort très-profondément. A 4 h. 15 il commence à pousser quelques petits cris; à 4 h. 25 il essaye de se soulever; à 4 h. 50 il ne peut encore se tenir sur ses pattes et ne s'éveille encore que par moment. Le lendemain il va bien.

Cette expérience, conduite d'une manière méthodique, vient confirmer mes résultats antérieurs. Il me semble donc :

1° Que le croton-chloral hydraté, administré par la méthode des injections intra-veineuses, produit le sommeil anesthésique beaucoup plus vite et à plus faible dose que le chloral hydraté. (Autant qu'on peut comparer les effets de deux substances sur des individus différents, nous pouvons dire que 1 gramme de croton-chloral produit le même effet anesthésique que 3 grammes de chloral. Telle est au moins l'appréciation de M. Bochefontaine qui a si souvent employé le chloral.)

2° L'anesthésie est aussi profonde qu'avoc le chloral.

3° L'injection intra-veineuse semble être immédiatement moins dangereuse qu'avoc le chloral, toutes réserves faites au sujet des accidents ultérieurs.

M. *Trasbot* dit que ces injections lui semblent dangereuses; il a, dans ces derniers temps, fait chez le cheval des injections intra-veineuses de chloral et de chloroforme : plusieurs fois il a trouvé à l'autopsie de nombreuses hémorragies dans les poumons, grosses comme une tête d'épingle. Un cheval mort immédiatement après une injection de chloroforme présentait un vaste foyer hémorragique.

M. *Galippe* demande si M. Chouppe a remarqué un fait signalé dans ces derniers temps par *Liebreich*, savoir que le chloral produit d'abord une anesthésie de la tête, et que cette dernière reste toujours plus prononcée. M. *Galippe* croit que la substance employée par *Liebreich* n'était pas le croton-chloral hydraté, quoique désignée sous ce nom.

M. *Labordé* regarde comme un peu contradictoire avec les lois connues le résultat obtenu par *Liebreich*; un corps qui produit l'anesthésie lui paraît devoir la produire partout également.

M. *Maguan* rappelle que l'extrait d'absinth et l'alcool agissent d'abord plus spécialement sur divers points du corps.

— M. *Kunkel* a étudié les filaments nerveux dans les yeux des articulés; il s'est convaincu qu'avant d'arriver aux cellules nerveuses ils traversent un renflement ganglionnaire et que, par conséquent, ils sont comparables aux filaments de l'ittér des vertébrés.

— M. *Régnard* communique, au nom de M. le docteur *Jules Simon* et au sien, une note sur l'iodisme et l'albuminurie à la suite d'applications de teinture d'iode sur la peau, chez les enfants. (Voir au premier Paris et à la Société médicale des hôpitaux.)

— M. *Trasbot* dit que, chez le cheval, les pustules vaccinales (*horset-pox*) ne sont jamais ombilicées, si ce n'est la pustule d'occlusion. Pour lui l'ombilication tiendrait alors à une cicatrice centrale résultant de la piqûre. Il s'étonne que ce fait constant n'ait jamais été signalé.

H. CHOUPE.

REVUE DES JOURNAUX

De l'emploi de la ceinture chaude-trape dans le traitement des maladies intermittentes, par le docteur *Eugène BERTIN*, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Les propriétés fébrifuges de la chausse-trape avaient déjà été signalées vers la fin du siècle dernier. D'après *Tournefort*, le suc de cette plante donné à la dose de quatre ou six onces servait à guérir les fièvres intermittentes. *Jean Bacler* et *Glaouié* avaient également employé la chausse-trape comme succédané du quinquina. Malgré ces données, malgré les travaux de *Figuier*, de *Gilbert* et de *Chrestien*, cette plante n'avait pas encore pris place dans notre matière médicale, et plusieurs auteurs classiques, parmi lesquels il faut citer en première ligne *Trousseau* et *Pidoux*, nient presque ses propriétés antipériodiques.

M. le docteur *Bertin* a fait avec l'extrait alcoolique de la chausse-trape quelques nouveaux essais qui lui ont donné des résultats. Il l'a employé surtout dans les cas où l'intermittence était simple et où elle se présentait comme le fait dominant. Chez des malades atteints de fièvres quotidiennes, tierces ou quarts; chez d'autres atteints de névralgies faciales intermittentes, ce médicament a parfaitement réussi. Dans les quinze observations rapportées par M. *Bertin*, l'intermittence était bien établie : tantôt les accès, répétés déjà depuis plusieurs jours, offraient dans leurs symptômes une augmentation croissante qui rendait l'intervention médicale promptement nécessaire; tantôt établis depuis longtemps et sujets à de fréquentes rechutes, ils portaient en cachet de ténacité qu'entretenaient leurs effets consécutifs.

Les doses auxquelles l'extrait alcoolique de chausse-trape a été administré varient entre 1 gramme et 1 gramme 1/2; le médicament était toujours donné aussi loin que possible de l'accès, et il ne produisait ni vertiges, ni aucun des symptômes qu'on observe à la suite de l'administration du sulfate de quinine.

M. *Bertin* a une telle confiance dans la chausse-trape que, dans un but d'économie, il emploie toujours ce médicament chez les malades atteints d'affections périodiques sans caractère pernicieux. Les résultats signalés dans son mémoire sont, en effet, fort encourageants; mais nous pensons néanmoins que le nombre des cas dans lesquels la chausse-trape a été employée est encore trop restreint pour qu'on puisse placer cette plante parmi les succédanés du quinquina. Nous pensons également que le soin qu'a apporté M. *Bertin* à choisir des cas simples et exempts de complication a beaucoup contribué à son succès. (*Montpellier médical*, février et mars 1876.)

Mémoire sur l'acclimatation des acariens psoriques des animaux sur d'autres espèces animales et sur l'homme,
par M. MÉGNIN.

Des faits et des expériences contenus dans ce mémoire, nous nous croyons en droit de tirer les conclusions suivantes:

Les acariens psoriques du genre *Chorioptes*, qui sont particuliers aux jeunes animaux domestiques émigrent difficilement des régions qu'ils occupent, ne s'acclimatent pas sur les animaux âgés de la même espèce que celle dont ils proviennent, non plus que sur des animaux d'espèces différentes ni sur l'homme;

Les acariens psoriques du genre *Psoroptes* s'acclimatent facilement et promptement sur des animaux de la même espèce, quel que soit leur âge, mais ne s'acclimatent pas sur des animaux d'espèces différentes, ni sur l'homme;

Les acariens psoriques du genre *Sarcoptes* s'acclimatent avec une grande rapidité sur des animaux de la même espèce; quelques variétés des espèces de ce genre s'acclimatent avec autant de rapidité sur des animaux d'espèces différentes en prenant à la longue les caractères des variétés propres à ces derniers: tel est le *Sarcoptes notodreus* du rat qui s'acclimite sur le chat, sur le coati, sur le lapin, sur le cheval et sur le chien; telles sont encore les deux variétés: *capræ* et *lupi* du *Sarcoptes scabiei*, qui s'acclimatent facilement, le premier sur le mouton, le mouton, les grands ruminants, le cheval et même l'homme; le second sur le cheval et sur l'homme en provoquant sur ce dernier le développement d'une affection psorique très-grave, appelée gale norvégienne (Travail lu à la Société de médecine pratique. — *France médicale*, n° 22, 23, 25, 26 et 27).

BIBLIOGRAPHIE

Traité théorique et clinique de l'hémospasie,
par le docteur JUNOD. — G. Masson, 1876 (4).

Dès 1830, le docteur Junod avait attiré l'attention des corps savants sur une méthode de traitement réunissant sous le nom d'aérotérapie divers procédés parmi lesquels figurait l'hémospasie (*aspé sang, etæa j'atire*); l'hémospasie a pour but d'attirer le sang en plus ou moins grande quantité vers un point déterminé et de soulager par cet appel un organe malade. C'est une dérivation. L'idée était loin d'être nouvelle. L'invention résidait surtout dans les appareils imaginés par M. Junod et qui permettaient d'opérer la dérivation avec une énergie et une continuité inconnues jusqu'à lui. Les bains d'air comprimé qui sont aujourd'hui en honneur ainsi que ceux moins usités d'air raréfié complétaient ce que M. Junod désigne sous le nom d'aérotérapie.

Le volume que notre confrère consacre aujourd'hui à l'hémospasie contient une description complète des appareils, la physiologie de l'hémospasie et ses indications, et une longue série d'observations à l'appui de l'efficacité de la méthode.

Tout le monde connaît et a vu fonctionner la grande ventouse, dite ventouse Junod. C'est le seul appareil qui soit resté dans la pratique. Ce n'est cependant qu'un de ceux qui ont été mis en usage par l'auteur. Ces appareils sont nombreux, permettent de faire le vide en grand sur les différentes parties du corps. L'un d'eux peut même envelopper tout le corps, la tête exceptée, et permet de provoquer sur toute la surface cutanée l'afflux d'une quantité de sang considérable.

M. Junod a cru devoir créer pour les diverses applications de l'hémospasie des désignations nouvelles: hémospasie

scélique, méroscélique, mérique, suivant que l'appareil est appliqué sur la jambe, la cuisse, le bassin.

Quand une partie étendue des léguments, la jambe par exemple, est soumise au vide, les capillaires et les veines superficielles, se gonflent, la partie rougit, le pouls augmente d'abord en volume et en fréquence, puis diminue graduellement. Bientôt la face pâlit, la température générale s'abaisse, les inspirations sont plus profondes, la voix est moins forte. Si l'hémospasie se prolonge et s'accroît, le pouls devient filiforme et se ralentit, la température descend à 36 degrés et bientôt à 35, puis une syncope se produit. Ces effets ont été constatés sur un sujet jeune et sain qui s'est soumis à l'expérience pendant 4 heures 35 minutes. Si l'on examine le volume de la partie hémospasée, on voit que son diamètre a augmenté dans une proportion qui peut être considérable: neuf centimètres dans le cas donné. Cette augmentation de volume ne disparaît pas complètement en quelques heures. Elle est encore appréciable, quoiqu'à un degré moindre, deux jours après l'application de l'appareil. Il y a donc là une persistance remarquable de l'effet local.

De tels résultats ne sauraient être indifférents. Il est certain que leur ensemble a baissé la circulation, de la température; de la respiration, constituée des phénomènes précieux en thérapeutique, et qu'on aurait grand intérêt à obtenir dans beaucoup de cas déterminés, surtout s'il est démontré qu'ils ne sont pas suivis d'une réaction dépassant le point de départ et annulant les effets obtenus, ainsi que l'établit M. Junod. C'est surtout dans les cas où la congestion est en jeu et entre comme élément important dans le fait pathologique que la méthode paraît applicable. Mais tout en constatant ce premier point que nul ne contestera, l'auteur élargit considérablement le champ des applications de l'hémospasie qu'il étend aux névroses et en particulier à l'épilepsie, au traitement du choléra, non-seulement dans la période de réaction; mais encore dans la période *algide* où « elle opère » une dérivation au profit de l'estomac et de l'intestin, » et, de plus, en attirant vers les extrémités une grande » masse de sang, elle soulage d'autant le cœur qui peut » avoir encore de l'action sur un liquide coagulé. » On comprend difficilement cette action bienfaisante d'une méthode thérapeutique dont l'effet ordinaire est de ralentir et d'affaiblir la circulation, d'abaisser la température et de provoquer un état plus ou moins voisin de la syncope.

Peut-être l'auteur a-t-il un peu présumé de l'efficacité de l'hémospasie lorsqu'il a proposé de l'appliquer dans un certain nombre d'affections chirurgicales où son utilité reste encore à démontrer. C'est ainsi que les effets en auraient été très-favorables dans la gibbosité du mal de Pott avec abcès par congestion, dans des cas de carie traumatique de l'orbite, de péritonite également traumatique, de varicocèle, de fractures compliquées avec esquilles, etc.

Quoi qu'il en soit de cette prédilection un peu exagérée et peut-être trop paternelle pour une méthode dont les applications nous semblent devoir être restreintes, nous croyons à son efficacité réelle dans beaucoup de cas où on néglige aujourd'hui de l'appliquer. Cette efficacité a été maintes fois constatée par les savants les plus autorisés et M. le docteur Junod reproduit avec une satisfaction légitime les nombreuses attestations qui lui ont été délivrées par les principaux représentants de l'art médical. Si la méthode ne s'est pas vulgarisée, nous croyons qu'il faut uniquement s'en prendre à des difficultés matérielles. Les appareils sont dispendieux, encombrants, peu maniables. Pour passer outre à ces inconvénients, il faut la foi robuste de l'inventeur dans l'efficacité d'un procédé thérapeutique auquel nul autre ne peut, d'après lui, se substituer.

B.

VARIÉTÉS

Nécrologie.

M. le professeur Béhier est mort le 8 de ce mois, à l'âge de soixante-trois ans, à la suite d'une longue et pénible maladie dont il avait supporté les souffrances avec un remarquable énergie. A plusieurs reprises sa vigoureuse constitution, et surtout sa ferme volonté, avaient paru triompher du mal. Il y a peu de temps encore, alors que ses amis redoutaient une terminaison très-prochaine, qu'on avait même imprudemment annoncée, il s'était relevé par un dernier effort, et nous l'avons rencontré à l'École et à l'Académie, luttant avec courage contre la maladie dont son visage annonçait à tous les progrès. Cette lutte n'a cessé qu'à l'approche des derniers moments et a été jusqu'au bout vaillamment soutenue.

Cette activité laborieuse, cette virile énergie sont un des caractères les plus accentués de la vie scientifique de M. Béhier. Presque aux débuts de sa carrière, la publication d'une œuvre considérable faite en collaboration avec M. le professeur Hardy, l'avait promptement mis en évidence. Il conquit rapidement les plus hautes positions scientifiques, où la netteté de son esprit, ses rares aptitudes cliniques, la fermeté de ses convictions médicales, lui valurent toujours l'affluence et le concours des élèves. Il s'était associé, sans avoir la prétention de le conduire, au mouvement scientifique imprimé à la médecine par les recherches nouvelles de l'école anatomique, recherches qu'il encourageait autour de lui et dont il reconnaissait loyalement les utiles applications. Outre le TRAITÉ DE PATHOLOGIE INTERNE, malheureusement incomplet, Béhier avait publié des LEÇONS CLINIQUES, qui ont été fort appréciées. Il y consigna ses principaux travaux. Citons ses recherches sur l'érysipèle, les rétrécissements de l'œsophage, la pneumonie, surtout au point de vue du traitement par l'alcool, les maladies des femmes en couches, etc... Certaines méthodes thérapeutiques : la thoracocentèse capillaire, les injections hypodermiques, la transfusion du sang, ont été vulgarisées ou encouragées par lui.

Son activité scientifique survécut longtemps à ses forces, et ce ne fut qu'après les avoir épuisées qu'il se décida à quitter ces études cliniques qu'il avait toujours cultivées avec prédilection et auxquelles il a dû sa légitime réputation.

B.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. le docteur J. Benoit, médecin du bureau de bienfaisance du XX^e arrondissement, officier de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de soixante-six ans.

— On annonce la mort d'un médecin estimé de Bordeaux, le docteur Ouelly de Valcyrae (Médoc). Le docteur Ouelly après avoir fait ses études à Paris s'était rendu à Santiago de Cuba. Il avait été médecin de l'empereur Souleuvre.

— Le docteur Dauvergne, médecin vaccinateur dans le II^e arrondissement de Lyon, vient de mourir.

— Nous avons à regretter aussi la mort du docteur Vaussin, d'Orléans, victime de l'accomplissement de ses devoirs professionnels. Il a succombé à une pneumonie contractée pendant une visite médicale faite par une nuit pluvieuse et froide.

CONCOURS POUR DEUX PLACES DE CHIRURGIENS DES HÔPITAUX. — Aux noms de candidats que nous avons donnés il faut ajouter celui de M. le docteur Pénières.

CONSEIL MUNICIPAL. — M. Charles Loiseau donne lecture d'une proposition tendant à l'allocation des subventions suivantes aux établissements d'instruction supérieure ci-après désignés, et dans les conditions suivantes :

A la Faculté de médecine, 40,000 francs; à la Faculté des sciences, 75,000 francs; à l'École supérieure de pharmacie, 75,000 francs; à l'École pratique des hautes études, 50,000 francs.

RÉUNION ANNUELLE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.

Séance du 23 avril.

Après le discours du nouveau président, M. Roger, discours publié dans notre dernier numéro, M. Brun a fait l'exposé de la situation financière pour 1875. En voici le bilan :

Bilan de la Caisse des Fonds généraux et de la Caisse des Pensions viagères au 31 mars 1876.

FONDS GÉNÉRAUX.

En caisse au 31 mars 1876.....	5,421 95	} 87,091 fr. 95
Fonds disponibles à la Caisse des dépôts et consignations.....	50,000 »	
Fonds non disponibles à la même Caisse (legs Pilliot et fouds de la Moselle).....	31,670 »	
175 fr. de rentes constituées par MM. de Robert de Latour et Fillassier.		
Nue propriété de 177 fr. de rente (legs Blatin). Nue propriété de rente, don de Madame J. Cloquet.		

CAISSE DES PENSIONS.

En caisse du trésorier le 31 mars 1876.....	5,533 17	} 408,669 57
Fonds de retraites déposés à la Caisse des dépôts et consignations.....	217,710 40	
Fonds de retraites versés à la Caisse de retraites de la vieillesse.....	185,426 »	
Rentes constituées par M. Horteloup — par M. Barth.....	200 »	
— par fondation Laënnec.....	20 »	
— par la Société de la Ille-Marne.....	50 »	
— par la Société de Châtillon-s-Seine.....	28 »	
— par M. Houri Roger.....	20 »	
— par M. Krishaber.....	3 »	
— par le docteur Gerdy.....	300 »	
TOTAL de l'Avoir de l'Association générale et de la Caisse des pensions au 31 mars 1876.....	495,671 fr. 52	

La gestion financière est approuvée à la suite d'un rapport de M. Cabanellas; puis M. Buequoy donne lecture de la première partie du rapport fait au nom de la Commission spéciale chargée d'examiner et de classer les demandes et pensions viagères. Le Conseil général propose de décider que la somme de 4000 fr. allouée par lui pour l'exercice de 1876, sera partagée de la manière suivante : 1 pension de 600 fr.; 1 de 500 fr.; 2 pensions de 400 fr.; 6 pensions de 300 fr. Total 3700 fr.

Les 300 francs non employés permettront de répondre aux demandes d'augmentation de pension; et, pour cela, il propose une allocation de 100 fr. à 3 pensionnaires, ce qui compléte la somme de 4000 fr.

M. Broutard lit le compte rendu annuel de la situation de l'Association générale. Ce compte rendu est accueilli par des marques unanimes de satisfaction. Nous y relevons le passage relatif à la répartition des secours.

La Société centrale et 22 Sociétés locales ont accordé à 36 sociétaires.....	10,913 fr. 05
33 Sociétés ont réparti entre 66 veuves et 12 filles ou fils de sociétaires.....	19,358 »
7 Sociétés ont accordé à 41 personnes étrangères à l'Association.....	2,645 75
Le total des secours donnés en 1875, actuellement connu, est de.....	32,916 80
Il faut y ajouter en pensions viagères, 1874.....	4,600 »
1875.....	5,100 »
Soit un total de.....	42,616 fr. 80

La somme des secours accordés est notablement supérieure à celle des années précédentes, mais certains détails méritent d'être notés : les sociétaires avaient reçu en secours, des Sociétés locales, l'an dernier, 15,000 fr.; cette année, le chiffre tombe à 11,000 fr., tandis que les secours accordés à leurs veuves, à leurs fils et à leurs filles s'élevaient de 45,000 fr. à plus de 19,000 fr. Ainsi, d'une part, la somme attribuée aux familles des sociétaires est supérieure à celle qu'ont reçue les sociétaires eux-mêmes, et le rapport a

varié, en deux ans, de façon que la diminution portant sur les sociétaires, 4000 fr., se trouve reportée exactement en augmentation sur leurs familles. La cause de ce renversement de la loi habituelle n'est pas difficile à trouver. La Caisse des pensions viagères a fourni 9700 fr. à des sociétaires, et ces secours ont permis aux Sociétés locales de subvenir plus largement au soulagement des misères auxquelles le décès de nos confrères avait donné naissance.

Séance du 24 avril.

A cette séance M. Bucquoy a lu la seconde partie de son rapport relatif au classement des sociétaires qui sollicitent des pensions viagères.

Les propositions de la commission des pensions sont acceptées à l'unanimité : MM. X... (Vendée), X... (Loire-Inférieure), X... (Vienne), reçoivent une augmentation de 100 francs.

Dix pensions nouvelles sont accordées : une de 600 fr. à M. X... (Calvados) ; une de 500 fr. à M. X... (Allier) ; une de 400 fr. à M. X... (Ile-et-Vilaine) ; une de 400 fr. à M. X... (Gironde).

Et six de 300 francs à MM. X... (Provins), X... (Mlais, X... (Haute-Marne), X... (Arlès), X... (Vaucluse), X... (Maine-et-Loire).

— Le scrutin, ouvert par la nomination de huit membres du Conseil général et de la Commission des pensions pour l'année 1877, a donné le résultat suivant :

Conseil général : MM. Rieord, Le Roy de Méricourt, Durand-Fardel, Richelot, Chauffard, Bergeron, Penard (Seine-et-Oise) et Dufay (Loir-et-Cher)

Commission des pensions : MM. Bancel (Seine-et-Marne, Seux (Bouches-du-Rhône), Durand-Fardel (Allier), Bucquoy, Hérad, Penard (Seine-et-Oise).

— Plusieurs vœux ont été renvoyés à l'examen du Conseil général, notamment un vœu relatif à la répression de l'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie de la part des pharmaciens, émis par la Société locale des médecins de la Loire, et un autre relatif à l'autorisation accordée trop facilement aux médecins étrangers pour l'exercice de la médecine en France, notamment aux stations hivernales et thermales, émis par M. le docteur Seux, au nom de la Société locale des médecins des Bouches-du-Rhône.

Enfin, M^r Guertier, membre du Conseil judiciaire de l'Association, a fait un rapport sur la proposition suivante : Quels sont les droits et les devoirs des médecins des épidémies ? Ce rapport qui a obtenu l'assentiment de l'Assemblée, sera publié dans l'Annuaire.

CONCOURS DE SAINT-ETIENNE. — Le concours pour la place de chirurgien des hôpitaux de Saint-Etienne vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Paliard, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT. — Il a été constaté que depuis le 9 janvier dernier, époque à laquelle a commencé le service médical de nuit, jusqu'au 1^{er} mai, 1180 malades ont demandé l'assistance des médecins attachés à la préfecture. Sur ce nombre considérable neuf personnes seulement ont succombé avant l'arrivée du docteur.

Une somme de 10 francs, remboursable par le malade reconnu solvable, est allouée pour chaque visite, et comme ce remboursement s'est effectué assez régulièrement jusqu'à ce jour, le crédit de 10 000 francs alloué au service médical par le conseil municipal, n'est pas près d'être épuisé.

BUREAU DES NOURRISES. — D'après le journal LE XIX^e SIÈCLE, le conseil municipal de Paris va être mis en possession des documents relatifs aux améliorations qu'on assure avoir été la conséquence de la mesure prise en 1875 de supprimer le bureau des nourrices en ce qui concerne les familles payantes. En 1873, sur 4729 enfants assistés 2120 sont morts ; en 1874, sur 4211 il y avait 1814 décès. C'était déjà un progrès, puisque dans la première de ces années la mortalité avait atteint la proportion de 46,6 pour 100, et que dans la seconde elle est descendue à 43. Il serait intéressant de connaître quelle décroissance a suivie le chiffre des décès depuis que l'administration de l'Assistance publique est restreinte à surveiller les enfants assistés et à donner des secours aux mères qui veulent les nourrir elles-mêmes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE GENÈVE. — La Faculté de médecine de Genève vient de se compléter en nommant les professeurs suivants : MM. A. d'Espine, professeur de pathologie interne ; J. C. Prévost, professeur de matière médicale ; Laskovski, professeur d'anatomie ; Vuillet, professeur de polyclinique ; Gosse, professeur

de médecine légale ; Cohnstein (de Berlin), professeur de gynécologie ; Vaucher, professeur d'accouchements ; Schiff, professeur de physiologie.

CONGRÈS MÉDICAL D'ANDALOUSIE. — Le Congrès médical d'Andalousie a eu lieu du 2 au 8 avril dernier à Séville. La prochaine session aura lieu dans deux ans et la réunion se fera à Grenade.

SERVICES MÉDICAUX GRATUITS. — Le ministre de la guerre a accordé un témoignage de sa satisfaction pour le dévouement dont ils ont fait preuve en soignant gratuitement, pendant de longues années, les militaires de la gendarmerie ainsi que leurs familles, à MM. Gillaizeau, médecin à Avrillé (Vendée) ; Cavoret, médecin à Duclair (Saïno-Inférieure) ; Révol, médecin à Moras (Drôme) ; Duseuil, médecin à Melle (Deux-Sèvres) ; Rogueuff, médecin au Caylar (Hérault) ; Menon, médecin à Tonneins (Lot-et-Garonne) ; Chauvel, médecin à Brunoy (Seine-et-Oise) ; Moulin, médecin à Bourg-Argental (Loire) ; De la Motte, médecin à Pont-l'Évêque (Calvados) ; Boiteux, médecin à Damales-Dames (Dombes).

JURISPRUDENCE MÉDICALE. CHARLATANISME ; SUBSTITUTION DE NOM. — Deux prétendus ophthalmologistes se sont successivement affublés du nom du docteur Sichel. Le premier, du nom de Lévy, parcourait la province dès 1869 sous le faux nom de Sichel, et fut condamné, en 1872, sur la plainte de M. Sichel, à Dijon, à Mâcon, à Clermont-Ferrand et dans d'autres villes où il avait fait des dupes. En 1875, un nouveau docteur Sichel se mit à faire des tournées en Normandie : il se nommait aussi Lévy et était, croit-on, le frère du premier. Il a été arrêté au Havre et condamné par le tribunal de cette ville à deux ans de prison et 500 francs d'amende. La Cour d'appel de Rouen vient de confirmer cette décision. De plus, on a alloué une somme de 1000 francs au docteur Sichel, qui s'était porté partie civile. Enfin, le jugement devra être inséré dans le FIGARO et dans un grand nombre d'autres journaux aux rais du condamné.

TYPHUS. — On lit dans la CORRESPONDANCE AUTRIENNE du 5 mai : « Le typhus règne à Ragusa au sein de la population. On en signale des cas nombreux, parmi les troupes de la garnison, éprouvées par l'état défavorable de la température et par un surcroît de fatigue. Les derniers relevés officiels évaluent à 24 000 environ le nombre des réfugiés herzégoviniens séjournant sur le territoire de la Dalmatie. Quant au nombre des réfugiés bosniens en Croatie, des chiffres officiels le portent à 45 946, répartis en 7203 familles. A ce chiffre, il faut ajouter les 2225 individus qui, du 21 au 26 avril, ont cherché un refuge dans la même contrée. »

ERRATUM. — Dans la note relative à M. Casimir Daumas (*Paritéz*, p. 288), au lieu de : « pour couper court à certains traités », lisez : « pour couper court à certains bruits ».

Etat sanitaire de Paris :

Du 28 avril au 4 mai 1876, on a constaté 937 décès, savoir :

Variole, 9. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 4. — Fièvre typhoïde, 11. — Erysipèle, 7. — Bronchite aiguë, 42. — Pneumonie, 67. — Dysentérie, 2. — Diarrhée cholériforme des enfants, 8. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 9. — Croup, 9. — Affections puerpérales, 8. — Autres affections aiguës, 252. — Affections chroniques, 439, dont 188 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 49. — Causes accidentelles, 16.

SOMMAIRE. — PARIS. Société impériale et royale des médecins de Vienne : Un cas de purpura ; mort par hémorragie cérébrale. — Société médicale des hôpitaux et Société de biologie : Iodisme et albuminurie à la suite d'application de teinture d'iode sur le pénis. — HISTOIRE ET CHRONIQUE. LA MUSCARIQUE. — TRAVAUX ORIGINAUX. Pathologie interne : Des conditions de la curabilité des embolies. — SCIENTIFICS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de biologie. — REVUE DES JOURNAUX. De l'emploi de la centaurée chausso-trape dans le traitement des maladies intermittentes. — Sur l'acclimatation des canariens prosopiques des animaux sur d'autres espèces animales et sur l'homme. — BIBLIOGRAPHIE. Traité théorique et clinique de l'empoisonnement. — VARIÉTÉS. Nécrologie. — Réunion annuelle de l'Association générale.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 18 mai 1876.

UNE VARIÉTÉ DE TUMEURS DE LA RÉGION CERVICALE CHEZ LES ENFANTS NOUVEAU-NÉS. — Académie de médecine : DE LA DYSPESIE.

Une variété de tumeurs de la région cervicale chez les enfants nouveau-nés.

L'année dernière, à notre consultation de l'hôpital des Enfants, j'eus occasion d'observer une espèce particulière de tumeurs du cou dont la nature au premier abord nous paraissait fort obscure. Par une coïncidence singulière, deux enfants atteints de la même maladie se présentèrent, à quelques jours d'intervalle, et, dans la même année, nous pûmes recueillir une troisième observation. Les conditions particulières dans lesquelles s'étaient trouvés ces enfants au moment de leur naissance nous fixèrent bientôt sur la pathogénie et la nature de ces tumeurs. J'engageai M. Planteau, interne du service, à faire quelques recherches à ce sujet et à recueillir les faits analogues qu'il pourrait trouver dans les divers recueils français et étrangers. M. Planteau en fit l'objet d'un excellent travail, qu'il présenta à titre de mémoire d'internat. Nous publions ici une analyse de ce mémoire, où la question se trouve complètement exposée.

Les trois enfants que nous avons observés présentaient sur le côté droit du cou, dans l'épaisseur du muscle sterno-mastoïdien, une tumeur dure, élastique, ovoïde, non fluctuante, peu douloureuse, du volume d'un petit œuf de pigeon. Cette tumeur n'avait été constatée par les parents que deux ou trois semaines après la naissance. Leur attention avait été attirée par une inclinaison de la tête vers l'épaule droite avec rotation de la face vers l'autre épaule. La tumeur siègeait

dans le sterno-mastoïdien du côté droit. La peau était de couleur normale ou légèrement rosée. En soulevant le menton on constatait mieux la forme de la tumeur, qui offrait l'aspect d'un faisceau fortement renflé. Chez un des enfants, le muscle présentait en outre au début de la maladie quelques légères bosselures à sa partie moyenne. Lorsque le muscle est tendu la tumeur est immobile. Elle est, au contraire, légèrement mobile quand le muscle est mis dans le relâchement. Le sterno-mastoïdien est complètement induré à sa partie moyenne. En bas, c'est sur le faisceau sternal que se manifeste surtout l'induration. La peau n'a aucune adhérence avec la tumeur et n'est pas enflammée. La douleur spontanée est nulle et les mouvements du cou paraissent peu gênés; mais l'enfant crie quand on presse sur la tumeur ou quand on tend le muscle. Cette douleur est surtout marquée dans les premiers jours.

Il est difficile de redresser la tête complètement. Son inclinaison à droite avec rotation de la face à gauche montre que le faisceau sternal est principalement intéressé. Aucun de ces enfants n'est suspect de syphilis. Deux d'entre eux sont remarquables par leur fraîcheur et leur bonne santé.

Nous n'avons pas eu occasion de faire l'examen anatomique de ces tumeurs. Nous trouvons dans une observation de Frédéric Taylor, sur laquelle nous reviendrons, une note sur la composition d'une tumeur qui nous paraît analogue. L'extrémité sternale du muscle était surtout indurée, et bien qu'elle présentât à l'œil nu les caractères du tissu sain, on constata au microscope la présence d'un tissu fibreux blanc (*white fibrous tissue*), dont les faisceaux isolaient les fibres musculaires. Celles-ci étaient intactes. Il s'agit donc, selon toute apparence, d'une production fibreuse ayant pour point de départ le tissu conjonctif interstitiel. Cette production serait le résultat d'une inflammation dont nous avons à étudier l'origine et la marche. Sous l'influence de contusions, de frottements, de tiraillements, on sait que les muscles peuvent devenir le siège d'un travail

FEUILLETON

De l'ordonnance de M. le Préfet de police sur les animaux suspects ou atteints de maladies contagieuses.

Nous trouvons dans les Archives vétérinaires publiées par M. Reynal et les professeurs de l'École d'Alfort le texte d'une ordonnance de police dont l'importance n'échappera à personne. Cette ordonnance concerne les chevaux et autres animaux atteints ou suspects de maladies contagieuses. Depuis longtemps déjà on s'apercevait que les règlements de 1841 et de 1842 étaient insuffisants ou même pour ainsi dire tombés en désuétude, et qu'ils allaient souvent contre le but qu'ils voulaient atteindre. Ainsi, comme l'a déjà fait remarquer M. Bouley (*Recueil de médecine vétérinaire*, février 1870), au point de vue des obligations qu'elles imposent et des pénalités qu'elles infligent, les lois sanitaires générales ne font pas de distinction entre des maladies qui

sont essentiellement redoutables, comme la morve et la rage, et celles qui, comme la gale, ne peuvent causer qu'un dommage relativement très-secondaire. C'est à M. Renault, préfet de police, que revient l'honneur non pas d'avoir modifié les lois sanitaires, il n'en avait pas le droit, mais d'avoir institué, sur la demande de MM. Leblanc et Alexandre, une commission composée, entre autres personnes, de MM. Bouley, Reynal, Alexandre, Sanson et Leblanc. Cette commission fit un rapport qui bientôt fut suivi de l'ordonnance du préfet de police, ordonnance concernant uniquement les affections véritablement sérieuses, comme la morve, le farcin, la péripneumonie, la fièvre aphteuse et la rage.

Aujourd'hui, comme l'a dit avec raison M. Bouley (*Société centrale de médecine vétérinaire*, 13 janvier 1876), tout le monde est bien d'accord sur une question fondamentale, à savoir : que la contagion est la cause principale des grands développements que la morve est susceptible d'acquies dans les grandes agglomérations. Qu'on admette la spontanéité ou

inflammatoire qui se traduit anatomiquement à l'état chronique par des exsudats fibreux.

Les circonstances dans lesquelles ces tumeurs se produisent viennent singulièrement à l'appui de ces données anatomiques. Les trois enfants que nous avons observés sont nés en présentation du siège. L'extraction de la tête a duré une demi-heure chez le premier. Chez les autres, elle a également nécessité de longues et énergiques tractions. Le second était en état de mort apparente au moment de la naissance.

La tumeur ne s'est pas montrée dans les premiers jours de la vie. Ce n'est qu'au bout de quinze jours ou de trois semaines qu'elle s'est manifestée. Nous n'avons pu avoir de renseignements exacts sur la position de la tête; on sait qu'au moment de l'expulsion la face est ordinairement tournée vers le sacrum.

Il était difficile de ne pas établir un rapport entre la présentation du siège, les violences exercées pour le dégagement de la tête et la nature même de la lésion que nous avons constatée. Cette lésion est, selon toute apparence, le résultat d'un tiraillement des fibres du sterno-mastoïdien déterminé par des tractions qu'a exercées l'accoucheur; à la suite de ce tiraillement le muscle est le siège d'une inflammation dont le résultat est la production de ce tissu fibreux interstitiel qui constitue la tumeur.

Nous disons tiraillement et non rupture des fibres, considérant que dans le cas où l'examen anatomique a été pratiqué la fibre musculaire paraissait intacte. En outre, s'il y avait eu rupture il y aurait eu certainement épanchement interstitiel d'une certaine quantité de sang, et la tumeur se serait manifestée peu de temps après la naissance. Or nous avons vu que son apparition n'avait eu lieu qu'à une époque beaucoup plus éloignée, intervalle nécessaire à la production des éléments fibreux, à l'organisation de l'exsudat, à son développement. Une dernière preuve pourrait être empruntée à la localisation de la tumeur, que nous avons vue chez nos malades siéger constamment dans le sterno-mastoïdien droit. Si nous nous reportons aux circonstances dans lesquelles la tête a été extraite, nous en trouvons facilement l'explication. Quand le corps est expulsé et que la tête reste dans l'excavation, la face en arrière, le côté droit de l'enfant répond à la main droite de l'accoucheur, placé en face de la femme; celui-ci, soutenant le tronc avec la main gauche et l'avant-bras, sur lequel est couché le corps de l'enfant, maintient le dos avec la main droite et exerce quelques tractions. Pour peu que la tête ne se dégage pas, l'indicateur de la main droite, introduite à la

partie postérieure de la vulve, pénètre dans la bouche de l'enfant et accroche la mâchoire inférieure pour faire basculer le menton. Quand la manœuvre est faite par un accoucheur habile, comme le remarque judicieusement M. Planteau, les tiraillements exercés sur les deux muscles sterno-mastoïdiens sont sensiblement égaux; mais si l'accoucheur est peu expérimenté; si, comme il arrive fréquemment, pressé de terminer l'accouchement, il cherche plutôt à entraîner la tête par des tractions énergiques qu'à la mettre dans la position la plus favorable au dégagement, il arrivera nécessairement que les tractions exercées sur le corps prédomineront à droite et que le sterno-mastoïdien de ce côté sera particulièrement tirailé et meurtri. En outre, la tête étant toujours défléchie et fortement étendue lorsqu'elle arrive à la vulve dans la présentation du siège, c'est surtout le faisceau sternal ou antérieur qui devra être intéressé. Ce mécanisme est très-bien étudié et exposé dans le mémoire de M. Planteau.

Notre jeune confrère a également consacré une étude attentive à la question du diagnostic, qu'il a traitée très-complètement. Il a étudié à ce point de vue le torticolis dû aux manœuvres obstétricales, les diverses tumeurs inflammatoires, hématisées, etc., qui peuvent se montrer dans le sterno-mastoïdien, les tumeurs osseuses, les gommés syphilitiques. Il nous est impossible de le suivre dans les développements intéressants qu'il a consacrés à cette partie de la question.

Au point de vue des conditions dans lesquelles il apparaît, le torticolis est peut-être la maladie qui pourrait être le plus facilement confondue avec celle que nous étudions. Mais dans le torticolis il n'y a pas de tumeur, la douleur est beaucoup plus vive, il y a une concavité du cou du côté lésé; les symptômes se prononcent à une époque beaucoup plus voisine de la naissance.

Les abcès froids, à parois épaisses, à fluctuation douteuse, ne s'observent guère chez les nouveau-nés dans l'épaisseur du sterno-mastoïdien.

Les tumeurs sanguines du cou qui se produisent pendant l'extraction du fœtus (Carl Buge, traduction Charpentier) peuvent occuper les muscles ou le tissu cellulaire du cou. Un hématome dur, à parois semi-cartilagineuses, pourrait offrir des difficultés de diagnostic. Mais on se guiderait sur l'époque d'apparition de la tumeur, qui acquiert dès les premiers jours le maximum de son volume, sur la fluctuation, l'écchymose des parties voisines.

Quant aux tumeurs syphilitiques qui pourraient prêter à l'erreur sous le rapport de la consistance, de la localisation,

qu'on la nie, tout le monde attribue à la contagion une influence prépondérante. Autrefois, sous l'influence de M. Renault, professeur de l'École d'Alfort et père du préfet de police auteur de la dernière ordonnance, la théorie de la spontanéité était à peu près seule admise; aujourd'hui la théorie de la contagion appuyée sur des faits nombreux, indiscutables, l'a remplacée, et il n'y a qu'à lire les dernières statistiques pour voir à quel heureux résultat on est déjà arrivé aujourd'hui, en appliquant avec soin les règles qui découlent naturellement de cette théorie que la morve étant contagieuse, les animaux atteints doivent être isolés ou abattus. Chaque jour apporte de nouvelles preuves en faveur de la contagion; M. Trasbot lui-même, dans la séance de la Société vétérinaire du 13 janvier, était le cas d'un bœuf atteint de fièvre aphteuse qui n'avait fait que traverser la grande rue d'un village: au bout de deux à trois jours plusieurs animaux de ce village étaient atteints de cette affection. Quelques jours plus tard, M. Trasbot concluait ainsi un long

diseours: « 1° Que le plus grand nombre des cas de morve est le résultat de la contagion; 2° que cette maladie peut pourtant être la conséquence directe de l'époussement; 3° que, en prévenant le développement primitif par un choix intelligent des animaux affectés à un service donné, et par une hygiène bien entendue, on concourt indirectement à prévenir sa propagation. »

M. Bouley, tout en se déclarant très-ébranlé à l'égard de ses anciennes croyances sur la spontanéité de la morve, admet encore la spontanéité jusqu'à un certain point, mais beaucoup moins que M. Trasbot. Il prend comme exemple la compagnie des petites voitures; or, dit-il, étant donné, comme je le crois, que les chevaux ne sont pas suffisamment nourris, la conséquence qui devait résulter de ce fait, c'est le développement de la morve sur une grande échelle. Eh bien, cette conséquence ne s'est pas produite, les cas de morve sont rares. La statistique faite avec la plus grande conscience par les soins de M. Bixio, directeur de la Compagnie des

il suffira de dire qu'elles n'ont jamais été observées chez les enfants du premier âge; les lésions musculaires faisant ordinairement défaut dans la syphilis héréditaire (Lancereaux).

Dans tous les cas que nous avons observés, ces tumeurs se sont terminées par résolution au bout de deux ou trois mois. Quelques frictions avec l'onguent napolitain très-affaibli et mêlé à une petite proportion d'extrait de belladone ont le plus souvent constitué tout le traitement.

Les recherches auxquelles s'est livré M. Planteau montrent que des faits analogues ont déjà été observés, mais ils ont été diversement interprétés ou même méconnus.

Frederik Taylor (*Medical Times*, 28 novembre 1874) parle d'un cas d'induration du muscle sterno-mastoidien chez un enfant de quatre semaines qu'il considère comme syphilitique. Les parents étaient infectés et l'enfant lui-même était atteint d'une éruption qui fut jugée spécifique. L'enfant était venu par le siège. Le docteur Thomas Smith pense que ces tumeurs sont dues à des violences exercées pendant l'accouchement. C'est également l'avis du docteur Arnolt, qui les croit tout à fait indépendantes de la syphilis (voy. *Gazette d'Hayem*, t. V).

Nous trouvons dans les ARCHIVES DE MÉDECINE (1863) trois observations du docteur Wilks, médecin de l'Infirmerie royale de Londres (*Lancet*, 1862). Il s'agissait d'indurations chroniques du sterno-mastoidien chez des enfants de quelques semaines. Ces enfants n'étaient pas syphilitiques. Il n'est fait aucune mention de la présentation, et il n'y a pas de détails sur l'accouchement.

Résumons, en terminant, les conclusions du mémoire de M. Planteau :

1° A la suite de l'extraction de l'enfant, dans les présentations pelviennes, on peut voir se produire sur le muscle sterno-mastoidien des tumeurs qui paraissent être de nature fibreuse.

2° Ces tumeurs sont dues à une myosite interstitielle produite par les tractions exagérées exercées sur le muscle sterno-mastoidien.

3° Elles sont beaucoup plus fréquentes à droite en raison, selon toute apparence, de la position habituelle du fœtus dans les présentations du siège.

4° Ces tumeurs n'ont aucun rapport avec la syphilis.

5° Elles ne paraissent avoir aucune gravité, bien qu'elles mettent à disparaître un temps assez long.

BLACHEZ.

De la dyspepsie.

La gastrite, cette affection si généralement admise dans le public, cette conception si chère à Broussais, après avoir été combattue ardemment par les plus grands médecins de notre époque, est-elle destinée à reparaitre en maîtresse dans l'histoire des maladies de l'estomac? C'est vers ce but que tendrait l'intéressante étude communiquée à l'Académie de médecine dans sa séance du 16 mai par M. le docteur Leven.

Depuis plusieurs années M. Leven a consacré son temps à l'étude de la physiologie et de la pathologie gastriques; c'est donc avec la confiance due à un pareil labeur qu'il convient d'accueillir cette communication. Mais tout d'abord, avant d'analyser les faits, remarquons qu'il s'agit exclusivement d'un travail expérimental; que toutes les conclusions, que l'auteur donne comme applicables à la pathologie humaine, sont basées sur des observations faites chez le chien. L'impossibilité de constater les lésions sur une muqueuse trop altérée, vingt-quatre heures après la mort, la rareté des autopsies de sujets uniquement atteints de gastrite, rendaient cette manière d'observer nécessaire, dit M. Leven. Nous ne lui objectons rien à ce sujet; nous voulons seulement rappeler combien de fois la généralisation d'une espèce à une autre a conduit à des erreurs et, sans prétendre qu'il s'en trouve dans le travail de M. Leven, qu'il nous soit permis d'exprimer le désir de voir bientôt des observations recueillies chez l'homme fournir des termes de comparaison, et faire disparaître cette première incertitude.

Cela dit, quelles sont les parties du travail de M. Leven qui se trouvent en contradiction avec les données admises? Les arguments qu'il fournit sont-ils toujours probants?

Deux points principaux se dégagent de son mémoire :

1° La gastralgie et la dyspepsie, en même temps que troubles purement fonctionnels, n'existent pas; elles sont toujours et primitivement accompagnées d'une lésion de nature inflammatoire dont elles ne sont que le symptôme.

2° L'ulcère simple de l'estomac est la période ultime de la gastrite, à laquelle viennent se joindre certaines conditions secondaires, propres à favoriser la perte de substance.

La gastralgie, la dyspepsie ne sont jamais de simples troubles fonctionnels, dit-il. Oui sans aucun doute, si l'on entend par là qu'elles reconnaissent toujours pour cause une altération des tissus ou des sécrétions. Que sous l'influence d'une irritation nerveuse, d'une alimentation mal choisie, il se produise dans l'estomac des troubles, nous le recon-

petites voitures, donne les résultats suivants : 1,1 de morve sur 100. Sur les dix-huit dépôts de la Compagnie, il y en a un certain nombre où la morve ne se présente jamais, d'autres où l'on n'observe que des cas très-rares, deux enfin où la morve existe plus particulièrement. Des mesures viennent d'être prises à l'égard de ces deux derniers dépôts, ainsi, par exemple, on fait isoler non-seulement le cheval suspect, mais aussi ses deux voisins. Nous verrons l'année prochaine le résultat de ces soins prophylactiques.

Nous n'avons pas l'intention de reprendre aujourd'hui tous les termes de cette importante question dont l'étude se poursuit encore à la Société de médecine vétérinaire, mais on voit par ce qui précède qu'il était important de prendre des mesures de sûreté. À Paris, plus encore que dans les autres grands centres, les chances de contagion sont grandes. La fièvre aphteuse, nous dit M. Sanson, est à l'état permanent dans tous les départements qui avoisinent Paris : elle y est entretenue par les bestiaux qui passent par le marché de la

Villette. Quelques-uns peuvent être atteints de morve latente, si tant est que cette forme signalée par M. Dupuy doit être admise, d'autres sont certainement malades; de plus, les animaux sont dans de mauvaises conditions : épuisés par la fatigue, souvent mal nourris, ils sont déjà prédisposés à une affection dont la gravité est si grande au milieu de cette agglomération. Il y a donc dans ce passage continu des bestiaux, dans leur accumulation, une cause importante d'infection et une facilité très-grande de propagation. M. Renault a voulu remédier, autant qu'il lui était possible de le faire, à ces dangers permanents; aussi peut-on dire que son ordonnance réorganisant le service sanitaire est un véritable service public. Tout d'abord, pour que son ordonnance pût être exécutée d'une façon régulière et positive, il a établi une commission composée de cinq vétérinaires qui seront chargés d'examiner par eux-mêmes les cas prévus par l'ordonnance; de plus, plusieurs inspecteurs qui leur sont adjoints devront veiller à son exécution. On peut donc être certain, dès aujourd'hui,

naissions sans peine; mais M. Leven croit-il que les phénomènes vaso-moteurs qui accompagnent ou suivent cette irritation ne peuvent produire la dyspepsie qu'au moyen d'un processus inflammatoire? Pense-t-il que quand la circulation glandulaire est activée ou ralentie, comme lui-même le montre, les altérations de liquides gastriques ne suffisent pas pour expliquer les troubles de la digestion, sans avoir recours à l'inflammation? Mais, dira-t-il, j'ai vu « que chez le chien nourri avec persistance d'aliments qui lui sont mal appropriés la muqueuse finit par s'enflammer ». C'est là non plus un trouble inflammatoire primitif, mais une sorte de lésion traumatique consécutive due au séjour prolongé de véritables corps étrangers dans l'estomac. Dans ces conditions, la muqueuse s'enflamme, ou, pour être plus exact, se congestionne d'abord, car l'inflammation ne se produit qu'après une expérience prolongée. Quoi qu'il en soit, chez quelques-uns des chiens observés par M. Leven il y avait inflammation; ce sont ceux chez qui la muqueuse était rouge, les vaisseaux gorgés de sang, les éléments anatomiques multipliés.

Admettons-la; est-ce là une preuve bien convaincante en faveur de la théorie de l'auteur? L'inflammation, pour M. Leven, doit toujours précéder la dyspepsie; or lui-même constate que cette inflammation n'apparaît qu'au bout de quelques jours, et d'autre part, dès les premiers repas ces chiens, c'est encore lui qui parle, étaient manifestement dyspeptiques. Nous admettrions donc plus volontiers que la cause qui a produit la dyspepsie (par trouble des sécrétions), continuant à agir, peut produire l'inflammation. La dyspepsie pourrait ainsi être la cause d'une gastrite. Sur ce point nous attendrons de nouvelles recherches.

Dans d'autres cas, l'inflammation est beaucoup moins évidente; tels sont ceux où la muqueuse a été trouvée pâle, les vaisseaux rétrécis. Ici, dit l'auteur, l'irritation portée plus loin a produit la constriction vasculaire. Où est alors l'inflammation? Que sous l'influence d'une irritation prolongée et d'une anémie consécutive, il y ait tendance à la destruction de la membrane, à la nécrobiose, on pourrait l'admettre. Mais l'inflammation sans afflux sanguin, l'inflammation avec anémie, c'est, croyons-nous, une hypothèse qui demanderait à être justifiée.

Si nous avons insisté sur ce dernier détail, c'est que M. Leven s'appuie précisément sur ces cas pour avancer que l'ulcère simple de l'estomac n'est autre chose que le dernier terme de la gastrite proliférante. Nous remarquerons, il est vrai, qu'il fait intervenir la pression exercée par les aliments

sur cette membrane dont les vaisseaux sont rétrécis; qu'il montre encore que c'est aux points les moins richement irrigués que se trouve la perte de substance; c'est-à-dire que l'ulcère se produit dans les parties incomplètement nourries. Mais ce sont là des causes secondaires, et la cause principale reste pour lui l'inflammation; c'est elle qu'il faudrait démontrer. Or il nous paraît qu'ici le terrain s'est dérobé et que ce n'est pas ordinairement dans les parties anémiées que l'on trouve les ulcérations d'origine inflammatoire. Nous sommes donc encore obligé de constater que la démonstration n'est pas complète, et nous devons demander à l'auteur des arguments et surtout des faits.

Quoi qu'il en soit, le travail de M. Leven, venant après ses nombreuses communications et les mémoires qu'il a publiés, a un grand intérêt; la compétence de l'auteur, sa connaissance approfondie de toutes les maladies de l'estomac, sont pour la justesse de ses vues une présomption favorable. Nous ne croyons pas que dans la communication actuelle il se soit mis à l'abri de toutes les objections, et nous avons dû exprimer nos doutes; mais nous attendons que, par de nouvelles recherches il y réponde et nous sommes convaincu qu'il saura les faire évanouir.

COURS PUBLICS

Syphilligraphie.

LEÇONS SUR L'APHASIE ET L'ŒMPLÉGIE DROITE SYPHILITQUES A FORME INTERMITTENTE, par le docteur Charles MAURIC, médecin de l'hôpital du Midi

(Fin. — Voyez le n° 14.)

VI

Voilà, messieurs, quel est le fait qui m'a déterminé à revenir sur un sujet dont je vous avais déjà parlé longuement. Vous voyez que malgré le développement considérable que je lui ai donné il est encore loin d'être épuisé.

Pour nous bien rendre compte des causes, de la nature et de la portée des phénomènes morbides, passons en revue et discutons les principales circonstances d'un pareil fait, et choisissons parmi toutes les hypothèses qui se présentent à l'esprit celle qui réunit en sa faveur la plus grande somme de probabilités.

A. — Quand il s'agit d'une femme et que cette femme présente des troubles névropathiques, il faut songer immé-

d'hui, que les précautions sont prises pour parer, autant que faire se pourra, au danger des maladies contagieuses: les intérêts des propriétaires sont sauvegardés, et tout porte à croire qu'ils seront les premiers à aider à l'application d'une ordonnance dont ils sont les premiers à bénéficier.

Voici l'ordonnance de M. le préfet de police :

Paris, le 27 décembre 1875.

Nous, Préfet de police,

Vu: 1° L'arrêté du conseil d'Etat, du 16 juillet 1784, dont les dispositions sont maintenues par l'article 484 du Code pénal;

2° La loi des 16-24 août 1790;

3° Le § 3 de l'article 20, titre 1^{er}, section 4 de la loi du 6 octobre 1791;

4° Les arrêtés du gouvernement des 12 messidor an VIII et 3 brumaire an IX;

5° L'article 423 du Code pénal;

6° Les articles 459, 460 et 461 du Code pénal;

7° Les ordonnances de police des 17 février 1831, 15 janvier 1841 et 31 août 1842;

8° Le décret du 15 janvier 1813;

9° L'arrêté du ministre de l'intérieur, en date du 11 septembre 1813;

10° La loi du 7 août 1850;

11° La loi des 10-15 juin 1863;

Considérant qu'il importe de publier de nouveau les règlements relatifs aux animaux atteints ou suspects de maladies contagieuses, et d'ajouter à ces règlements les dispositions que réclame la gravité de certains cas de contagion observés par la science;

Que quelques-unes de ces maladies, telles que la rage et la morve, en se communiquant à l'espèce humaine, donnent lieu à des accidents presque nécessairement mortels;

Que d'autres, moins redoutables à ce point de vue, présentent néanmoins un caractère d'extrême gravité, en ce que, se propageant sur un grand nombre d'animaux, elles peuvent imposer à la propriété des pertes considérables;

Que la stricte exécution des mesures ci-dessus édictées aura pour résultat de réduire les dangers auxquels l'homme est exposé,

diatement à l'hystérie qui joue un si grand rôle dans la pathologie féminine. C'est pour l'avoir oublié, ou du moins pour n'en avoir pas assez tenu compte, qu'on a vu faire souvent des confusions regrettables, qu'on a vu attribuer, par exemple, à la syphilis des phénomènes nerveux qu'elle n'avait fait que susciter, etc. Je me tiens en garde contre une pareille illusion. Aussi ai-je cherché très-attentivement s'il n'existait pas dans le passé de la malade quelques manifestations plus ou moins évidentes de la diathèse nervosique; je n'en ai découvert aucun. Mais comme il y a commencement à tout, ce résultat négatif, bien qu'ayant quelque importance, n'était point décisif. J'ai donc poursuivi mes investigations dans tous les sens et je me suis procuré qu'en dehors de la syphilis il n'existait aucune maladie constitutionnelle à laquelle on pût rattacher ces accidents nerveux ou qui fût de nature à mettre en activité une disposition hystérique jusqu'alors latente.

Mais ces accidents ne pouvaient-ils pas tenir à une cause occasionnelle, à une indisposition passagère? C'est là un côté de l'étiologie que je n'ai point négligé. Je n'ai pas été plus heureux dans ces recherches que dans les autres, et je ne suis parvenu à saisir ni dans l'état physique et moral actuel, ni dans les fonctions menstruelles, ni dans les habitudes hygiéniques, aucune circonstance à laquelle on pût rattacher de près ou de loin ces attaques d'aphasie et d'hémiplegie droite; de telle sorte qu'après des éliminations successives j'ai été forcément conduit à rendre la syphilis responsable de ces accidents.

Cette hypothèse me semblait d'autant plus probable que deux mois auparavant la malade avait eu quelques troubles cérébraux dont l'origine ne me paraissait pas douteuse. Les éblouissements, les étourdissements, les vertiges et surtout les désordres du côté de l'accommodation visuelle survenus en septembre n'étaient-ils pas la conséquence d'une détermination, vague et fugace, il est vrai, mais réelle, de la syphilis sur le cerveau? Ne pouvait-on pas les regarder comme un prodrome de l'encéphalopathie actuelle, comme une sorte de transition entre les manifestations superficielles et les manifestations plus graves et plus profondes de la maladie constitutionnelle?

B. — Mais de pareilles présomptions étaient insuffisantes pour asseoir le diagnostic sur des bases solides; il fallait chercher et trouver dans l'analyse des symptômes d'autres éléments de certitude.

Pendant les premières attaques, il s'était produit des phénomènes qui contrariaient un peu l'hypothèse que je viens de formuler. Ainsi les pleurs, les spasmes respiratoires, les mouvements convulsifs, sont évidemment des symptômes hystériques ou hystéroides. Remarquez qu'ils ne durèrent pas, ils ne firent qu'exprimer momentanément l'action désordonnée

que suscite toujours plus ou moins chez les femmes une violente surprise du cerveau par un acte pathologique quelconque. Je suis loin de méconnaître la valeur de leur signification. Je l'exagère même en supposant d'abord qu'il ne s'agissait dans ce cas que d'une de ces nombreuses névropathies protéiformes de l'hystérie. Je ne tardai pas à revenir de cette première impression quand je vis que les spasmes ne se renouvelaient pas et que le groupe symptomatique constitué par l'aphasie et l'hémiplegie droite se reproduisait constamment.

Mais m'objecterez sans doute que l'hystérie cause souvent des parésies, et en particulier l'hémiplegie. C'est vrai, et je vais vous dire dans laquelle proportion les divers muscles du corps en sont atteints chez les hystériques. L'emprunte ces statistiques à un des livres qui font le plus d'honneur à la médecine moderne, au remarquable traité de M. Briquet sur l'hystérie.

« D'après mes relevés, dit ce savant médecin, les muscles ont été intéressés dans l'ordre suivant :

» La paralysie a frappé les muscles principaux du tronc et ceux des quatre membres chez 6 malades; ceux des membres du côté gauche, chez 40; ceux des membres du côté droit, chez 14; ceux des deux membres supérieurs seulement, chez 5; ceux du membre supérieur gauche, chez 7; ceux du membre supérieur droit, chez 2; ceux des deux membres inférieurs, chez 18; ceux du membre inférieur gauche, chez 4; ceux des pieds et des mains, chez 2; ceux de la face, chez 6; ceux du larynx, chez 3; le diaphragme, chez 2. »

D'un autre côté, Landouzy avait vu la paralysie générale chez 3 malades, et l'hémiplegie chez 14; 18 fois la paralysie siègeait à gauche; dans les autres cas le côté affecté n'avait pas été indiqué; chez 9 il y avait de la paraplégie.

« D'après ce tableau, ajoute M. Briquet, on voit : 1° que l'affaiblissement des muscles de l'un des côtés du corps, l'hémiplegie hystérique, est extrêmement commune, puisqu'on la trouve chez la sixième partie des hystériques; 2° qu'elle est trois fois plus fréquente à gauche qu'à droite; 3° que la paralysie est cinq fois plus fréquente aux membres inférieurs qu'aux supérieurs; 4° qu'enfin elle attaque très-rarement les muscles de la face. »

Vous voyez, messieurs, que notre cas s'éloigne des cas les plus typiques et les plus fréquents de la paralysie hystérique, puisque : 1° il existait une hémiplegie faciale; 2° l'hémiplegie siègeait à droite; 3° la parésie était plus prononcée dans le membre supérieur que dans le membre inférieur. Il est extrêmement probable que si l'hystérie avait déterminé des phénomènes paralytiques chez cette femme, il y aurait eu une hémiplegie à gauche avec parésie plus accusée dans la jambe

de prévenir la formation de groupes contagionnés, et d'éteindre ces maladies dès leur apparition sur des sujets isolés;

Ordonnons ce qui suit :

Dispositions générales.

ARTICLE 1^{er}. — Les propriétaires, détenteurs ou gardiens :
De chevaux, ânes ou mulets, atteints ou suspects de morve ou de farcin;

D'animaux d'espèce bovine atteints ou suspects de péripneumonie contagieuse ou de fièvre aphteuse, vulgairement appelée *cocotte*;

Et enfin d'animaux, à quelque espèce qu'ils appartiennent, atteints ou suspects de rage;

Sont tenus, sous les peines édictées par la loi, de les isoler et de faire sur-le-champ leur déclaration, à Paris, devant le commissaire de police de leur quartier, et, dans les communes du département de la Seine, devant le commissaire de police de leur circonscription.

ART. 2. — Immédiatement après que cette déclaration aura été faite, il sera procédé à la visite des animaux malades ou suspects

par un vétérinaire délégué de la préfecture qui prescrira les mesures sanitaires urgentes et fera son rapport à mon administration.

ART. 3. — Tout animal reconnu atteint ou suspect d'une des maladies spécifiées dans l'article 1^{er} devra être maintenu isolé des autres animaux susceptibles de contracter cette maladie et maintenu dans un local ou dans un enclos à part.

Morve et farcin. — ART. 4. — Si le vétérinaire délégué de la préfecture de police constate l'existence de la morve ou du farcin et déclare qu'il y a lieu de faire abattre sans délai l'animal ou les animaux qui en seront reconnus atteints, il sera procédé immédiatement à l'abatage de ces animaux, si leur propriétaire y consent.

Un procès-verbal de la visite, contenant le consentement à l'abatage, sera rédigé par le vétérinaire délégué et adressé à la préfecture de police.

Si le propriétaire ne consent pas à l'abatage, il devra, dans le délai de quarante-huit heures, faire visiter l'animal ou les animaux reconnus morveux par un vétérinaire qu'il désignera lui-même, et qui procédera contradictoirement avec le vétérinaire délégué de la

que dans le bras (1) et que les muscles de la face n'auraient pas été atteints. Voilà donc un premier argument qu'on peut invoquer contre l'origine hystérique de l'affection.

Ce n'est pas le seul, et en voici quelques autres qui ont au moins autant de valeur, sinon plus, que celui qui nous est fourni par les statistiques.

Vous savez combien l'anesthésie est commune chez les hystériques; elle accompagne presque tous les autres accidents. « L'hémiplegie hystérique est presque toujours accompagnée, dit M. Briquet, non-seulement de l'anesthésie de la peau du membre paralysé, mais encore de l'anesthésie des muscles paralysés, et dans certains cas l'anesthésie a été jusqu'à frapper le périoste et les os; dans le plus grand nombre de ces cas, les organes des sens étaient anesthésiés du même côté que celui dans lequel résidait la paralysie; quelquefois il y avait eu de la rétention d'urine... Dans l'hémiplegie par lésion matérielle, il y a déviation de la bouche, chute des paupières, paralysie d'un des côtés de la face, point d'anesthésie de la peau ni des sens, perte toujours considérable du mouvement, et plus tard l'atrophie des membres. »

Chez notre malade, la sensibilité était à peu près intacte. Or, d'après ce que vous venez de voir, il est peu probable que la peau n'eût pas été atteinte par la paralysie encore plus que les muscles, si l'hémiplegie avait été hystérique. Cette absence d'anesthésie cutanée est donc un fait considérable au point de vue du diagnostic, et c'est pour cela que j'avais attiré votre attention sur lui en vous décrivant les phénomènes qui avaient caractérisé les attaques.

Je ne pense pas non plus que dans l'hystérie le groupe symptomatique constitué par l'aphasie et l'hémiplegie droite se formule jamais d'une façon aussi nette et aussi persistante que dans les encéphalopathies de cause organique. Il est possible qu'il en existe des exemples, mais je n'en connais pas et je n'en ai trouvé aucun dans le livre si riche en observations curieuses et extraordinaires de mon vénérable maître M. le docteur Briquet.

Les troubles du langage ne sont pas rares dans les affections hystériques, mais ces troubles consistent plutôt en une aberration qu'en une paralysie de la parole. Certaines malades, par exemple, tiendront malgré elles des propos incohérents ou prononceront invinciblement des mots obscènes ou injurieux qui seront pour ainsi dire inconscients, tout à fait en dehors de leurs habitudes et même de la conception actuelle de leur cerveau. Il y a là évidemment quelque chose qui se

(1) La paralysie, dit M. Briquet, avait le plus souvent commencé par affecter le membre inférieur; cependant chez 6 malades elle avait débuté par le membre supérieur. L'affaiblissement avait toujours duré plus ou moins sur le membre inférieur que sur le supérieur. Il arrive souvent que les malades ne peuvent marcher qu'à l'aide d'un béquille, tandis qu'ils se servent encore assez adroitement de leur membre supérieur. »

rapproche de l'aphasie; mais ce n'est pas l'aphasie véritable avec l'embarras ou l'impossibilité de trouver les mots. Ce symptôme, du reste, n'occupe qu'une place insignifiante dans la symptomatologie de l'hystérie. M. Briquet ne l'a pas signalé; et, parmi les nombreux cas d'aphasie si pittoresquement décrits par le professeur Trouseau, il n'en est aucun que cet illustre médecin rapporte à l'affection hystérique. Pour lui, l'aphasie est produite, dans la presque universalité des cas, par une lésion matérielle des lobes frontaux.

De cette longue discussion que devons-nous conclure au point de vue du diagnostic? Il me semble, messieurs, qu'il est logique d'en conclure que malgré les quelques apparences hystériques du début, l'aphasie et l'hémiplegie droite dont notre malade a présenté plusieurs attaques, étaient produites par une détermination probablement congestive sur les lobes antérieurs, et en particulier sur le lobe antérieur du côté gauche. Or, comme cette malade était manifestement syphilitique, il est logique en outre d'en conclure que les phénomènes paralytiques intermittents procédaient d'une encéphalopathie de même nature.

VII

Ce point capital du diagnostic étant établi, il me restera à rechercher par quelle lésion la syphilis a atteint le cerveau, ou était placée cette lésion et quelle en était la structure et le point de départ. Eh bien, je ne pourrais faire que des hypothèses, et je vous les épargnerai pour plusieurs raisons: la première c'est que cette lésion, en admettant qu'elle s'est produite, a été trop fugace pour laisser des traces persistantes; la seconde c'est que je ne pourrais que vous répéter, avec encore plus de timidité et de restrictions, ce que je vous ai déjà dit à ce sujet dans ma première leçon.

Je n'irai donc pas plus avant dans l'étude du diagnostic et je terminerai par quelques considérations sur le processus, le pronostic et le traitement.

A. — Il est évident que le côté le plus curieux et le plus original de cette encéphalopathie syphilitique c'est l'intermittence. Ceux qui ne veulent pas l'admettre ou qui ne croient pas qu'elle soit si complète dans les lésions matérielles du cerveau, en feront peut-être un argument contre la nature syphilitique de l'affection, et n'y verront qu'un des nombreux masques dont s'affuble si fréquemment l'hystérie. Mais je leur répondrai par l'histoire de mon premier malade: chez lui, la nature syphilitique de l'encéphalopathie n'était pas douteuse, et pourtant, pendant plus d'un mois, elle ne s'est traduite que par des attaques répétées d'aphasie et d'hémiplegie droite avec un retour complet du cerveau à son fonctionnement normal, jusqu'au moment où, par suite du développement de la lésion, la continuité a fait place à l'intermittence.

Il est donc démontré que dans certaines encéphalopathies

préfecture de police. En cas de dissidence, il sera nommé par nous un tiers-expert pour, sur son rapport, être statué ce qu'il appartiendra.

Si l'abatage est ordonné par nous, l'animal sera marqué d'un M fait au ciseau et d'une manière très-apparente dans le poil de la croupe. L'abatage devra avoir lieu, soit au marché pour tous les animaux saisis sur les marchés, soit à la fourrière dans tous les autres cas, en présence du vétérinaire ou de tout autre préposé de l'Administration. Aussitôt après l'abatage, il sera fait dans les veines de l'animal une injection avec un liquide infectant, tel que l'essence de térébenthine, l'acide phénique, etc., etc., pour que la viande ne puisse être livrée à la consommation.

Si l'animal visité par le vétérinaire délégué de la préfecture de police est déclaré seulement suspect de morve ou de farcin, le propriétaire pourra, ou le conserver chez lui, dans un local à part, ou le faire conduire à l'École d'Alfort pour y être traité, si l'École juge devoir essayer d'un traitement. Dans l'un et l'autre cas, cet animal sera marqué d'un signe représentant une épave tracée au ciseau d'une manière très-apparente dans le poil au défaut de l'épaule gauche; il ne pourra être utilisé à un service public ou

privé, ou même être promené sur la voie publique avant que le vétérinaire délégué de la préfecture ait reconnu que son état sanitaire le permet.

Au bout d'un mois, il nous sera fait un rapport et il sera statué définitivement.

Les chevaux, ânes ou mulets, qui auront été signalés par le rapport du vétérinaire délégué comme ayant cohabité avec un cheval atteint de morve ou de farcin, pourront continuer à être utilisés à des services publics ou privés tant qu'ils seront reconnus exempts des symptômes de ces maladies, mais ils seront soumis à une surveillance spéciale du vétérinaire délégué de la préfecture, qui devra les visiter au moins une fois par semaine pendant le délai d'un mois après le dernier jour de la cohabitation.

Dans aucun cas, les chevaux, ânes ou mulets ayant cohabité avec un animal affecté de morve ou de farcin, ne pourront être mis en vente avant l'expiration de ce délai.

ART. 5. — Il est défendu, sous les peines édictées par la loi, de vendre ou d'exposer en vente dans les marchés et partout ailleurs, des chevaux, ânes ou mulets atteints ou suspects de morve ou de farcin.

syphilitiques le processus peut être parfaitement intermittent, et c'est avec la plus entière conviction que je vous en donne ce fait comme un nouvel exemple.

Vous avez sans doute remarqué que dans cette encéphalopathie syphilitique le processus n'a pas été identique à lui-même dans toutes les phases de sa courte durée. Sou débute a été signalé par une explosion insolite de phénomènes nerveux ataxiques, dans lesquels le spasme et les convulsions cloniques semblaient prédominer. Mais, derrière ce premier plan et dissimulé par lui, se cachait le groupe symptomatique essentiel, constitué par l'aphasie et par l'hémiplegie droite de la face et des membres. C'est ce groupe symptomatique qui a été l'expression réelle de l'encéphalopathie; il a persisté à un faible degré dans l'intervalle des attaques, puis il est revenu, et dans la seconde crise il s'est montré seul et sans l'accompagnement des désordres hystérisiformes du début.

Pendant la dernière crise, composée de deux attaques, il n'est survenu que de l'aphasie. La motilité du côté droit n'a pas été touchée; elle est restée intacte, sauf dans le bras droit, qui a été le siège d'un engourdissement de quelques minutes. Cette disparition de l'élément hémiplegique ne pouvait être considérée que comme un signe favorable. N'indiquait-elle pas, en effet, que le raptus hyperémique s'effectuait dans une étendue moins considérable du lobe antérieur gauche du cerveau; qu'elle se circonscrivait dans les circonvolutions postérieures; qu'elle avait abandonné le lobule de l'insula et la partie extérieure de la substance grise du corps strié? On a remarqué depuis longtemps que les aphasies sans accidents hémiplegiques sont généralement beaucoup moins graves que les aphasies accompagnées d'une parésie des muscles de la face ou des membres. Notre cas vient à l'appui de cette manière de voir, puisque les attaques ne se sont pas reproduites depuis les deux dernières, qui étaient exclusivement constituées par l'aphasie.

B. — Ce que je vous ai dit au sujet du pronostic de l'aphasie et de l'hémiplegie droite syphilitiques a forme intermittente se trouve confirmé par le fait actuel. L'intermittence complète indique en général une lésion moins grave que la continuité. Croyez bien, en effet, que ce n'est pas un médiocre avantage pour des organes lésés d'une façon quelconque de pouvoir récupérer au bout de quelque temps l'intégrité de leur structure, ou du moins d'en approcher assez pour permettre à leurs fonctions de s'accomplir comme à l'état normal. Un pareil fait serait-il possible si les éléments actifs, si les cellules spéciales de l'organe avaient subi une atteinte profonde dans leur nutrition? Tout au plus doit-on supposer que leur irrigation sanguine est plus ou moins perturbée. C'est par la surabondance des ondes qui envahissent leur gangue de tissu conjonctif, qu'ils sont momentanément opprimés. Mais le reflux succède au flux, et il lui succède d'ordinaire tant que

le travail morbide ne fait pas passer la lésion de la phase vasculaire à la phase cellulaire. Ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans des considérations de pathologie générale sur la grande question de l'intermittence et de la continuité des lésions et des symptômes. Je vous en ai déjà dit quelques mots. Qu'il me suffise d'arrêter votre attention sur la bénignité relative du pronostic qu'implique dans la plupart des cas l'intermittence.

Mais cette intermittence ne persiste pas indéfiniment, surtout quand il s'agit d'affections syphilitiques du cerveau. Que les symptômes soient paralytiques ou convulsifs et épileptiformes, la continuité remplace tôt ou tard l'intermittence. Les attaques se rapprochent, deviennent plus longues et subintrantes, il n'y a plus que des rémissions, et enfin on tombe peu à peu dans les troubles fonctionnels fixes, persistants, sans autres modifications dans leurs processus que celles qui se produisent à la longue eu bien ou en mal, tant que la maladie n'a pas abouti à une infirmité irrémédiable.

C. — J'ai agi sans hésitation et avec énergie dès le début, le lendemain de la première crise. Je n'étais pas encore très-édifié sur le diagnostic; mais comme il y avait beaucoup de probabilités en faveur de la syphilis, j'ai prescrit tout de suite l'iodure de potassium, et j'en ai porté d'emblée la dose à 6 grammes. Ils ont été très-bien tolérés et n'ont entraîné aucun de ces troubles physiologiques du côté de la conjonctive et de la muqueuse pharyngo-nasale, qui sont intolérables pour quelques malades.

Voilà huit jours que la dernière crise a eu lieu. Depuis, la maladie s'est bien portée et il ne lui est survenu aucune attaque nouvelle. J'espère que ces troubles encéphalopathiques ne se reproduiront pas. Dans la crainte qu'il n'en soit pas ainsi, je persiste à faire prendre des doses élevées d'iodure. Au bout de quelques jours, si la guérison s'affirme de plus en plus, je diminuerai progressivement la quantité du spécifique, puis je le suspendrai, quitte à le reprendre au moindre retour des accidents. Il est fort difficile de savoir si la guérison ou l'amélioration dépendent de lui seul. Toujours est-il que dans les deux circonstances où il a été donné, en septembre, contre les vertiges et les troubles d'accommodation visuelle, deux mois et demi après, en décembre, contre les attaques d'aphasie et d'hémiplegie droite, le processus morbide s'est arrêté. Sans doute ce processus n'était encore qu'à l'état d'ébauche; mais rien ne nous démontre qu'il s'en fut tenu là; et, si le succès a suivi l'administration d'un médicament aussi éprouvé que l'iodure, pourquoi le lui contesterions-nous?

J'espère qu'aucune rechute ne viendra compromettre ce succès. S'il survenait quelque incident de nature à vous intéresser, je ne manquerais pas de vous en faire part.

Péripleumonie. — ART. 6. — Lorsqu'un animal d'espèce bovine sera reconnu atteint de la péripleumonie contagieuse par le vétérinaire délégué de la préfecture, le propriétaire de cet animal restera libre, ou de le faire abattre pour la boucherie, si sa viande est reconnue bonne pour la consommation, ou de le consigner dans un local à part pour la faire traiter.

Les animaux d'espèce bovine qui auront été exposés à la contagion de la péripleumonie seront considérés comme suspects de cette maladie pendant trois mois, et pendant ce délai ils ne pourront être vendus pour aucune autre destination que pour la boucherie.

Fièvre aphytheuse. — ART. 7. — Lorsqu'un animal d'espèce bovine sera reconnu atteint de la fièvre aphytheuse, vulgairement appelée *coçotte*, le propriétaire de cet animal ne pourra le vendre que huit jours après la disparition des symptômes de cette maladie, si ce n'est pour la boucherie.

Les animaux d'espèce bovine qui auront été exposés à la contagion de la fièvre aphytheuse seront considérés comme suspects de cette maladie pendant huit jours; et, pendant ce délai, ils ne

pourront être vendus pour aucune autre destination que pour la boucherie.

Rage. — ART. 8. — Tout animal, à quelque espèce qu'il appartienne, reconnu atteint de la rage, devra être immédiatement abattu, ou envoyé à l'École d'Alfort avec toutes les précautions nécessaires pour prévenir les accidents.

Les chiens reconnus mordus par un animal enragé ou qui ont pu être exposés à ses morsures seront immédiatement abattus.

Les chiens reconnus mordus ou soupçonnés d'avoir été mordus devront être également abattus, à moins que les propriétaires n'y donnent pas leur consentement. Dans ce cas, lesdits chiens seront immédiatement séquestrés, et leur séquestration devra être maintenue pendant huit mois au moins, soit à l'École d'Alfort, soit dans un établissement spécial dirigé par un vétérinaire, sous la surveillance d'un vétérinaire délégué de la préfecture de police.

Tout animal d'espèce bovine, ovine ou porcine, reconnu mordu par un animal enragé devra être immédiatement livré à la boucherie.

Tout cheval, âne ou mulet, reconnu mordu par un animal enragé

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 8 MAI 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

NOTE SUR LA FERMENTATION, A PROPOS DES CRITIQUES SOULEVÉES PAR LES DOCTEURS BREFELD ET TRAUBE, par M. L. Pasteur. — Une discussion vive, aérée même et prolongée, s'était produite devant la Société chimique de Berlin, au sujet des travaux de M. Pasteur sur les fermentations. Cette discussion eut lieu entre deux physiologistes éminents, le docteur Traube et le docteur O. Brefeld. Tous deux combattaient la rigueur de ses expériences, quoique par des motifs différents. Or, M. Pasteur vient de recevoir de M. Brefeld une brochure dans laquelle, après avoir exposé de nouvelles recherches expérimentales très-soignées, auxquelles il s'est livré depuis la réponse de M. Pasteur, il déclare que le docteur Traube et lui étaient en effet tous deux dans l'erreur.

« Ces résultats, dit-il (résultats obtenus avec le *muco-racemosus*), je les ai confirmés par d'autres sur la levure de bière, me conduisant en faveur de Pasteur. Il y a développement, comme il le prétend, dans un milieu privé d'oxygène, et c'est le sucre qui intervient (et non la matière albuminoïde, comme le voulait Traube).

» Mes expériences antérieures, faites avec toute la rigueur possible, m'avaient conduit à repasser les assertions de Pasteur comme erronées; mais je m'empresse aujourd'hui de les reconnaître vraies et de proclamer le service qu'il a rendu en étant le premier qui ait éclairé la marche du phénomène de la fermentation. Par les expériences que je viens d'exposer, j'en suis maintenant persuadé. »

INFLUENCE DE L'ACIDE CARBONIQUE SUR LA RESPIRATION DES ANIMAUX. Mémoire de M. F.-M. Roult. — On sait que les actions chimiques lentes sont généralement limitées par la présence des produits formés; si ceux-ci ne se dégagent point, les réactions restent incomplètes. L'auteur a donc pensé que, la tension de l'oxygène dans l'air inspiré restant la même, l'hématose devrait se ralentir à mesure que la tension de l'acide carbonique y deviendrait plus grande, et il a entrepris des expériences en vue de vérifier cette conjecture.

Ses expériences ont été effectuées sur des lapins et ont confirmé ses prévisions. Le museau de l'animal, rasé et enduit d'un lut farineux, est engagé et maintenu dans une sorte d'entonnoir en caoutchouc. La douille de cet entonnoir communie, au moyen d'un tube en T, avec deux gazomètres à cloche pareils et destinés, l'un à fournir l'air pour la respiration, l'autre à recueillir les gaz expirés. Ces gazomètres, d'un volume de 200 litres chacun, sont en zinc et divisés en parties égales; ils sont munis de manomètres à eau, ce qui

permet d'y maintenir la pression atmosphérique; l'eau qu'ils renferment est recouverte d'une couche d'huile d'olive, ce qui empêche la rapide altération du mélange gazeux. Entre l'animal et chaque gazomètre se trouve une soupape hydraulique à huile et un flacon tubulé de 500 centimètres cubes plein d'air. Les soupapes hydrauliques permettent à l'air de circuler dans un sens convenable et s'opposent absolument au mouvement inverse. Quant aux flacons tubulés ils se trouvent, à la fin de chaque expérience, remplis l'un de l'air inspiré, l'autre de l'air expiré dans les dernières minutes; et c'est l'analyse de leur contenu qui fait connaître la composition de l'un et de l'autre. L'analyse des gaz a été faite, au moyen de la potasse et de l'acide pyrogallique, dans l'instrument soumis par l'auteur à l'Académie des sciences, le 10 avril 1876.

La conclusion de ce travail est que la présence de l'acide carbonique dans l'air inspiré a pour effet de diminuer la quantité d'acide carbonique produit et surtout celle de l'oxygène consommé en une heure, ou, en d'autres termes, que la présence de l'acide carbonique dans l'air inspiré est un obstacle à l'hématose. (Commissaires: MM. Cl. Bernard, Wurtz.)

ALCOOLISME. — M. A. Costans adresse, pour le concours du prix de statistique (fondation Montyon), un mémoire manuscrit ayant pour titre: « Des rapports qui existent entre l'accroissement de la consommation des boissons alcooliques depuis le commencement du siècle jusqu'à nos jours (1800-1875), et les changements survenus dans la natalité, la mortalité, la durée de la vie moyenne, la criminalité, les maladies mentales, les suicides, les exemptions du service militaire pour faiblesse de constitution, infirmités ou défaut de taille, dans la ville de Douai. » (Renvoi à la commission.)

SANATORIA. — M. Cazeneuve de la Roche adresse, pour le concours des prix de médecine et de chirurgie (fondation Montyon), un mémoire manuscrit intitulé: « De la création des Sanatoria dans les Pyrénées. » (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

AMANITE. — M. A. Alanan adresse un mémoire sur l'étude physiologique de l'*Amanita muscaria* ou fausse oronge. (Voy. Gaz. hebdomadaire, 1876, n° 17 et 19.) (Commissaires: MM. Cl. Bernard, Sédillot, Gosselin.)

LEUCOCYTOSE. — M. Ch. Pigeon adresse un mémoire ayant pour objet l'étude de la leucocytose. (Renvoi à la section de médecine.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 16 MAI 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHIATIN.

M. le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts adresse à l'Académie l'amplification des diéreses approuvées l'attention de M. Onimus dans la section de thérapeutique, et celle de M. Lasègue dans celle de pathologie médicale.

pourra continuer à être utilisé, sous la condition d'être soumis à la surveillance d'un vétérinaire délégué de la préfecture de police.

Dispositions particulières.

ART. 9. — Les marchés ou autres lieux où les chevaux, ânes et mulets sont mis en vente publique seront soumis à la surveillance de vétérinaires délégués de la préfecture de police.

Il en sera de même des places affectées aux stationnements des voitures destinées au service du public.

Tout cheval, âne ou mulet qui, dans les visites des marchés, lieux de vente et places de stationnement, aura été reconnu atteint ou suspect de morve ou de farcin, sera conduit, à Paris, dans le local affecté par la préfecture de police pour servir de fourrière; et, dans les communes rurales, soit à la fourrière de Paris, soit dans un tel autre endroit qui aura été désigné comme lieu de fourrière par l'autorité municipale. Il sera procédé à l'égard de cet animal comme il a été spécifié dans l'article 4.

ART. 10. — La préfecture de police fera faire des visites, par

ses vétérinaires délégués, dans les écuries d'entreprises d'omnibus, de loueurs de voitures de messageries, de camionnage, de démenagement, de charrois; chez les voituriers, les rouliers, les aubergistes, les marchands de chevaux et, en général, dans tous les établissements qui font usage des chevaux pour leur exploitation.

Il sera procédé dans ces établissements, à l'égard des chevaux reconnus malades de morve ou de farcin, comme il est dit dans les articles 3 et 4.

Dans le cas où les animaux dont l'abatage ne serait pas immédiatement ordonné ne pourront pas être isolés, comme il est spécifié à l'article 3, ils seront conduits à la fourrière aux frais des propriétaires qui seront tenus d'en consigner le montant pour huit jours, sauf la restitution d'une partie de ces frais, si l'animal était abattu avant l'expiration de la huitaine.

Si le propriétaire se refusait à faire cette consignation, l'animal serait abattu et procès-verbal de son autopsie adressé à la préfecture par le vétérinaire délégué.

ART. 11. — Les écuries, étables et autres lieux dans lesquels auraient séjourné des animaux atteints des maladies spécifiées dans l'article 1^{er}, seront désinfectés conformément aux prescriptions des

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : 4° Un rapport de M. le docteur Chenevix, médecin des épidémies, sur la situation sanitaire de l'arrondissement du Vassy pendant l'année 1875. (*Commission des épidémies*). — 5° Des rapports relatifs aux épidémies qui ont régné dans le département de la Sarthe pendant l'année 1875. (*Même commission*). — 6° Des pièces relatives à une demande faite par le sieur Séris, à l'effet d'obtenir l'autorisation d'exploiter pour l'usage médical les eaux d'une source qu'il possède dans la commune de Ilix (Landes). (*Commission des eaux minérales*).

L'Académie reçoit : a. Une lettre de remerciements de M. le docteur J. Roux, à l'occasion de sa nomination au titre de membre associé national. — b. Une note de M. le docteur Chauvis sur les revaccinations pratiquées dans le 114^e de ligne pendant le mois de mai 1875. — c. Une lettre de candidature de M. le docteur Bonnemaison pour la section des correspondants nationaux. — d. Un travail de MM. Henry Baret et F. Pointcaré sur la paralysie générale pour le prix Iard de 1870 (inserti sous le n° 4).

M. Gavarré dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Bonnemaison, les brochures suivantes : 1° NOTE SUR UN CAS D'YSTÉRIE CHEZ L'HOMME. — 2° DE L'OTITE EXTÉRIEURE ET SES COMPLICATIONS. — 3° DE L'ARTÉRIE CHRONIQUE ET DES INDICATIONS ANTÉRIELLES. — 4° MÉMOIRE SUR LES PNEUMONIES MALIGNES. — 5° LEÇONS DE CLINIQUE MÉDICALE.

M. Lavrey présente à l'Académie, de la part de M. le docteur Guibout, un livre intitulé : LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES DE PEAU.

M. Bergeryn offre, au nom de M. le docteur Paul Arronsson, le 1^{er} fascicule de la PATHOLOGIE DES TUMEURS, par Virchow.

M. C. Dupail dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur E. Langlois, un travail sur la dilatation médiane, nouveau procédé de dilatation lente et progressive appliqué au traitement des rétrécissements de l'urètre d'origine inflammatoire ou hémorrhagique.

M. Chatin offre, au nom de M. R. (de Tours), une note sur l'état vésiculaire de l'œuf.

MORT DE M. BÉHIER. — M. Laboulière donne lecture des paroles d'adieu qu'il a prononcées sur la tombe de M. Béhier au nom de l'Académie. (Voy. aux Variétés, p. 313.)

RÉACTIF FERROSO-PYROGALLIQUE. — M. Poggiale, au nom de M. Jacquemin, correspondant de l'Académie, communique une note sur l'application du réactif ferroso-pyrogallique au dosage aux bicarbonates dans les eaux, ou à l'hydrocalimétrie.

On entend par hydrocalimétrie la méthode d'analyse volumétrique qui a pour but de déterminer la proportion de bicarbonates contenus dans une eau minérale, en prenant pour type, pour point de comparaison, le carbonate de soude. Ce procédé, proposé par M. Glénard, bon pour les eaux dans lesquelles ce sel forme souvent à lui seul les huit ou neuf dixièmes du poids total des bicarbonates, telles que les eaux de Vals ou de Vichy, devient insuffisant pour celles qui contiennent autant ou moins de bicarbonate de soude que de carbonates de potasse, de chaux ou de magnésie, comme les eaux de Saint-Galmier ou de Condillac. M. Glénard emploie pour ses déterminations une liqueur normale sulfurique qu'il verse goutte à goutte dans l'eau à essayer, colorée préalablement par trois gouttes d'une solution de tournesol et soumise à l'ébullition; il cesse d'ajouter la liqueur sulfurique dès que la teinte rouge pelure d'oignon persiste, et note la quantité de liqueur employée pour en tirer le poids des bicarbonates contenus dans l'eau. M. Jacquemin substitue au tournesol son

réactif ferroso-pyrogallique, qui donne une coloration violette très-foncée pour peu que l'eau renferme des bicarbonates; dès que la saturation a lieu il se fait un changement de couleur très-appreciable, et la liqueur vire presque instantanément du violet au brun clair. Ce réactif, préparé au moment même où l'on veut s'en servir, s'obtient en mêlant des volumes égaux de liqueurs titrées d'acide pyrogallique et de perchlorure de fer.

Cette méthode permet d'appliquer l'hydrocalimétrie à l'analyse des eaux de puits, de sources et de rivières, parce qu'on obtient une coloration intense même avec une eau ne contenant que des traces de bicarbonates; on peut même apprécier très-approximativement les proportions relatives de bicarbonates alcalins et de bicarbonates terreux que contient une eau quelconque.

DYSPEPSIE. — M. Leven donne lecture d'un travail sur la dyspepsie. Il commence par faire l'histoire de la question depuis Celse jusqu'à nos jours; il rappelle les variétés créées et les dénominations proposées successivement par Sauvages, Cullen, Pinel et Broussais. Il insiste tout particulièrement sur la doctrine de Broussais, qui voulait réduire toutes les maladies de l'estomac à une seule, à la gastrite. Barras, un des premiers, protesta contre ces théories et créa une névrose particulière, la gastralgie, pour répondre à cet état morbide où la douleur est le symptôme dominant. Ce fut le commencement de la réaction contre Broussais, dont l'œuvre fut bientôt renversée, mais sans qu'on ait pu rien édifier depuis sur ses ruines.

Tout le monde est d'accord actuellement sur ce point, que les lésions décrites par Broussais comme caractéristiques de l'inflammation de l'estomac s'observent dans la gastrite alcoolique. Mais alors qu'est-ce que la dyspepsie commune? Est-elle indépendante de toute lésion de l'estomac, comme on l'admet? N'est-elle qu'une lésion fonctionnelle? Telles sont les questions étudiées par M. Leven dans un second chapitre, et dont il demande la solution à la physiologie expérimentale.

Pour l'animal aussi bien que pour l'homme, les aliments sont de facile digestion ou de digestion difficile, suivant qu'ils sont bien ou mal appropriés à l'organe. Chez le chien, la viande est digeste et la graisse indigeste, et quand son repas est uniquement composé de graisse il paraît abattu, souffrant, reste couché et immobile : il est évident que l'aliment lui fait mal. Si l'on examine l'estomac deux heures après un repas fait dans ces conditions, on trouve des traces évidentes d'une irritation plus ou moins vive : les vaisseaux, les nerfs, les glandes, le muscle lui-même, tous les éléments de l'organe sont altérés, et cette lésion, qui peut n'être que passagère si à l'aliment indigeste on substitue un bon régime, ne fera que s'aggraver si les conditions défavorables d'alimentation continuent. Chez l'homme, les symptômes qu'on rapporte à la

vétérinaires délégués de la préfecture et sous leur surveillance. Ces écuries et ces étables ne pourront être occupés de nouveau que lorsque la désinfection sera achevée et aura été constatée par ces vétérinaires.

ART. 12. — Les hommes préposés aux soins des animaux suspects de morve ou de farcin, que leurs propriétaires tiendront séquestrés chez eux, conformément à l'une des prescriptions de l'article 4, devront être mis en garde, par un avertissement, contre les dangers possibles de la contagion, et il est défendu de les faire coucher dans le même local où lesdits animaux seront séquestrés ou dans un local voisin communiquant librement avec lui.

ART. 13. — Les contraventions aux dispositions de la présente ordonnance seront constatées par des procès-verbaux ou rapports qui nous seront adressés pour être transmis aux tribunaux compétents.

ART. 14. — L'ordonnance du 31 août 1842 est rapportée.

ART. 15. — La présente ordonnance sera imprimée et affichée.

Les sous-préfets des arrondissements de Sceaux et de Saint-Denis, les maires et les commissaires de police des communes rurales du

ressort de la préfecture de police, les commissaires de police de Paris, le chef de la police municipale, les vétérinaires de notre préfecture, l'inspecteur contrôleur de la fourrière et les préposés de la préfecture de police sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de tenir la main à son exécution.

Elle sera adressée, en outre, à M. le colonel de la garde républicaine et à M. le commandant de la gendarmerie du département de la Seine, pour qu'ils en assurent l'exécution par tous les moyens qui sont en leur pouvoir.

Le préfet de police,
L. RENAULT.

Par le Préfet de Police :

Le Secrétaire général,
L. DE BULLEMONT.

dyspepsie ont la plus grande analogie avec ceux que présente le chien. En tenant compte de l'analogie de structure qui existe entre l'estomac de l'homme et celui du chien, on est autorisé à induire que l'aliment indigeste a le même effet irritatif chez l'homme et que la lésion anatomique est la même, passagère au début et disparaissant si le régime alimentaire est bon, mais persistant et continuant à se développer si les conditions d'alimentation ne se modifient pas.

On ne peut donc admettre avec Beau que la dyspepsie est une lésion fonctionnelle, on ne peut accepter davantage la théorie de Barras et faire de la gastralgie une simple névrose, elle ne constitue pas une espèce morbide distincte.

M. Leven termine par quelques considérations sur l'ulcère de l'estomac que les auteurs classiques considèrent comme indépendant de toute maladie aiguë en diathésique. Pour lui cette lésion est toujours liée à une dyspepsie antérieure dont elle n'est qu'un accident tardif. Il n'admet pas la formation par thrombose ou embolie proposée par Virchow. Il a essayé avec M. Bochefontaine de produire ces ulcérations en injectant dans les artères de l'estomac de la poudre de lycopode, ses expériences ont toujours été négatives parce que les nombreuses artères qui se rendent à l'estomac suffisent pour compenser l'effet de l'obstruction de l'un des vaisseaux. Les thromboses quand elles existent paraissent toujours dues à l'ulcération même.

M. Leven conclut de son travail : 1° que par sa structure et sa fonction la muqueuse stomacale est entre toutes la plus exposée aux inflammations, que tous les symptômes morbides de la dyspepsie doivent être attribués à une inflammation *sui generis* qui peut s'étendre de la muqueuse aux membranes sous-jacentes ;

2° Que faire de la dyspepsie une pure lésion fonctionnelle comme Chomel, Trouseau et Beau, c'est se mettre en contradiction avec l'anatomie, la physiologie de l'estomac et la clinique.

RAPPORT. — M. Blot donne lecture des principaux passages du rapport officiel de la Commission de vaccine au ministre de l'agriculture et du commerce.

Académie de médecine de Belgique.

SÉANCE DU 29 AVRIL 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. SOUPART.

M. le ministre de l'intérieur adresse : 1° deux expéditions de l'arrêté royal qui agré l'élection de M. Richard Boddart comme membre titulaire de la première section, en remplacement de feu Pletman ; 2° une expédition de l'arrêté royal du 5 avril désignant, pour composer le jury pour la qualification des prix quinquennaux des sciences médicales (5000 francs), MM. Chandelon, Crocq, Deronbâz, Lefebvre, Michaux, Thiernesse et Warlomont.

M. le docteur Danry, à Gisy, soumet à l'Académie une note intitulée : De L'EXTIRPATION DES VARICES DANS CERTAINS CAS DE DYSTOCIE. (Renvoyé à MM. Horion et Soupart.)

M. Tirfahy, correspondant, adresse à la compagnie un travail intitulé : CONTRIBUTION A LA THÉRAPEUTIQUE DES HERNIES ÉTRANGÉES. (Renvoyé à MM. Soupart et Thiry.)

M. Warlomont dépose quatre brochures sur l'Ophthalmologie, présentées à la compagnie par M. le docteur Coppes, de Bruxelles.

L'Académie n'est pas au bout de ses épreuves. M. le professeur *Craninx* (de Louvain), membre titulaire, en est éloigné en ce moment pour cause de fracture à la jambe. M. *Sovet*, secrétaire perpétuel, toujours en congé pour raison de santé, continue à être remplacé par M. *Thiernesse*, appelé à remplir l'intérim par suite du vote de l'Académie du 11 mars dernier. M. *Soupart*, premier vice-président, occupe le fauteuil de la présidence. Il sera pourvu au remplacement de M. *Vlemingck* dans la séance du 24 juin. Le président est élu pour un an. Il est rééligible.

LECTURES. — Rapport de la commission chargée de l'examen du mémoire de M. *Warsage*, intitulé : APERÇU DE ZOOTECHNIE GÉNÉRALE OU NOTIONS SUR L'ÉDUCATION DES ANIMAUX

DOMESTIQUES (M. *Foelen*, rapp.). Le rapport conclut : 1° à l'envoi du manuscrit à M. le ministre de l'intérieur pour qu'il soit publié sous le patronage du gouvernement ; 2° à des remerciements à l'auteur. La deuxième conclusion est seule adoptée.

Rapport de M. *Deroubaix* sur le travail de M. le docteur *Horion* (de Liège), intitulé : 1. KYSTE PURULEUX DE L'OVAIRE, OVARIOTOMIE, GUBÉRION ; 2. OPÉRATION CÉSARIENNE, GUBÉRION (M. *Deroubaix*, rapporteur). — M. *Horion* est le premier opérateur de Liège qui ait réussi une ovariectomie. A ce titre, son livre a droit à une place dans les recueils scientifiques. Conclusions : insertion dans le BULLETIN et remerciements à l'auteur. Ces conclusions sont adoptées.

Rapport de la commission qui a été chargée de l'examen de la communication de M. *Horion* intitulée : NOUVEAU SPÉCULUM DILATATEUR UNIVERSEL POUR LES OPÉRATIONS DUCCALES, ANALES ET INTRA-VAGINALES. — L'auteur a adapté au spéculum de Sims, modifié par Charrière, une lame allongée présentant une fenêtre médiane qui lui permet de glisser sur la pièceaplatie formant le manche du spéculum de Charrière et d'y être fixé au moyen d'un écrou. A l'extrémité vaginale de la lame allongée se trouve une plaque à travers laquelle passent deux branches analogues à celle du spéculum de Denonvilliers, mais divergentes à leur extrémité extra-vaginale, qui est terminée par deux ailerons. Une fois le spéculum introduit, les branches divergentes pourront être rapprochées par un coulant qui glisse sur elles et qu'on peut fixer dans une position déterminée ; ce mouvement écarte transversalement les branches intra-vaginales et dilate ainsi cet orifice, tandis qu'ensuite une pression sur les ailerons fait exécuter à ces mêmes branches un mouvement de rotation qui élargit le fond du vagin. L'instrument peut en quelque sorte tenir seul dans le vagin. L'écartement des parois vaginales est susceptible alors de permettre l'introduction du poing tout entier. Conclusions : insertion au BULLETIN et remerciements à l'auteur. Ces conclusions sont adoptées.

M. *Horion* a donné à son spéculum l'épithète d'*universel*, parce qu'il pense que le principe sur lequel il est fondé pourrait servir à la confection d'instruments propres à dilater la bouche, l'oreille et l'urètre. Ce n'est donc pas le même instrument qui doit servir à ces différents objets. A la bonne heure !

M. *Barrella*, correspondant, lit un travail intitulé : LES VARICES CONSIDÉRÉES DANS LEURS RAPPORTS AVEC L'EMBOÏE. « Les varices, dit-il, sont une affection pour laquelle on ne réclame guère l'assistance médicale que lorsque la gêne ou la douleur est devenue intolérable, et cependant les varices sont sujettes à des lésions multiples, et il existe dans les annales de la science un certain nombre de faits qui prouvent que l'on peut mourir de mort subite par embolie pulmonaire à la suite de varices. Il cite quelques-uns de ces cas de mort subite à la suite de caillots migrateurs formés dans les varices chez des femmes enceintes, chez des femmes non enceintes et même chez des hommes. » L'auteur étudie le mode de formation de ces caillots et donne le tableau des signes différentiels des caillots spontanément formés dans l'artère pulmonaire et des caillots emboliques. Il insiste sur cette particularité étrange que les causes qui peuvent donner naissance à l'embolie sont nombreuses et que l'embolie elle-même est relativement une affection peu commune, quoiqu'on l'ait mise un peu partout dans ces dernières années. L'auteur déclare qu'il a mis largement à profit le mémoire sur le même sujet de M. *Chabenat* pour la rédaction de cette note, qui est écrite dans un style sobre et serré.

DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — M. *Bribosia*, à la suite de considérations étiologiques longuement motivées et basées sur des épidémies consciencieusement observées, soit par lui-même, soit par d'autres, est irrésistiblement porté à envisager comme cause sinon unique, au moins très-prépon-

dérante de la fièvre typhoïde, l'empoisonnement du sol par des matières animales en putréfaction. Une fois le poison introduit dans le corps (par les aliments, les boissons ou la respiration), l'individu infecté devient, comme dans la petite vérole, la dysentérie et le choléra, la source de cas nouveaux. Le *materia morbi*, la matière infectante, provient exclusivement, selon toute probabilité, des excréments alvins, qui charrient au dehors le principe du mal, le germe de sa reproduction. C'est le vaccin typhoïde, qui, entraîné dans les égouts d'une grande ville, ou projeté sur le fumier qui avoisine la plupart des habitations rurales, se dépose, s'emmagasine souvent et se propage à la manière des microzoaires, ferments et autres organismes primitifs. Sans être partisan, jusqu'à présent, de la théorie qui n'admet de cas de fièvre typhoïde que ceux produits par transmission plus ou moins directe d'un individu malade à un sujet sain, tout comme dans la variole, M. Bribosia ne peut s'empêcher de considérer cette théorie comme étant la seule qui explique à suffisance une foule de faits d'invasion de cette maladie, qui, dans toute autre théorie, resteraient inexplicables. Membre de la commission médicale de la province de Namur, il est souvent délégué par l'autorité supérieure en cas d'épidémies. Sur cinq épidémies de fièvre typhoïde observées dans cette province en 1875, il y en eut quatre où l'on put constater l'origine contagieuse du fléau. C'étaient soit un ouvrier, soit un domestique revenu de la ville dans son village avec les premiers signes du mal. Et dans les cas où cette contagion du début n'a pu être constatée, est-on bien sûr d'avoir eu tous les éléments d'éclaircissement, toutes les pièces du procès ?

Comme conclusion, M. Bribosia appelle de tous ses vœux ces larges distributions d'eau, pour lesquelles il ne faut reculer devant aucun sacrifice, car elles seules peuvent écarter cette épine de Damoclès qui reste suspendue au-dessus des grandes agglomérations. La présence de la fièvre typhoïde dans les quartiers les plus opulents et les plus salubres, en apparence, d'une grande ville, prouve, pour tout esprit non prévenu, que l'invasion de la maladie ne dépend ni de la maison qu'on habite, ni de l'état de l'atmosphère, mais bien du sous-sol, dans les canaux duquel circule le mystérieux poison; ces égouts communiquant avec l'habitation, dès lors rien de plus naturel que celle-ci soit infectée.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 3 MAI 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. HOUEL.

PRÉSENTATION D'UN INSTRUMENT. — MORT DE M. CHARRIÈRE. — CONGRÈS CHIRURGICAL EN 1878. — TRAITEMENT DE L'HYDRORACHIS PAR LA LIGATURE ÉLASTIQUE.

M. Trélat présente, au nom de M. Landolt, un ophthalmoscope destiné à mesurer la réfraction des individus observés. Cet instrument se compose d'un miroir derrière lequel tournent deux disques; l'un des disques a deux verres convexes, l'autre deux verres concaves. En combinant ces différents verres, on obtient presque toute la série des verres des boîtes d'ophtalmologie.

— M. la *Président* annonce à la Société de chirurgie la mort de M. Charrière. M. Le Fort, absent de Paris le jour des funérailles, donne lecture du discours qu'il devait prononcer sur la tombe de l'illustre défunt.

— M. Verneuil et plusieurs membres de la Société de chirurgie ont demandé qu'on prit les mesures nécessaires pour qu'un congrès exclusivement chirurgical fut institué à Paris en 1878, au moment de l'Exposition universelle.

La commission chargée d'étudier cette proposition est nommée au scrutin; elle se compose de MM. Larrey, Verneuil, Le Fort, Trélat et Guyon.

— M. Périer lit un rapport sur deux observations adressées

à la Société par M. Mouchet (de Sens): deux cas d'hydrorachis traités par la ligature élastique. Dans la première observation la tumeur siégeait au niveau du sacrum; le jour même de la naissance M. Mouchet fit une ponction qui vida la tumeur, puis il plaça une ligature élastique à la base de la poche. Le vingt et unième jour l'enfant était guéri.

Dans la deuxième observation, la tumeur occupait la région lombaire; ligature sans ponction préalable le jour de la naissance. Le malade mourut le huitième jour de troubles intestinaux; sans avoir présenté ni convulsions ni paralysie.

M. Laroyenne (de Lyon) a fait avec succès une opération semblable. M. Pollaillon tenta aussi de guérir l'hydrorachis par la ligature élastique. Deux autres cas sont dus à Atkinson et à Charles Ball. Sur ces six opérations il y a trois succès (Mouchet, Laroyenne, Atkinson), un insuccès (Pollaillon) et deux morts (Mouchet, Charles Ball). Sur ces trois guérisons il y a deux cas favorables à cause du siège de la tumeur dans la région cervicale et dans la région dorsale; il reste donc le malade de M. Mouchet, qui portait sa tumeur au sacrum. Cette méthode est inférieure à l'injection iodée telle que la pratique James Morson: ce chirurgien emploie l'iode dissous dans la glycérine. Sur dix opérations il avait obtenu sept guérisons au 15 août 1875.

M. Blot insiste sur l'inopportunité d'agir avant d'avoir observé le malade pendant un certain temps. L'observation apprend que ces tumeurs peuvent disparaître spontanément; aussi quand il n'y a pas urgence il faut attendre la guérison du développement graduel de l'enfant.

M. Pollaillon est de l'avis de M. Blot; mais si l'on ne peut plus attendre à cause de l'augmentation de volume de la tumeur ou de l'inflammation de ses enveloppes, on doit essayer la question d'opération. C'est ainsi que M. Pollaillon essaya d'opérer son malade; il dut enlever la ligature élastique, qui produisait des convulsions.

M. Larrey a cité autrefois un cas curieux qu'il avait vu à Cochin. Un infirmier, âgé de vingt-huit ans, et portant un hydrorachis de la région lombaire, ne se plaignait aucunement de son infirmité. Ce fait vient à l'appui de la temporisation, conseillé par M. Blot.

M. Guénio. Le canal de communication de la tumeur avec le rachis est constitué par des parties cartilagineuses, qui ne peuvent se rapprocher que sous l'influence du développement de l'individu. Le principal élément du diagnostic doit porter sur la plus ou moins grande communication avec le canal vertébral; le deuxième point est de savoir s'il y a des nerfs dans la tumeur.

M. Després. Quand l'enfant est perdu, on a le droit de tenter une opération; mais si la tumeur est recouverte par la peau, il faut attendre, car l'enfant peut guérir.

M. Houel est de l'avis de M. Blot. Il a observé un grand nombre d'hydrorachis; toujours il y avait des nerfs dans la tumeur; c'est en somme une hernie du système nerveux. Dans certaines régions on y rencontre même la moelle, et l'on ne peut le savoir sur le sujet vivant.

M. Périer est partisan de la temporisation; mais chez un malade de M. Mouchet la tumeur était énorme et l'intervention chirurgicale était indiquée.

*SÉANCE DU 10 MAI 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. HOUEL.

TRAITEMENT DE L'HYDRORACHIS. — TRAITEMENT DU GLAUCOME AIGU. — SYNCHYSIS ÉTINCELANT. — CANCER DU TESTICULE CHEZ UN ENFANT DE DIX MOIS.

M. Depaul, à l'occasion du procès-verbal, dit qu'il s'oppose à l'opération du *spina bifida* dans un délai rapproché de la naissance, parce que quelques tumeurs s'atrophient et n'empêchent pas la vie. M. Depaul a disséqué beaucoup de ces

tumeurs, et il y a rencontré soit de la moelle, soit des nerfs : d'où les dangers d'une opération. On a souvent confondu des tumeurs de la colonne vertébrale avec le *spina bifida* ; il faut réserver ce nom aux tumeurs entourées par les enveloppes de la moelle.

— M. Le Fort lit une note sur le traitement du glaucome aigu par la paracentèse scléro-choroïdienne. Un homme de quarante ans, n'ayant aucun antécédent syphilitique, entre à Beaujon le 28 janvier. Il y a onze mois, il eut des troubles du côté de l'œil droit pendant trois jours ; plusieurs fois depuis, il ressentit une gêne dans cet œil. Dans la nuit du 26 janvier, violentes douleurs dans l'œil ; photophobie, larmoiement, œil saillant et dur, pupille dilatée. M. Le Fort fit une ponction scléroticale à 7 millimètres en arrière de la circonférence de la cornée, entre les muscles droits supérieur et externe. Quelques heures après, le malade, complètement guéri, quitta l'hôpital.

M. Giraud-Teulon regrette que l'examen à l'ophthalmoscope n'ait point été pratiqué ; il aurait confirmé ou infirmé le diagnostic glaucome. En effet, dans cette affection la pupille optique est toujours excavée.

M. Perrin. L'observation de M. Le Fort est très-intéressante ; mais le diagnostic doit être réservé. Il y a une grande ressemblance entre le procédé opératoire de M. Le Fort et le procédé de Hancock. Pour confirmer le diagnostic glaucome, il manque un signe clinique important, le rétrécissement concentrique du champ visuel.

M. Le Fort. Le malade distinguait à peine les objets. Il était difficile de rechercher l'étendue du champ visuel. La ponction a donné issue à une certaine quantité de sérosité, et le malade quittait l'hôpital, guéri, quelques heures après.

— M. Poncelet lit un travail sur le sychisis étincelant. (Renvoyé à la commission déjà nommée.)

— M. Depaul présente un testicule cancéreux enlevé sur un enfant de dix mois. La mère, qui était nourrice dans le service de la clinique, fit remarquer à M. Depaul que l'enfant avait le scrotum volumineux. Du côté gauche, le testicule avait 3 centimètres de hauteur et 2 centimètres en travers ; il était dur, cylindrique. À droite, le testicule était normal. À gauche, le cordon se terminait sur la tumeur ; la peau était mobile. M. Depaul diagnostiqua un cancer.

Plus tard, la peau rougit et devint adhérente à l'extrémité inférieure de la tumeur, puis il se fit une ouverture ; l'opération fut décidée. Le testicule fut séparé du cordon par l'écraseur linéaire. Pas d'écoulement de sang. L'enfant a été opéré il y a quinze jours. Il va bien.

La tumeur, fendue verticalement, est d'un blanc jaunâtre. Les préparations histologiques de M. Latex montrent qu'il s'agit d'un sarcome carcinomateux.

— La Société se forme en comité secret à cinq heures.

Société de biologie.

SÉANCE DU SAMEDI 13 MAI 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

RECHERCHES SUR LES YEUX DES INSECTES : M. J. CHATIN. — CANAUX DES ÉCAILLES DES REPTILES : M. LATASTE. — DU MODE D'ACTION DES EAUX MINÉRALES SULFUREUSES : M. SENAC-LAGRANGE. — RECHERCHES SUR LES SPERMATOZOÏDES : M. MARTIN. — PROCÉDÉ RAPIDE DE MENSURATION DE LA PUPILLE : M. BADAL. — ÉLECTIONS.

M. J. Chatin fait une intéressante communication sur les yeux des invertébrés, et notamment il prouve que la prétendue tunique qui entourerait les bâtonnets nerveux n'existe pas.

— M. Lataste a étudié de nouveau, chez l'orvet, les canaux décrits par M. Blanchard dans les écailles de certains rep-

tilles. Contrairement à l'opinion de M. Blanchard qui les regardait comme des canaux aériens, il démontre que ce sont des canaux remplis de sang. Chez l'orvet ils se ramifient dichotomiquement ; il les a vus gorgés de sang, et de plus il a pu les injecter par le cœur.

— M. le docteur Senac-Lagrange, médecin consultant aux eaux de Cauterets, fait une communication sur le mode d'action des eaux minérales sulfureuses.

Étant données les manifestations multiples, étendues et profondes des maladies générales, les eaux minérales par leur puissance d'action sont et demeurent la médication de ces maladies constitutionnelles.

La bronchite arthritique, qu'il a été spécialement donné à l'auteur d'observer, reçoit son nom du fait de coïncidence, de succession ou d'alternance avec des manifestations évidemment arthritiques. Elle est plus locale que généralisée et plusieurs éléments entrent dans sa constitution : la congestion d'abord qui la fait confondre avec ces états douteux du poulmon qui préparent ou cachent un envahissement néoplasique ; l'emphysème ensuite, mais emphysème plutôt primitif, qui, borné au premier et au second degré, traduit une diminution des propriétés élastiques de la vésicule pulmonaire. La congestion disparaît par l'usage des eaux tantôt à froid, tantôt après une légère hémoptysie provoquée dont la bénignité rappelle une saignée dérivative. Il est en outre une complication fréquente de la bronchite arthritique, c'est la *dilatation cardiaque*.

L'auteur croit que c'est là plutôt un fait primitif, une manifestation arthritique véritable, qu'un accident consécutif. Et il s'appuie, pour soutenir son opinion, sur l'état analogue qu'on rencontre dans certains départements de l'arbre circulatoire ; avec la dilatation cardiaque, en effet, on trouve des dilatations variqueuses du pharynx, de la base de la langue, des hémorrhoides, etc. L'atténuation des signes de la dilatation cardiaque, et toujours leur absence d'aggravation par les eaux sulfureuses excitantes du cœur, témoignent de la nature particulière de la maladie.

Faut-il guérir les manifestations arthritiques ? Se basant sur l'observation du fait qu'une manifestation fixe dépend des manifestations mobiles, multiples et irrégulières, l'auteur recommande donc le traitement des manifestations qui affectent un système ou un viscère important, l'appel fait à une manifestation fixe et de moins d'importance, telles qu'hémorrhoides, migraines.

Une dame de quarante-six ans, venue à Cauterets pour bronchite emphysemateuse, vit celle-ci guérir après un traitement double à Cauterets. Elle descendait de parents gouteux et rendait elle-même de la gravelle urique. Rentrée chez elle, elle est subitement prise d'un rhumatisme vésical qui défie toute thérapeutique et disparaît aussi subitement, sous l'influence d'un eczéma généralisé.

M. Dumontpallier insiste sur l'apparition d'un rhumatisme et de manifestations rhumatismales chez un gouteux.

— M. Martin lit une note sur la structure des spermatozoïdes étudiés chez différents animaux et chez l'homme.

— M. Badal communique à la Société un nouveau procédé pour la mensuration rapide du diamètre de la pupille. Il est basé sur cette donnée :

Toutes les fois que des deux points lumineux tracent sur la rétine des cercles de diffusion qui se touchent, le diamètre de la pupille est égal à la distance qui sépare ces deux points lumineux.

— Dans cette séance M. le docteur Bochefontaine est élu membre de la Société.

II. CHOUFFE.

REVUE DES JOURNAUX

Oblitération de l'aorte abdominale et des artères iliaques primitive par un caillot; paraplégie subite, par M. BARIÉ, interne des hôpitaux.

Le malade qui fait l'objet de cette observation fut pris subitement, le 21 juin, d'hémiplegie de la face et des membres du côté gauche avec aphasie. Ces accidents avaient presque complètement disparu, lorsque, le 22 novembre, il est pris de diarrhée, de vomissements, de douleurs épigastriques très-fortes. Le 1^{er} décembre, étant couché, il pousse un cri violent, et lorsqu'on s'approche de lui on trouve qu'il est devenu subitement paraplégique. Il présente alors les symptômes suivants : paralysie complète de la motilité et de la sensibilité des deux membres inférieurs ; peau froide (température : à droite, 26 degrés ; à gauche, 22 degrés) ; larges plaques violacées disséminées sur tout le tégument ; on ne sent pas le battement des artères fémorales et des pédiueuses ; roideur tétanique des membres inférieurs ; rétention d'urine sanguin ; plusieurs hémorrhémies et selles involontaires noirâtres. Température, 36°,4 ; respiration, 60 ; pouls, 60.

Le malade mourut à dix heures du soir avec toute sa connaissance.

Autopsie. — Cerveau. Petit foyer de ramollissement blanc occupant seulement une partie du noyau lenticulaire de l'hémisphère droit.

Cœur. — Rétrécissement considérable de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

Aorte. — A 2 centimètres au-dessus de sa division en iliaques primitives, l'aorte est complètement oblitérée par un caillot noirâtre, résistant et très-adhérent à sa surface interne. Ce caillot se bifurque et va sans ligne de démarcation jusqu'à la terminaison des artères iliaques primitives, pour se prolonger jusque dans l'iliaque interne. L'iliaque externe et la fémorale ; mais dans ces trois vaisseaux il est mou et n'est pas adhérent à la membrane interne. Du côté droit, le caillot s'étend jusqu'à 2 centimètres au-dessus de la poplitée ; à gauche, il est un peu moins long. Dans les artères hypogastriques, le caillot cesse brusquement au moment de la division de ces artères.

L'artère rénale droite est occupée par un caillot de 5 centimètres de long n'ayant pas de communication avec celui de l'aorte ; cette oblitération explique, comme le fait remarquer M. Barié dans la note qu'il joint à son observation, l'hématurie.

Les artères du tronc collaïque et les artères mésentériques sont normales.

M. Barié insiste sur la rareté de la rigidité tétanique absolue des membres inférieurs, et quant à l'origine du caillot il pense que malgré l'aspect absolument lisse de la valvule mitrale et l'absence de caillots volumineux dans le cœur, on doit songer à la possibilité d'une embolie, en se reportant à la brusquerie et à la permanence de la paraplégie. (Société anatomique, 7 janvier 1876, in *Progrès médical*, 15 avril 1876.)

Cancer encéphaloïde du poumon, par MM. LATASSE et MALASSEZ.

Il s'agit dans cette observation d'un cancer primitif, comme l'a montré un examen très-conscientieux. L'examen histologique fait par M. Malassez donne les résultats suivants : « On trouve dans le poumon, comme dans le tissu cellulaire péri-bronchique, les ganglions ou la plèvre, le même produit morbide : une variété d'épithélium se rapprochant plus ou moins de l'épithélium cylindrique des muqueuses.

Cette production épithéliale présente ceci de particulier qu'elle ne paraît pas s'accompagner de néoformation conjonctive ; aussi semble-t-elle se développer de préférence dans les cavités préexistantes : alvéoles pulmonaires, lacunes de tissu conjonctif, vaisseaux lymphatiques, espaces ganglionnaires.

Elle affecte deux formes bien différentes dans son mode de disposition :

1^o La forme de prolongements pleins : c'est elle qu'elle

paraît revêtir quand elle naît ou quand elle se propage en s'infiltrant de proche en proche.

2^o La forme de revêtement muqueux tapissant des cavités kystiques : ce qui semble être son état de développement le plus parfait et constituer sa forme typique.

Dans l'observation de M. Latasse cette production épithéliale s'est développée primitivement dans le poumon, et de là a envahi les ganglions bronchiques, la plèvre et les parois thoraciques.

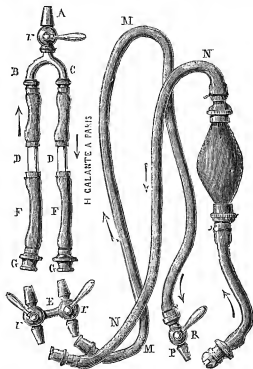
C'est cette variété d'épithélium que M. Malassez a décrite en 1875 (*Arch. de physiol.*, p. 334) sous le nom d'épithéliomes myscodes. (Société anatomique, *Progrès médical*, 15 avril 1876.)

BIBLIOGRAPHIE

Index bibliographique.

APPLICATION DU SIPHON A LA THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE, par le docteur E. TACHARD, médecin-major des hôpitaux. — Paris, L. Leclerc, 1876.

L'instrument imaginé par M. Tachard est destiné à remplacer les appareils aspirateurs ou à permettre au chirurgien de faire, après une ponction, le lavage à grande eau d'une cavité malade. Il paraît avoir surtout pour avantages de vider complètement les collections purulentes, d'assurer aux liquides pathologiques un écoulement constant, de s'opposer à la pénétration de l'air, enfin de soustraire le malade au contact et à l'odeur repoussante des suppurations profuses et fétides. Les observations publiées par M. Tachard pour appuyer les conclusions du travail qu'il vient de faire paraître ont déjà été communiquées à la Société de chirurgie et, dans le rapport qui les apprécie, M. le professeur M. Perrin (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1875, p. 444) a fait connaître l'utilité que pourrait présenter le siphon aspirateur de M. Tachard et les réserves que commande la nécessité d'une expérimentation plus complète. Nous nous bornerons donc à donner



ici la description de cet appareil. Il comprend trois parties essentielles : 1^o une série d'aiguilles ou de trocarts qui ne sont pas représentés dans la figure. 2^o Un tube en U, BC, portant à sa partie supérieure une douille A en cuivre muni d'un robinet r. Le tube en U est muni de deux index en verre D, unis aux tubes en aoutchouf, F qui sont terminés chacun par une douille G, G qui

entre à frottement dans la troisième partie de l'appareil. 3° Deux tubes jumeaux assemblés par une traverse métallique E et munis de deux robinets r, r ; la partie inférieure de chaque tube sert à adapter : 1° un tube en caoutchouc M, dont la longueur peut varier entre 1 m, 50 et 2 mètres et qui se termine par un robinet R muni d'un cadran P ; 2° l'extrémité N d'une pompe foulante en caoutchouc.

Pour faire manœuvrer l'appareil on remplit exactement le siphon, de préférence avec de l'eau chaude débarrassée des gaz qu'elle contient. Le tube en V et les branches jumelles étant réunies ensemble, on ferme le robinet R et on plonge l'extrémité terminale de la pompe foulante dans un vase rempli d'eau ; le robinet R plonge également dans un bassin rempli d'eau ; on exerce avec la main des pressions sur la poire et l'on chasse ainsi l'air renfermé dans l'ensemble des tubes. Dès que l'eau remplit l'appareil et qu'on a chassé tout l'air, on ferme le robinet terminal R ainsi que le robinet R annexé au tube de la pompe foulante. L'appareil est alors amorcé et prêt à fonctionner.

M. Taclard qui s'en est servi dans les cas de pleurésie séreuse et de pleurésie purulente, ou pour vider certains abcès, s'en est toujours bien trouvé et nous n'hésitons pas, en le signalant à l'attention des chirurgiens, de recommander, après notre distingué confrère, une méthode thérapeutique dont l'expérience seule pourra juger les avantages.

VARIÉTÉS

Nécrologie.

Nous avons annoncé les deux sensibles pertes que viennent de faire coup sur coup l'Académie de médecine et l'enseignement, dans les personnes de MM. Béhier et Baignet. Nous publions ci-après le discours prononcé sur la tombe de Béhier par M. Laboulière, au nom de l'Académie de médecine, et une partie de celui qui l'a été sur la tombe de Baignet, au nom de la Société de pharmacie, par M. Coulier.

DISCOURS DE M. LABOULIÈRE.

L'Académie de médecine, au nom de laquelle je viens adresser un dernier adieu à M. Béhier, est bien cruellement frappée. Naguère c'était M. Andral, le maître éminent, ravi presque subitement à notre affection respectueuse ; aujourd'hui c'est un de ses meilleurs et de ses plus chers disciples, devenu maître à son tour, qui le suit de près dans la tombe, alors qu'il donnait à la science et à l'enseignement tout ce que promettaient depuis longtemps un talent plein d'activité.

M. Béhier a parcouru avec éclat la carrière des concours et franchi rapidement les degrés qui conduisent à la Faculté et à l'Académie. Toutes les ambitions étaient permises à son savoir de bon aloi et à son infatigable persévérance. Interne des hôpitaux en 1834, puis dix ans après agrégé et médecin du Bureau central dans la même année, il a été nommé professeur de la Faculté en 1864, et élu membre de l'Académie en 1866, dans la section d'anatomie pathologique.

C'est avec une émotion profonde que je me rappelle devant ce cercueil l'époque où j'ai été l'interne de M. Béhier à l'hôpital de Bon-Secours. Je succédais à Paul Lorain, enlevé prématurément dans la plénitude de ses forces. Andral, Béhier, Lorain, chers maîtres et cher ami fidèle, quels regrets et quelle douleur votre mort est venue nous apporter !

Parmi ses élèves, qui ne se souviennent de M. Béhier dans ses premiers services d'hôpital, si vif, si alerte, si curieux des choses médicales, cherchant de nouveaux moyens d'investigation clinique, observant avec soin après la visite des malades les altérations anatomo-pathologiques qu'il avait pressenties ?

Aussi nous tenions à notre maître. Il avait publié déjà des recherches sur les tubercules du cerveau (1837). Une rare observation d'éruption stibée dans l'œsophage avait été admise par M. Andral dans son édition des œuvres de Laennec ; l'article *Maladie* du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE lui avait été confié. M. Béhier recueillait, avec nous, des faits de pleurésie et d'hydropéricarite avec ponction de ce dernier non suivie d'accidents, et commençait ses études sur le soufflé amorphique, sujet sur lequel il est revenu plus tard avec une sorte de production.

Je ne puis rappeler ici, même en abrégé, les divers travaux de M. Béhier : sur une fissure congénitale du sternum, sur l'origine

de la gangrène des membres dans la fièvre typhoïde, ni même ses lettres à Frouseau sur la fièvre puerpérale, lettres si remplies de verve, d'érudition et de fine critique.

Mais on doit au collègue dont nous déplorons la perte deux ouvrages de grande importance qui lui assurent une place élevée parmi les auteurs de notre époque : le TRAITÉ DE PATHOLOGIE INTERNE, fait en collaboration avec notre collègue M. Hardy, et la CLINIQUE MÉDICALE DE LA PITIE.

Le TRAITÉ DE PATHOLOGIE INTERNE a eu cette rare bonne fortune d'être épuisé avant même son achèvement, de telle sorte que la réimpression des premiers volumes a eu lieu avant que le dernier ait paru. C'est qu'en effet les études de sémiologie et de pathologie générale qui servent d'introduction à la partie spéciale comprennent un exposé complet et sévèrement discuté de tous les travaux modernes.

Sous le titre de CONFÉRENCES CLINIQUES FAITES A L'HÔPITAL DE LA PITIE EN 1861-62, et parues en 1864, M. Béhier avait réuni de véritables monographies : sur l'érysipèle et ses formes diverses, sur le rétrécissement de l'œsophage, sur la pneumonie, dont il recherche les caractères anatomiques et dont il retrace d'une manière saisissante les divers types cliniques. C'est là que M. Béhier a rapporté les expériences qu'il avait faites sur l'emploi de l'Alcool dans le traitement de la pneumonie.

M. Béhier avait apporté à la rédaction de ses ouvrages un soin particulier, une grande fidélité des descriptions, suivies de déductions rigoureuses, appuyées sur des faits bien observés. En un mot, les conférences de la Pitié faisaient pressentir le clinicien de l'Hôtel-Dieu.

L'Académie eut la primeur de son travail sur les injections hypodermiques, et l'emploi de cette méthode de traitement s'est rapidement propagé. Les succès qu'elle a comptés dès le début n'ont fait que se confirmer par la suite, ainsi qu'il arrive pour les médicaments utiles.

Une voix plus autorisée que la mienne vous a dit la grande valeur de M. Béhier comme professeur de pathologie interne et de clinique. Il était académicien actif et orateur écouté. Toujours ardent, aimant la jeunesse et les travailleurs, on le voyait, soit qu'il présentât un rapport, soit qu'il attaquât de front une question, on le voyait, dis-je, se passionner pour soutenir ses idées, ne cherchant point la controverse mais ne le redoutant pas. Habile à réfuter d'abord par une répartie heureuse ou un trait piquant le contradictoire, il se lançait dans une réplique vigoureuse, ne se payant pas de mots au lieu de bonnes raisons.

Orateur élégant, correct, faisant volontiers des citations d'auteurs favoris et surtout de notre inimitable fabuliste ; laissant un libre cours à sa verve, il donnait par sa vivacité et son entrain un grand charme aux sujets qu'il abordait nettement.

M. Béhier avait consacré sa vie aux études médicales. Tel l'Académie l'avait connu dans sa vigueur, abordant presque tous les sujets en litige sur l'alcoolisme, le choléra, la tuberculose, les maternités, tel nous l'avons vu, souffrant et luttant toujours, prendre part aux discussions sur la thoracocentèse et la sépticémie, et, membre des commissions permanentes, s'occuper sans relâche de leurs travaux.

Ne craignant pas le mal, mais ne voulant point s'avouer à lui-même son état de souffrance, M. Béhier a lutté jusqu'au bout avec une énergie presque surhumaine ; il est tombé tout à coup, et seulement quand ses forces n'ont plus répondu à sa volonté.

M. Béhier a été médecin habile, praticien ingénieux, écrivain facile et d'une brillante activité d'esprit, d'une érudition solide et apportant dans ses recherches une ardeur incessante. Le laboratoire de l'Hôtel-Dieu, qu'il est parvenu à créer, de concert avec son collègue de clinique chirurgicale, et où il a été si heureusement secondé, perpétuera le goût de cette anatomie pathologique qu'il représentait si dignement parmi nous.

Au nom de l'Académie de médecine, je vous adresse, cher maître, un suprême adieu. Nous garderons toujours votre souvenir !

DISCOURS DE M. COULIER.

La carrière de Baignet n'a pas été très-longue, mais nulle ne fut mieux remplie. D'abord interne des hôpitaux, puis élève chez M. Boutron, il succéda bientôt à M. Planche comme pharmacien. Comme homme de science, il n'a cessé un seul instant de publier des mémoires dont la seule énumération tiendrait de longues pages, et dans lesquels nous trouvons tous, maîtres et élèves, de précieux enseignements. Nommer quelques-uns de ses collaborateurs, Guibourt, Balard, Bussy, Berthelot, c'est dire combien le caractère de ces travaux était élevé, c'est dire que la science pure, dans ce

qu'elle a de plus noble, en était l'objet. Puis il devint agrégé de Soubeyran à l'école de pharmacie, où il fut nommé professeur en remplacement de Robiquet.

Cette place de professeur avait toujours été son ambition. C'était sa véritable vocation; c'est là qu'il se sentait fort des services qu'il pouvait rendre et de la science à laquelle sa parole facile et élégante savait donner de l'attrait. Il avait toutes les qualités du professeur utile, de celui qui avant tout veut instruire ceux qui l'écoutent. Il avait enfin au plus haut degré une qualité précieuse entre toutes chez ceux qui veulent enseigner : il aimait les élèves. J'en prends à témoin ceux d'entre eux qui m'ont entendu en ce triste moment et qui se rappellent avec quelle bonté lui étaient accueillis lorsqu'ils s'adressaient à lui. Cette amitié lui était rendue avec usure; c'était là sa récompense, récompense bien appréciée par lui et digne de son noble cœur.

C'est la préoccupation incessante du perfectionnement de son enseignement qui lui avait inspiré l'idée de joindre au cours de physique dont il était chargé un cours de manipulations de physique dans lequel chaque élève, guidé par lui, répétait sous sa direction les expériences les plus propres à l'aider dans ses études. Ceux qui se rappellent avec quels soins jaloux les instruments étaient autrefois éloignés des mains des élèves comprendront facilement l'étendue du progrès réalisé; aussi Buisine attachait-il une importance extrême à cette heureuse innovation, et je ne surprendrai personne en disant que c'est au milieu de ces chères occupations qu'il a ressenti les premières atteintes du mal qui devait l'emporter.

Les distinctions honorifiques ne lui ont point fait défaut. Depuis longtemps il appartenait à la Légion d'honneur, l'Académie de médecine le comptait au nombre de ses membres les plus instruits. Enfin, après avoir été président de la Société de pharmacie, il en était depuis longues années le secrétaire général. Sa voix aimée était l'âme de nos séances, et nous étions sûrs de le trouver toujours prêt lorsque nous faisons appel à sa science ou à son cœur. Aussi cette perte est irréparable pour nous, et il semblera à plus d'un de ses collègues, lorsque nous verrons à nos prochaines réunions son fauteuil vide, que c'est un membre de notre propre famille qui n'est plus là.

La santé de Buisine semblait, il y a peu de temps encore, lui promettre de longues années, lorsqu'il ressentit, au commencement de l'hiver, les premières atteintes du mal qui devait hâter sa fin. Vainement il alla chercher à Cannes une température plus élémentaire; quand il revint parmi nous, il était fatigué de voir que l'implacable maladie progressait toujours. Lui-même ne se faisait guère illusion sur son issue probable. Il y a quelques jours à peine il m'en parlait encore, et malgré le regret de quitter une vie si heureuse et la famille aimée, il en parlait avec la sérénité que donne une bonne conscience lorsqu'on sent la mort approcher.

Il savait que son existence avait été pure et bien remplie. Heureux, messieurs, celui qui en voyant arriver ce moment, que rien ne saurait éloigner, trouve dans le fond de son âme, — dans la conscience de ses œuvres, — dans le souvenir des vertus pratiquées, des services rendus, — dans les heureux qu'il a faits autour de lui, la force de s'élever avec calme vers une existence nouvelle.

C'est qu'en effet la vie serait une déception bien amère si l'homme était tout entier — là, dans ce peu de cendres refroidies, — si dans ce monde où rien ne se détruit, ni force, ni matière, notre être seul était destiné à périr entier, — si enfin notre intelligence ne s'élevait si haut que pour s'ensevelir avec toute sa majesté dans le néant du cercueil. — Lorsque la mort vient frapper ceux qu'on aime, le regard perçant de l'âme se détache de cette terre, où ne restent que les inonuments périssables, — un non-vénéré, — des larmes, — des regrets, pour entrevoir un séjour où ceux qui s'aiment sont réunis pour ne plus se quitter.

Puisse cette espérance, cher camarade, adoucir la douleur de ta chère famille, des amis que tu laisses sur cette terre et au non desquels je t'adresse cet adieu.

L'HYSTÉRIQUE DE BORDEAUX.

L'alliance des physiologistes et des psychologues tend à devenir chaque jour plus intime. Il y a quelques semaines, dans un article remarqué de la REVUE PHILOSOPHIQUE, M. Taine empruntait, pour servir de base à ses déductions psychologiques, les observations de M. Krishaber sur la névropathie cérébro-cardiaque. Voici qu'aujourd'hui M. le docteur Azam (de Bordeaux) communique à l'Académie des sciences mo-

rales et politiques le récit des troubles pathologiques que présente une malade atteinte d'hystérie. Nous ne voulons que signaler cette heureuse tendance et recommander la lecture de l'article de M. Taine aussi bien que l'observation de M. Azam, que nous résumons en quelques lignes (voyez le Temps du 15 mai 1876).

Alida X... est sujette à deux états alternatifs, l'un qu'on appelle *condition première*, qui paraît normal, caractérisé par une tendance à la tristesse, par la conscience de l'affection, enfin par l'absence de souvenir en ce qui concerne les actes accomplis dans la *condition seconde*. Celle-ci est caractérisée par le souvenir des actes et expansifs durant la condition première, par une humeur gaie et expansive. Le passage d'un état à l'autre s'opère par un assouplissement invincible de quelques secondes, suivi de réveil précédé de prodromes tels que l'hystérie en présente ordinairement.

M. Azam avait perdu de vue Alida depuis son mariage, lorsque l'histoire de Louise Lateau et les observations de M. Warlomont lui suggérèrent l'idée de s'enquérir de l'état de son ancienne malade. Des particularités semblables s'étaient produites; les grandes crises violentes avaient disparu, mais les crises légères accompagnant les changements de condition s'étaient rapprochées; enfin la condition première qui, primitivement, occupait les trois quarts de l'existence, avait été graduellement réduite au profit de la condition seconde, laquelle a presque complètement absorbé la vie d'Alida. Nous n'avons pas à insister sur les faits bien connus d'altération de la sensibilité et d'exaltation du sentiment qui sont le cortège inévitable de l'hystérie et que M. Azam signale. Il termine son étude en posant la grave question de responsabilité.

Alida n'est pas double; elle perçoit et accuse nettement l'unité et la continuité de sa personne, de son *moi*, comme diraient les psychologues; son cas se distingue par ce côté de certains états où la duplicité du moi est manifeste. Elle est donc responsable. Dans quelle mesure? Voilà ce qu'il est difficile de déterminer.

Tout d'abord, il est évident que la règle pénale commune ne saurait lui être appliquée sans réserve. Il y aurait à peser des circonstances très-complexes. L'amnésie de la condition première ne porte pas sur les idées générales, mais seulement sur des faits de détail, et, en cela, le manque de continuité entre les deux existences n'est pas complet; par suite, la solidarité des deux personnes, bien qu'elle soit diminuée, ne saurait être considérée comme abolie. Néanmoins on doit reconnaître qu'il y a chez les deux personnes un *habitus* moral propre qui porte irrésistiblement la première à la défiance, à l'orgueil, à la résistance, à la mélaucolie, et qui anime la seconde de sentiments bienveillants et faciles.

Ces recherches sont de nature à inspirer des réflexions sur le rôle que la médecine légale semble appelée à prendre devant les tribunaux dans le but d'éclairer les juges sur une foule de questions délicates à peine entrevues jusqu'ici. Leur étude, qui doit être menée de front par les psychologues et les pathologistes, intéresse au plus haut point l'équitable application des pénalités édictées par la loi.

LES CARRIÈRES SCIENTIFIQUES. — Un savant dont le caractère et le talent ne sauraient être trop estimés, M. Freymy, membre et ancien président de l'Académie des sciences, eût été trouvé un moyen sûr de faire revenir à la science ceux qui la désertent aujourd'hui. Après avoir rappelé en quelques lignes ce qu'il a déjà tenté pour obtenir une organisation régulière ou un recrutement intelligent des carrières scientifiques, après avoir constaté une fois de plus combien, malgré ces efforts, une carrière scientifique reste incertaine ou précaire, l'éminent chimiste propose de « créer pour les savants une carrière modeste, progressive, comparable à celle qui est offerte au soldat ou à l'ingénieur de l'État ». D'après ce projet la carrière scientifique comprendrait cinq grades. Le savant du 5^e grade recevrait une subvention de 3000 francs par an; celui du 4^e grade, 5000 francs par an; celui du 3^e grade 8000 francs, celui du 2^e grade 15 000 francs, enfin celui du 1^{er} grade 20 000 francs. Un jury spécial serait chargé de constater l'aptitude des jeunes savants et de les proposer pour l'avancement en tenant compte des services réels qu'ils auront rendus à la science.

M. Freymy s'est contenté de proposer la combinaison qui lui paraît la plus avantageuse sans chercher à discuter les objec-

tions que pourrait soulever ce projet de loi. Nous croyons que s'il veut bien songer aux difficultés pratiques que présente un pareil système, le savant académicien trouvera aisément une combinaison qui sera mieux en rapport avec les nécessités du budget et les intérêts qu'il cherche à défendre.

MAGENDIE SEMPER VIVENS. — Nous nous imaginions que Magendie était mort à Paris le 8 octobre 1855, et que Payen avait cessé de vivre il y a cinq ans. Il n'en est rien. Dans un document des plus officiels le ministre de la guerre vient de ressusciter ces deux savants. M. Grandeaup, professeur à la Faculté des sciences de Nancy, ayant demandé au ministre l'autorisation de faire quelques recherches ayant pour objet de constater la valeur de la ration réglementaire allouée aux chevaux de cavalerie, le ministre vient de lui répondre que « la commission d'hygiène hippique s'est occupée de toutes ces questions et que MM. Bonussingault, Payen, Magendie, etc., qui en font partie, les ont résolues. » Les expériences de Magendie datent de l'année 1844. Il est vrai qu'il était immortel, et que par conséquent il vit encore et vivra toujours.

NÉCROLOGIE. — On nous annonce, par lettre spéciale, la mort de M. Ludovic Hirschfeld, professeur d'anatomie à l'université de Varsovie. Il a succombé à une hydropisie le 10 mai 1876. Ludovic Hirschfeld était particulièrement connu comme auteur de l'Atlas du système nerveux des et des organes des sens.

LE NOUVEAU HÔPITAL DES CLINIQUES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE. — Ainsi que nous le disions ces jours derniers, dit le *Bien public*, cet hôpital, situé actuellement en face de l'École de médecine, va être reconstruit sur une partie des terrains distraits du jardin du Luxembourg par M. Haussmann. Il aura la forme d'un triangle et s'élevra sur l'emplacement qui est longeé par la rue d'Assas. La base du triangle répondra à peu près au niveau de la rue Carnot et son sommet au carrefour de l'Observatoire. Cet hôpital n'aura qu'un étage, consacré exclusivement aux services médicaux.

Le service des accouchements recevra une disposition spéciale qui tend à combattre les épidémies. Cinq salles, de huit lits chacune, recevront les femmes en couches; ces salles seront assez grandes pour qu'à chaque lit il soit attribué soixante-dix mètres cubes d'air. A côté se trouveront des crèches pour le renouvellement des langues des nouveau-nés; on évitera ainsi, dans les salles des mères, le dégagement d'odeurs fétides et de miasmes malsains.

Les accouchements se feront dans un local spécial, situé entre cour et jardin, dans des conditions telles que les cris ne puissent ni être entendus du dehors, ni troubler le repos des malades. Il y aura aussi une vaste salle de dix lits, pour les complications qui peuvent survenir à la suite des couches et nécessiter des soins spéciaux; ces chambres isolées recevront, en outre, les malheureuses atteintes de fièvre puerpérale, affection tellement contagieuse qu'elle est restée, jusqu'à ce jour, le fléau des maternités.

Un amphithéâtre pour les cours, un cabinet pour le directeur et un musée anatomique existeront encore à cet étage.

Les sages-femmes trouveront aussi leur logement dans le voisinage des salles où devra s'exercer leur ministère.

Au rez-de-chaussée, administration, chapelle, salles de femmes qui attendent, salles de nourrices, etc. Ce rez-de-chaussée sera élevé de plus d'un mètre cinquante centimètres au-dessus du sol. En sous-sol seront les pharmacies, réfectoires, cuisines, tisaneries, caves, etc.

Des préaux couverts et découverts permettront aux convalescentes de respirer l'air pur du dehors par tous les temps. Tous les services communiqueront entre eux par de vastes galeries.

PROJET DE CRÉATION D'HOSPICES CANTONAUX. — Il est question de créer dans le département de la Seine des hospices cantonaux où seraient recueillis les vieillards, les malades et les infirmes des localités environnantes. Les conseils municipaux de soixante et onze communes de la banlieue se sont prononcés en faveur de ces établissements, et plusieurs d'entre eux ont déjà voté en principe une somme qui dépasse 75 000 francs. Cette question sera soumise au Conseil général lors de sa prochaine réunion.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — Les dons suivants viennent d'être faits en faveur de la Caisse des pensions: MM. les docteurs Henri Roger, 1000 fr.; Pénard, de Versailles, 200 fr.; Willémin, de Vichy, 500 fr.

PRIX. — La Société des médecins des bureaux de bienfaisance met au concours la question suivante: « Faire connaître les différentes œuvres d'assistance privée à Paris, en province, ou à l'étranger qui, par leurs ressources personnelles ou matérielles, permettent de pratiquer, à domicile, la médecine et la chirurgie des pauvres. » Les récompenses consisteront en une médaille d'or et en plusieurs médailles d'argent.

Adresser les mémoires, suivant les usages académiques, avant le 30 juin 1877, terme de rigueur, à M. le Dr Passant, secrétaire général de la Société, rue de Grenelle-Saint-Germain, 39, à Paris.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE. — *Prix à décerner en 1877.* — 1^{re} question. — Déterminer à l'aide d'analyses chimiques répétées, sur un grand nombre d'échantillons pris au hasard, chez les débitants de Paris ou de la province, les analogies et les différences qui existent entre l'esprit-de-vin et les alcools de toute autre provenance livrés au commerce des boissons et des liqueurs. Le prix sera de 2000 fr.

2^e question. — Est-il possible de distinguer positivement par l'examen des propriétés chimiques ou physiques, les vins et les eaux-de-vie naturels, c'est-à-dire provenant de la fermentation des jus de raisin, ou de la distillation des jus fermentés, des vins ou des eaux-de-vie fabriqués ou mélangés avec des alcools d'autre provenance. Le prix sera de 1000 fr.

3^e question. — Étude comparée des législations relatives aux débits des boissons dans les divers États de l'Europe. Chercher dans cette étude des données sur les modifications dont la législation française serait susceptible au point de vue de la répression de l'abus des boissons alcooliques. Le prix sera de 1000 fr.

Prix à décerner en 1878. — 1^{re} question. — Déterminer, à l'aide de l'observation clinique et de l'expérimentation, les différences qui, au point de vue des effets sur l'organisme, et à titre alcoolique égal, existent entre les vins et les eaux-de-vie naturels d'une part, et, d'autre part, les vins fabriqués ou simplement relevés avec des alcools de provenance purement industrielle et les eaux-de-vie de même origine. Le prix sera de 2000 fr.

2^e question. — Rechercher, à l'aide de l'observation clinique et de l'expérimentation, si, à titre égal, l'addition à l'alcool d'un principe aromatique autre que celui de l'absinthe, tel que les essences d'anis, de badiane, de fenouil, de tanaïs et autres plantes analogues, augmente ses propriétés toxiques. Le prix sera de 1000 fr.

Nota. — Les mémoires écrits en français et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les nom et adresse des auteurs, devront être envoyés à M. le docteur Lunier, secrétaire général de la Société, rue de l'Université, 6, à Paris, avant le 1^{er} janvier des années 1877 et 1878, pour les prix à décerner au commencement de chacune de ces années.

HÔPITAL DE L'ENFANT-JÉSUS. — *Orthopédie.* M. de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants malades, a commencé le jeudi 18 mai, à neuf heures et demie, des conférences cliniques sur l'orthopédie (ortocollis, déviation de la taille, pieds bots), et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Etat sanitaire de Paris :

Du 4 au 11 mai 1876, on a constaté 913 décès, savoir :
 Variole, 4. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 2. — Fièvre typhoïde, 10. — Erysipèle, 8. — Bronchite aiguë, 26. — Pneumonie, 66. — Dysentérie, 0. — Diarrhée cholériforme des enfants, 6. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 6. — Croup, 15. — Affections puerpérales, 0. — Autres affections aiguës, 252. — Affections chroniques, 454, dont 190 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 35. — Causes accidentelles, 19.

SOMMAIRE. — PARIS. Une variété de tumeurs de la région cervicale chez les enfants nouveaux-nés. — Académie de médecine : De la dyspepsie. — COURS PUBLICS. Syphillographie. Leçons sur l'aphisie et l'hémiplegie droite syphilitiques. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Académie de médecine de Belgique. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — REVUE DES JOURNAUX. Oblitération de l'aorte abdominale et des artères iliaques primitives. Cancer encéphalique du pouson. — BULLETIN. Index bibliographique. — VARIÉTÉS. Nécrologie. L'hygiène de Bordeaux. — FREILLON. De performance de M. le J. préfet de police sur les animaux suspects ou atteints de maladies contagieuses.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 25 mai 1876.

LE COMMERCE DE LA BOUCHERIE. NÉCESSITÉ D'UNE SURVEILLANCE PLUS EFFICACE. — *Académie de médecine* : LA COLIQUE SÈCHE DES PAYS CHAUDS.

Le commerce de la boucherie : hygiène publique. 3

La GAZETTE HEBDOMADAIRE faisait connaître, dans son dernier numéro (p. 305), une ordonnance de M. le préfet de police concernant les chevaux et autres animaux atteints ou suspects de maladies contagieuses. Les discussions soulevées à plusieurs reprises à la Société de médecine vétérinaire, l'avis des commissions instituées par le préfet de police avaient motivé cette mesure, à laquelle tout le monde applaudira. Encouragés par ce succès, nous n'hésitons pas aujourd'hui à venir réclamer une surveillance plus rigoureuse du commerce des viandes de boucherie. Nous allons, en effet, chercher à faire voir que dans bien des cas les abus dont nous croyons être en droit de nous plaindre pourraient être supprimés, et que l'hygiène a le droit de protester contre des agissements aussi contraires aux intérêts du trésor qu'à ceux de la santé publique. Dans un prochain article, rappelant les communications qui viennent d'être faites à la Société médicale des hôpitaux sur la fréquence croissante du ténia et la cause probable des accidents qu'il détermine, nous montrerons que depuis un petit nombre d'années cette maladie est beaucoup plus souvent déterminée par l'usage des viandes rôties. En ce moment nous voulons nous borner à faire voir que depuis quelque temps les viandes de boucherie livrées à la consommation des Parisiens sont trop souvent malsaines.

Lorsque l'on décida, en 1848, que les corporations de bouchers devaient être supprimées et que la boucherie serait libre, une réglementation assez sévère conservait encore la

trace des idées de préservation et de salubrité qui, à toutes les époques de la civilisation, avaient été la préoccupation des législateurs. On laissait bien à chacun la liberté de s'établir boucher, mais on n'admettait dans Paris que des animaux vivants et l'on exigeait qu'ils fussent abattus, saignés, dépecés suivant les règles, transportés avec les précautions nécessaires pour leur conservation, étalés, détaillés et pesés dans des étaux bien aérés et avec un outillage parfaitement propre. Que reste-t-il de ces prescriptions? La nécessité pour le boucher, officiellement installé dans un quartier, d'avoir un étal aéré par une devanture complètement ouverte et par un courant d'air de 50 centimètres, d'être pourvu de tables de marbre et d'un outillage parfaitement propre, enfin de ne transporter la viande que dans des voitures couvertes. Ces prescriptions sont excellentes; mais il est malheureux qu'elles soient éludées tous les jours. Chaque jour, en effet, nous en parlons sciemment, car nous avons vu et nous voyons encore ce spectacle, des gens sans profession, étrangers à la boucherie, nécessaires et, il faut l'ajouter, peu propres, s'en vont à la halle acheter des morceaux de viande de la plus basse qualité (nous dirons dans un instant quelle est cette viande); ils la déchiquètent et la colportent chez les petits bourgeois, qu'ils séduisent par l'appât du bon marché. Ces marchands n'ont ni étal, ni outillage convenable, ni voitures couvertes. Leur viande est portée dans des paniers d'osier recouverts de serviettes; les morceaux de toute provenance y sont empilés et ces paniers ne les préservent ni du soleil ni de la poussière; bien plus, ces marchands, ne vendant pas chaque jour toute leur provision, se voient forcés de remettre le reste dans les galetas qu'ils habitent, et où séjourment au milieu d'émanations de toutes sortes ces viandes, qui ne peuvent que s'altérer. Nous n'hésitons pas, en conséquence, à réclamer la suppression du colportage à domicile de la viande achetée à la halle; mais nous pensons pouvoir demander autre chose encore.

FEUILLETON

La science arabe en Occident, ou autrement sa transmission par les traductions de l'arabe en latin.

(Suite. — Voyez les nos 9, 10, 12 et 14.)

GÉRARD DE CRÉMONNE (1).

Le plus infatigable et le plus fécond des traducteurs est Gérard de Crémone, dont on peut dire qu'il traduisit à lui seul à peu près autant que tous les autres réunis.

Ce qui étonne dans son œuvre, ce n'est pas seulement l'étendue des matières, mais leur diversité, car elle embrasse l'universalité des sciences : philosophic, mathématiques, astronomie, sciences naturelles et médicales.

Pour s'initier à ces sciences il lui fallut préalablement ap-

(1) Le défaut d'espace nous oblige à passer sous silence les études de l'auteur sur Robert de Nîmes et sur Herbrand Dalmate (voy. le n° 15, au Feuilleton, p. 211)

prendre l'arabe et se pénétrer de sa technologie; aussi ne faut-il pas s'étonner si l'on rencontre dans ses traductions des expressions techniques transcrites plutôt que traduites, la pénurie contemporaine ne lui fournissant pas d'équivalents, et c'est à quoi n'ont pas assez songé ceux qui ont relevé ces déficiences.

Gérard de Crémone est assurément une des plus larges intelligences du moyen âge. C'est incontestablement l'homme qui rendit le plus de services à la science par l'étendue et la variété des matériaux qu'il mit en circulation.

SA renommée ne fut pas en rapport avec son mérite, et peut-être faut-il en chercher la raison dans sa modestie, qui lui fit négliger d'attacher son nom à toutes ses traductions.

C'est tout récemment que l'on a pu se rendre compte de la grandeur des travaux de Gérard. Cette découverte a une importance historique et prouve que le moyen âge entra plus largement qu'on ne l'avait pensé jusqu'alors en communication avec les Arabes. Faites plus tôt; elle eût fourni de nouveaux

La vente à la criée, qui rapporte à la ville un bénéfice réel et qui paraît avoir pour résultat d'abaisser, pour certaines catégories d'acheteurs, le prix de la viande, ne semble pas pouvoir, comme on l'a réclamé (1), être immédiatement supprimée. Mais il serait nécessaire d'interdire de la manière la plus formelle l'entrée dans Paris de viande provenant d'animaux morts ou dépeçés sur place. Voici, en effet, le trafic qui s'organise pour alimenter le marché de la halle. Des pourvoyeurs sont envoyés dans les bourgs et les villages; ils s'enquière des conditions dans lesquelles se trouvent les petits éleveurs ou certains cultivateurs; ils les tentent par l'appât d'un gain immédiat. S'ils soupçonnent l'existence d'une vache malade ou qui a récemment vêlé, d'un bœuf infecté de charbon, d'un veau mort-né, ils démontrent l'avantage que l'on aurait à les tuer ou à les dépecer immédiatement pour en expédier à Paris le plus possible. Or, tandis que les bouchers qui ont souci de fournir de la viande de bonne qualité ont soin de faire jéner la bête un ou deux jours avant de l'abattre, alors surtout qu'à Paris ils la saignent proprement et l'utilisent après un très-court charriage; à la campagne, au contraire, à l'abri de tout contrôle, la bête est saignée le plus vite possible, dépeçée, pesée et chargée sur une carriole qui l'emène chez un commissionnaire central; le tout est rechargé et porté à une gare de chemin de fer. Qu'il neige, qu'il pleuve, qu'il gèle, la viande est déchargée de nouveau, repesée et rechargée dans les wagons. Nouveaux déchargements à l'octroi, puis, au poteau de la criée; nouvel empiement dans les voitures, qui les emportent chez les petits bouchers ou chez les restaurateurs qui ne se fournissent qu'à la halle.

On conçoit d'ailleurs combien tout contrôle en pareille occurrence devient difficile. Un animal vivant peut être facilement reconnu sain; sa démarche, son regard, l'examen de l'œil ou de la langue suffisent à un homme du métier. Quand l'animal est mort, la question devient infiniment plus délicate, et nous n'avons pas à exposer ici les incertitudes qui rendent quelquefois si délicate, dans les hôpitaux surtout, la tâche de ceux qui sont chargés de recevoir les denrées alimentaires. Tous les dangers que peut déterminer la consommation de viandes de mauvaise qualité seraient donc singulièrement atténués si l'on interdisait d'une manière absolue l'entrée dans Paris des bêtes mortes. Le nombre des morceaux fournis à des prix relativement faibles diminuerait, il est vrai; mais on prendrait aisément l'habitude d'utiliser les bas morceaux qui, dans une

bête de première qualité, sont plus nourrissants et surtout plus sains que la viande sans aucun suc qui provient d'une bête malade. C'est là une réforme que l'on devrait surtout imposer aux administrations hospitalières ou au service de l'armée. Autrefois les compagnies s'approvisionnaient chez divers bouchers. Les abus, d'ailleurs faciles à réprimer, que l'on avait constatés ont fait renoncer à ce système. Aujourd'hui au contraire, admis par voie d'adjudication, à des prix tellement inférieurs aux prix ordinaires que l'administration elle-même cherche parfois à les hausser, deux ou trois bouchers se chargent de fournir à la troupe des bêtes entières; mais ces bêtes sont de qualité tout à fait inférieure. Il en résulte que, tandis qu'à Paris la garde républicaine, qui a été spécialement autorisée à se fournir chez un certain nombre de bouchers désignés par l'autorité militaire et dont les fournitures sont garanties par un cautionnement, reçoit à un taux très-peu onéreux de la viande de première qualité, mais prise parmi les morceaux de deuxième choix, les gamelles des soldats appartenant à d'autres corps contiennent des morceaux provenant de bêtes livrées entières mais dans un état tel que les meilleurs morceaux sont souvent détestables. Nous n'hésitons pas à penser que l'on arriverait aisément, si l'on voulait étudier sérieusement cette question, à trouver une combinaison qui satisfasse en même temps aux intérêts des administrations des hôpitaux et de l'armée et à ceux du syndicat des bouchers dont le cautionnement servirait de garantie à l'autorité supérieure. Mais nous croyons surtout que l'hygiène publique a le droit d'exiger l'interdiction du colportage à domicile des viandes achetées à la criée, et une surveillance rigoureuse empêchant d'une manière absolue l'entrée à Paris des viandes mortes et dépeçées au dehors. L'autorité s'empresse, en cas d'épidémie, de prescrire des mesures de prophylaxie ou d'hygiène; il lui appartient de prévenir les maladies d'alimentation en veillant avec une égale sollicitude sur les conditions dans lesquelles se tiennent les marchés.

La colique sèche des pays chauds.

Nous avions annoncé que nous emptions résumer la discussion qui vient de se terminer à l'Académie de médecine sur la nature de la colique sèche des pays chauds. Mais pouvons-nous mieux faire que de renvoyer nos lecteurs aux deux discours si décisifs de M. Le Roy de Méricourt?

Dans sa première communication le savant académicien

(1) Voy. pour toutes ces questions le BULLETIN DE L'APPROVISIONNEMENT, rédigé par E. Delahaye, auquel nous avons emprunté plusieurs renseignements.

documents aux auteurs des *Recherches sur les traductions d'Aristote et d'Averroès et l'Averroïsme*, et modifié leur manière de voir.

On s'était occupé de Gérard et de ses œuvres, mais on n'en connaissait que la moindre partie. Ses compatriotes furent longtemps à le méconnaître; quelques-uns même l'abandonnèrent à l'Espagne, pour laquelle le revendiquait Antonio dans sa *Bibliothèque espagnole*.

La meilleure étude sur Gérard de Crémone fut donnée au siècle dernier par P. Marchand dans son *Dictionnaire historique*, mais privé d'un document important il n'arrive à lui reconnaître la paternité que d'une douzaine d'écrits. Un certain jour n'en était pas moins fait sur cette intéressante personnalité. Fabricius n'alla pas plus loin que Marchand.

Cependant la *Chronique de Pipini*, publiée par Muratori, tout en produisant des renseignements biographiques sur Gérard, faisait monter à soixante-seize le chiffre de ses traductions, mais sans nous en donner la nomenclature.

Jourdain doubla le chiffre des traductions admises par Fabricius.

Quelques années plus tard, en 1849, un manuscrit de Laon produisit une liste de trente-trois traductions sous le nom de Gérard.

On savait qu'il en existait une liste complète enfouie dans la bibliothèque de Leipzig. Déjà Marchand avait fait des vœux pour sa publication. Baudini la signala de nouveau, et naguère encore Daremberg en espérait la communication.

Ce que l'on avait si longtemps et vainement attendu de l'apathique Allemagne fut découvert à Rome et publié en 1851 par M. Boncompagni. Enfin tout récemment, en 1874, nous avons nous-même découvert à Paris une liste identique à celle de Rome. Ajoutons qu'un fragment d'origine évidemment identique avait été envoyé d'Oxford à M. Boncompagni, contenant les douze traductions d'ouvrages d'astronomie.

Voilà donc la bibliographie complète de Gérard exhumée,

avait montré, par l'historique de la question, que tous les médecins de la marine s'étaient peu à peu ralliés à la doctrine défendue avec tant de talent, il y a près de vingt ans, par A. Lefèvre. Il n'y a pas lieu, déclarait M. Le Roy de Méricourt, d'admettre, en dehors des manifestations variées et successives de l'intoxication saturnine, une maladie endémique des pays chauds donnant lieu aux mêmes symptômes, se succédant de la même manière, qu'il reconnaît pour cause une intoxication miasmatique, tellurique ou autre. En dehors des manifestations les plus simples de l'intoxication saturnine il se présente souvent, dans les pays chauds, des cas de gastralgie, d'entéralgie de nature rhumatismale, surtout des coliques nerveuses dues à des causes banales et des cas de colique hépatique qui peuvent, au premier abord, faire songer à la possibilité d'un commencement d'empoisonnement chronique par le plomb. Mais il n'existe pas de coliques déterminées uniquement par l'intoxication palustre.

En un mot, concluait M. Le Roy de Méricourt, la colique endémique des pays chauds n'existe pas.

Dans la dernière séance, M. Le Roy de Méricourt a magistralement complété sa démonstration en répondant aux objections que lui avait faites M. Ruzf de Lavison. Nous renvoyons au BULLETIN DE L'ACADÉMIE ceux qui voudront se faire une idée précise de cette question, si controversée avant le travail de Lefèvre, si obscure alors que Citois, Huxham, Luzuriaga, Marquand, Bonté, Coste, Pascal, etc., décrivirent sous les noms les plus divers un ensemble de symptômes que jamais on n'a pu distinguer nettement de ceux de l'intoxication saturnine. M. Le Roy de Méricourt a montré, en citant à ce propos les observations du docteur Gibert, combien il était souvent difficile de retrouver le plomb, alors cependant que tous les symptômes de l'empoisonnement plombique étaient constatés. Il a prouvé que, dans l'intérieur des terres comme sur les navires, les accidents attribués à une influence miasmatique, c'est-à-dire inconnue dans sa nature, étaient dus le plus souvent à l'intoxication saturnine; il a fait voir à M. Ruzf de Lavison que le petit nombre d'observations qu'il parvenait à présenter lui-même pouvait servir d'argument à une interprétation tout à fait opposée à la doctrine qu'il cherchait à défendre; enfin une citation des plus heureuses du savant ouvrage de Hirsch a rendu plus complète encore et plus convaincante cette remarquable argumentation. Nous sommes persuadé que les documents cités par M. Le Roy de Méricourt et la discussion qu'il en a faite à la tribune de l'Académie fixeront désormais les esprits de tous ceux qui voudront étu-

dier désormais ce chapitre de pathologie qui intéresse à un si haut degré l'histoire de la médecine et l'hygiène navale.

Nous engageons aussi à prendre connaissance d'une intéressante note de M. Mial'ce.

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiologie expérimentale.

ANALYSE DE QUELQUES PHÉNOMÈNES VASCULAIRES DÉTERMINÉS CHEZ L'HOMME PAR L'EXCITATION DES NERFS VASO-MOTEURS, par le docteur FRANÇOIS-FRANCK (1).

La possibilité d'analyser, dans tous leurs détails, les variations de la circulation d'une extrémité par l'exploration de ses changements de volume, m'a engagé à étudier certains phénomènes vasculaires qui se dérobaient à l'examen direct, comme le resserrement passager des vaisseaux.

Les modifications du calibre des vaisseaux s'accompagnent nécessairement de changements dans le volume des tissus dont ils représentent une partie importante, et, en appliquant à la main le procédé usité en physique pour évaluer les changements de volume des corps, le déplacement de l'eau dans laquelle ces corps sont plongés, il est facile de suivre, d'après les oscillations du volume de la main, les modifications des vaisseaux.

C'est par cette méthode qu'ont été étudiées, dans ces dernières années, certaines variations circulatoires, et, sans revenir ici sur l'historique de cette question (voy. *Gaz. hebdom.*, 1875, n° 50, p. 796, et *Comptes rendus de l'Acad. des sc.*, 18 avril 1876), je rappellerai seulement que la priorité en est toute française, le docteur Piégu ayant signalé et interprété, bien avant Chelius et Fick (*Comptes rendus de l'Acad. des sc.*, 1846), les oscillations d'une colonne liquide dans un tube qui communiquait avec un vase rempli d'eau et contenant l'extrémité inférieure.

J'ai repris, sur le conseil et avec le concours éclairé du professeur Marey, l'étude des changements du volume de la main, au point où l'avait laissée Ch. Buisson en 1862, c'est-à-dire tout à fait à son début, et c'est avec l'appareil de Buisson, modifié pour ces recherches, que j'ai essayé d'aborder quelques points intéressants de la physiologie vasculaire chez l'homme.

§ 1^{er}. — L'analyse de l'influence du froid appliqué à une main sur la circulation de la main opposée, m'a fourni certains résultats que je discuterai aussi brièvement que possible.

Dans l'expérience souvent répétée de MM. Brown-Séquard

(1) Extrait d'un mémoire qui paraîtra dans les *COMPTES RENDUS DES TRAVAUX DU LABORATOIRE DU PROFESSEUR MAREY*. — G. Mossion, 1876 (sous presse).

représentée par quatre monuments, dont deux complets et deux autres fragmentaires.

La liste d'Oxford présente la série des ouvrages d'astronomie dans le même ordre que les listes complètes. Celle de Laon, tirée du manuscrit 413, contient 32 écrites. Elle commence au n° 33 pour finir au n° 68, avec quatre lacunes et quelques interversions. La liste de Rome, tirée du manuscrit n° 2392 de la Bibliothèque du Vatican, et celle de Paris contenue dans le n° 14390 de la Bibliothèque nationale, sont concordantes, à part quelques légères différences tenant à des difficultés de lecture et à un n° manquant dans la liste de Paris.

Une particularité remarquable, c'est que dans les trois derniers manuscrits, cette liste est annexée à la traduction du *Petit art* de Galien, particularité sur laquelle nous aurons à revenir tout à l'heure. Nous verrons aussi que cette liste a été rédigée de bonne heure, probablement vers la fin du xiv^e siècle, peu de temps après la mort de Gérard. Avant de produire ce

document nous dirons encore quelques mots des manuscrits.

M. Boncompagni dit du manuscrit d'Oxford: « La maggior parte delle righe di essa nota è inintelligibile, per essere la carta del codice, in que luoghi appunto macchiata e corrosa. »

Pour nous, la liste d'Oxford est parfaitement intelligible et il est très-facile de suppléer ce qui manque. Seulement deux lignes sont en blanc sur douze, et il faut lire *Thebit* au lieu d'*Achabitti*.

Nous avons déjà dit que la liste de Laon présente quelques lacunes, au nombre de quatre. Elles sont relatives à Alexandre d'Abulhasis (n° 39), à El Kendy (n° 41), à la Chirurgie d'Abulhasis (n° 61) et au Canon d'Avicenne (n° 62). Ou à la abusivement, à propos d'un écrit de Galien: *Contemplationibus* au lieu de: *Complexionibus*. La liste s'arrête au n° 68, de la Géomantie. On trouve ensuite un fragment de l'éloge de Gérard: *Avicenni Avolati fecit Canonem*.

D'après M. Boncompagni, c'est de ce même n° 2392 du Vatican que l'on aurait déjà tiré précédemment l'éloge, en vers

et Tholozan, on refroidissait une main et l'on cherchait à déduire de l'abaissement de la température dans l'autre main la démonstration du resserrement vasculaire réflexe.

La variété des résultats obtenus par les physiologistes qui ont repris cette importante expérience, a laissé un doute sur la réalité du phénomène réflexe annoncé par les premiers auteurs. Convaincu qu'en effet l'examen thermométrique devait se prêter difficilement à l'étude d'un phénomène circulatoire souvent fugace et peu intense, j'ai pensé qu'il était plus sûr d'explorer les variations du calibre des vaisseaux dans la main, en utilisant leur résultat direct et immédiat, les variations correspondantes de volume.

Non-seulement ce procédé était plus rigoureux, mais il devait permettre de suivre les phases du phénomène, à cause du rapport constant qui existe évidemment entre les deux facteurs, *calibre des vaisseaux et volume du tissu*. La température ne pouvait exprimer qu'un résultat beaucoup plus indirect, et les variations circulatoires ne me semblaient point devoir être rendues manifestes, dès le moment de leur production et dans leurs périodes successives, par les déplacements lents de la colonne thermométrique. L'inscription à *petite distance* des oscillations du niveau de l'eau, dans mon appareil explorateur des changements de volume, s'opérait par l'intermédiaire de l'air, c'est-à-dire avec une instantanéité presque absolue; je me servais en outre d'un instrument enregistreur dont la fidélité et la sensibilité ne font point de doute : le tambour à levier de Marey. J'étais donc dans de bonnes conditions pour espérer faire du phénomène une analyse suffisante. Du reste la constance des effets obtenus dans

ces conditions, le resserrement des vaisseaux de la main se manifeste un peu tardivement à cause de la lenteur relative avec laquelle s'opère l'abaissement de température du liquide dans lequel elle est plongée; mais on constate nettement la diminution de volume, qui va croissant à mesure que le refroidissement augmente. Il suffit, du reste, d'un abaissement de 2 ou 3 degrés pour produire un effet très-marqué.

J'ai obtenu des résultats semblables, mais plus accusés, en refroidissant d'une autre manière l'eau dans laquelle ma main baignait : au lieu de faire couler à la surface de l'appareil à immersion de l'eau très-froide, j'ai fait entourer le bocal de glace pilée mélangée de sel : ce mélange réfrigérant a rapidement abaissé la température de l'eau de l'appareil, et en peu d'instants le volume de la main a considérablement diminué.

Ces expériences ne me permettaient pas de chercher par quelle voie s'exerçait l'influence du froid, de savoir si les vaisseaux de la main étaient directement atteints, si l'impression, primitivement cutanée, se réfléchissait sur l'appareil nerveux vasculaire, et qu'elle pouvait être la voie de cet acte réflexe.

Pour pénétrer plus avant dans le mécanisme probable du phénomène, j'ai agi, non plus sur la main elle-même, mais sur la peau du pli du coude.

J'ai fait appliquer sur la région antéro-interne du pli du coude un large morceau de glace pendant que la partie inférieure de l'avant-bras et la main étaient plongées dans l'appareil et que le tracé s'inscrivait.

La figure 1 montre qu'à partir du moment de l'appli-



Fig. 1. Effet vasculaire du froid. — D₂ F en F' un morceau de glace est appliqué sur la région antéro-interne du pli du coude. Quatre secondes après le volume de la main commence à diminuer.

plusieurs séries d'expériences (de septembre 1875 à janvier 1876) plaide assez en faveur de la réalité des résultats.

Je rappellerai d'abord quelques recherches pour ainsi dire préliminaires, et l'expérience principale viendra naturellement à leur suite.

Dans une première série d'expériences, la main était plongée dans l'appareil, contenant de l'eau à 18 degrés centigrades. Le bocal étant placé dans un grand vase, un robinet voisin pouvait être ouvert à volonté et verser tout d'un coup une grande quantité d'eau très-froide sur le bocal lui-même. Dans

celle de la glace, qui a été faite de F en F', il s'est écoulé un certain temps, quatre secondes, avant que le volume des régions immergées n'ait commencé à diminuer : on voit ensuite baisser notablement le niveau des variations de volume. La ligne générale tombe assez bas pendant une quinzaine de secondes, puis remonte graduellement; mais elle n'atteint pourtant point son niveau primitif, indiqué par la ligne de repère horizontale.

Il me paraît, d'après ces remarques, tout à fait logique de voir dans l'action du froid une influence de nature nerveuse,

de Gérard. On doit s'étonner que l'on n'ait pas jeté les yeux sur la liste qui précède.

M. Boncompagni a fait de son importante découverte l'objet d'une magnifique publication. Après avoir produit la liste et la notice qui l'accompagne en double expédition, dont une en *fac simile*, il fait l'histoire critique de Gérard de Crémone et de ses traductions imprimées, dont il donne des spécimens. Il reproduit aussi un traité d'algèbre composé par Gérard; il fait enfin l'histoire d'un autre Gérard, dit de Sabinetta, postérieur au premier, avec lequel on l'a confondu.

Le manuscrit dans lequel nous avons fait à Paris la même découverte que M. Boncompagni à Rome est le n° 44390 du fonds latin. C'est un magnifique in-folio de 355 feuilles, parchemin, à deux colonnes, d'une belle exécution, supérieure à celle du manuscrit de Rome. On y rencontre d'abord les ouvrages suivants : 1° *Isagoge Johannis ad tegni Galeni*; 2° *Tegni Galeni*; 3° *Aphorismi Johannis Damasceni*; 4° *Aphorismi Ypocratis*; 5° *Pronostica Ypocratis*; 6° *De regimine*

actorum morborum; 7° *Philaretus de pulsibus*; 8° *Theophrasti liber urinarum*; 9° *Isaac L. urinarum*; 10° *Isaac L. dietarum*; 11° *Vitacius a Constantino translatus*; 12° *Liber in quo haly flius Rodan exponit librum Galeni qui dicitur ars parva*.

A Paris, comme au Vatican, le commentaire d'Ali ben Rodhouan sur le petit Art de Galien précède immédiatement la notice consacrée à Gérard de Crémone. Dans le manuscrit de Paris, la notice commence au folio 223. Ces deux monuments ne présentent entre eux que des différences insignifiantes.

La notice se compose en réalité de trois parties : la notice biographique proprement dite, la nomenclature des traductions, quelques vers en l'honneur de Gérard.

Nous avons pensé qu'un certain nombre de nos lecteurs nous sauraient gré d'une traduction française.

« De même qu'une lampe luisante ne doit pas être mise à l'écart sous le boisseau, mais placée sur le chandelier, ainsi

directe ou réflexe: ce n'est qu'après quelques instants que les vaisseaux se resserrent; ils restent ainsi resserrés quelques secondes, puis se relâchent peu à peu (1).

N'est-ce pas là la marche habituelle des phénomènes de mouvement déterminés par l'excitation portée sur les nerfs? Un temps perdu, une période d'augment, une période de déclin ou de relâchement.

Examinons maintenant quelle est la marche probable de cette action nerveuse.

La glace a été appliquée sur une région où le paquet vasculo-nerveux huméral est très-superficiel: on pourrait supposer dès lors qu'il s'est produit sur les nerfs vasculaires accom-

La réalité de ces effets réflexes des nerfs sensibles sur les nerfs vasculaires ne me semble pas douteuse, si l'on se borne à observer l'effet direct du resserrement vasculaire, la diminution du volume d'une main pendant qu'on soumet un instant l'autre main à l'influence du froid. Le fait n'est pas contestable, son interprétation seule peut prêter à la discussion; mais, comme je vais essayer de l'établir, l'effet réflexe vasculaire rend bien compte du phénomène, et ce mécanisme étant démontré pour l'expérience de l'effet croisé, me semble devoir être admis pour l'expérience de l'effet direct.

La main gauche étant placée dans l'appareil, on recueille le tracé des changements de volume.

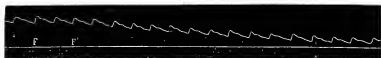


FIG. 2. — Effet du froid sur l'artère radiale. — Un fragment de glace est appliqué sur le trajet de l'artère, de F ou F'. L'arc se rétracte par degrés.

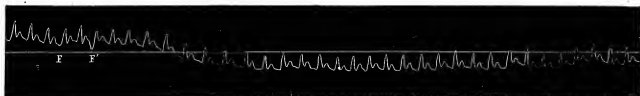


FIG. 3. — Resserrement vasculaire réflexe, accusé par la diminution de volume de la main gauche quand on touche avec un morceau de glace le dos de la main droite, de F ou F'.

pagnant l'artère humérale et sur ceux qui sont contenus dans les nerfs médian, brachial cutané interne et cubital, une influence directe, à cause de la proximité du point d'application.

Pour vérifier cette hypothèse, j'ai repris l'expérience en appliquant la glace au côté externe et postérieur de la région huméro-radiale: même effet s'est produit, malgré l'épaisseur du tissu qui séparait le réfrigérant du paquet vasculo-nerveux.

J'ai donc dû songer à la possibilité d'une influence réflexe dont le point de départ était dans les filets nerveux cutanés de la région sur laquelle on appliquait la glace, le point de réflexion au centre nerveux médullaire et l'aboutissant aux nerfs vasculaires du membre en expérience.

(1) L'influence du froid sur le calibre des vaisseaux peut se démontrer chez l'homme de plusieurs manières. Par exemple, pendant qu'on inscrit le pouls de l'artère radiale avec le sphygmographe à transmission, on peut déterminer le resserrement de l'artère en appliquant sur son trajet un petit morceau de glace. Dans le tracé suivant (fig. 2), on voit la radiale se rétracter après l'application d'un fragment de glace faite au début du tracé.

les faits éclatants des gens de bien ne doivent pas rester enfouis et gardés dans un oiseux silence, mais présentés à l'attention de la postérité. En effet, ils ouvrent à leurs successeurs les voies de la vertu, ils présentent aux regards des contemporains l'exemple de leurs devanciers comme une règle à observer dans la vie.

» Afin donc que maître Gérard de Crémone ne reste pas enseveli dans les ténèbres de l'oubli, afin qu'il ne perde pas les honneurs de la renommée qu'il a méritée, pour empêcher que d'impudents voleurs n'attachent des noms étrangers à ses livres, car il s'est abstenu d'inscrire le sien sur aucun d'eux, nous allons à la suite de ce traité du petit Art, qu'il a tout récemment traduit, *novissime ab eo translatus*, et à l'instar de Galien, qui rappelle ses livres à la fin de ce même traité, donner la liste des écrits de Gérard, dont ses amis ont conservé très-soigneusement la nomenclature; et si quelqu'un est désireux de connaître leur contenu, il pourra sûrement et facilement savoir ce qu'il a traduit en matière de

On voit dans la première partie du tracé ci-joint (fig. 3) le niveau général des pulsations s'inscrire au-dessus de la ligne horizontale servant de repère. Au point F, un morceau de glace est appliqué sur la main droite, et l'on voit, au bout de trois secondes dans cette expérience, diminuer le volume de la main gauche. Cette diminution de volume s'accroît peu à peu, atteint un certain niveau, reste à ce niveau une deminute, puis s'atténue progressivement; au bout d'une minute la main a repris son volume primitif.

Si l'on veut bien rapprocher cette expérience de celle dans laquelle, un morceau de glace étant appliqué sur la peau de l'avant-bras du côté immergé, on notait les mêmes phénomènes, on verra tout de suite que la marche en est la même.

Du reste, le mécanisme de l'effet vasculaire croisé a besoin d'être étudié de près, car avant d'admettre un effet réflexe des nerfs sensibles d'une main sur les nerfs vasculaires de la main opposée, on doit successivement éliminer deux hypothèses possibles: 1° le refroidissement du sang par l'appli-

dialectique, de géométrie, d'astrologie, de philosophie, de physique (médecine) et d'autres sciences.

» Bien qu'il ait méprisé la gloire et la renommée, qu'il ait fui les louanges et les vaines pompes du siècle, qu'il n'ait pas voulu répandre son nom par la recherche d'objets nationaux et chimériques, cependant ses ouvrages ont porté leurs fruits à travers la postérité et rendu témoignage de ses mérites.

» Riche des biens de ce monde, il accepta d'un cœur égal leur abondance et leur privation et supporta virilement et également les caresses et les outrages de la fortune. Combatant les désirs de la chair, il était tout entier aux choses de l'esprit. Préoccupé d'être utile dans le présent et dans l'avenir, il se rappelait ce mot de Ptolémée: Quand approche le terme de ton existence, redouble dans la pratique du bien. Elevé dès sa plus tendre enfance dans le giron de la philosophie, en ayant pénétré les diverses parties suivant qu'elles étaient connues des Latins, le désir de posséder l'Almageste, qu'il ne trouvait pas chez eux, le conduisit à Tolède.

cation de la glace à la surface d'une main; 2° l'effet produit sur le cœur par cette impression périphérique.

1° Ce n'est pas le refroidissement du sang lui-même par l'application d'un morceau de glace sur la main droite qui détermine le resserrement vasculaire de la main opposée: on constate, en effet, la diminution du volume de la main gauche quand on ne fait que *toucher pendant une seconde* la peau du dos de la main droite avec un morceau de glace: ce simple contact, tout bref qu'il soit, est suffisant et au delà pour déterminer une impression sur les filets nerveux cutanés de la main soumise à l'action du froid (1).

Quant au phénomène observé par MM. Brown-Séquard et Tholozan, l'abaissement de la température dans la main opposée à celle qu'on refroidissait; il n'était évidemment pas dû davantage à un refroidissement du sang.

Il me paraît inutile d'insister sur cette première question, mais j'ai cru devoir répondre à une objection qui m'a déjà été faite. En présence des obstacles matériels multipliés qui empêchent le refroidissement léger (si tant est qu'il existe) d'une petite quantité de sang de retentir sur la température de la masse sanguine au point d'amener de ce chef un resserrement des vaisseaux, je considère comme écartée l'hypothèse que je viens d'examiner.

2° On pourrait supposer maintenant que l'impression déterminée sur les filets nerveux cutanés d'une main est susceptible d'influencer le jeu du cœur et d'en modifier le rythme et l'évacuation. Dès lors, la diminution du volume de la main gauche, la main droite étant impressionnée, s'expliquerait par l'afflux d'une moindre quantité de sang, le débit ventriculaire étant diminué ou la fréquence du cœur étant moins grande.

Il y avait évidemment à compter avec cette hypothèse: à priori elle pouvait sembler logique, étant donné l'extrême sensibilité du cœur aux impressions périphériques, et la facilité avec laquelle il modifie son rythme quand une impression extérieure un peu vive nous affecte plus ou moins péniblement. Le seul moyen de vérifier le fait était d'étudier le jeu du cœur avant, pendant et après l'épreuve du froid.

L'influence du froid intense sur la peau de la main peut modifier la fonction cardiaque en produisant un ralentisse-

ment (lequel ne serait que réflexe, puisque j'ai rappelé tout à l'heure qu'il n'y a point de refroidissement appréciable du sang par le simple contact d'un morceau de glace). Or, l'examen de tous les tracés démontre que dans ces conditions il n'y a pas de ralentissement du cœur, et que, par conséquent, la diminution du volume de la main gauche, observée après l'application du froid sur la main droite, ne relève point de cette cause.

Peut-être, dira-t-on, si le cœur n'est point ralenti, sa fonction n'en est-elle pas moins modifiée?

Peut-être ne se vide-t-il plus aussi complètement à chaque systole après l'impression périphérique du froid?

Il y a un détail du tracé de la pulsation cardiaque dont l'examen comparatif permet de juger de la plus ou moins complète évacuation du cœur. Nous allons l'utiliser.

Quand on applique sur la région précordiale le bouton d'un explorateur à tambour de Marey, la diminution de volume du cœur se vidant pendant la seconde période de la phase systolique s'accuse par une ligne obliquement descendante: l'évacuation du cœur est-elle facile et complète, la ligne du tracé qui la représente sera elle-même presque verticale, à chute rapide (1).

Or, si l'on examine les tracés de la pulsation du cœur recueillis en même temps que ceux des changements de volume de la main pendant l'expérience de l'action du froid, on s'assure facilement que rien n'est changé à l'évacuation de ce cœur quand diminue le volume de la main. Cet effet n'est donc point dû à un débit moins considérable du cœur.

Ces deux hypothèses sur la cause de la diminution de volume constatée sur une main quand la main opposée est soumise au contact d'un corps froid étant éliminées, voyons si l'hypothèse d'un acte réflexe ayant son point de départ dans l'impression produite par le froid sur la peau de la main droite, son point de réflexion à la moelle, son point d'arrivée aux nerfs vasculaires de la main gauche, satisfait aux conditions du phénomène.

Cette explication, déjà proposée par MM. Brown-Séquard et Tholozan, a été adoptée depuis par les physiologistes, qui ont répété avec succès leur expérience.

Mais il faut voir: 1° si les notions anatomiques permettent d'interpréter ainsi nos résultats; 2° si les différentes phases du phénomène s'accordent avec les données expérimentales connues des actions réflexes.

1° Les nerfs vasculaires du membre supérieur, se détachant de la moelle entre les troisième et septième racines dorsales, remontent par le cordon sympathique pour se partager ensuite entre les nerfs mixtes du plexus brachial et les réseaux qui

(1) Marey, *Névrologie sur la pulsation cardiaque*, Traité du laboratoire, Paris, G. Masson, 1875.

(1) Bien que l'exclusion du refroidissement du sang puisse paraître suffisamment appuyée sur cette seule considération que la cause n'a agi qu'un temps très-bref, j'ai cru cependant qu'il était bon de la motiver davantage, en me fondant sur l'examen comparatif de la température axillaire à droite et à gauche, avant et après l'expérience. C'est ainsi qu'en prenant les chiffres d'une expérience faite au mois de septembre 1875, j'arrive aux résultats suivants: température des deux côtés, 39,7 avant l'expérience; pas de variations pendant que ma main droite serroit un morceau de glace et le membre trois secondes. Après l'expérience, le thermomètre à côté droit, dont la main avait été en contact avec la glace, restait à 39,7; le même chiffre s'était maintenu à gauche, alors que le volume de la main avait très-notablement diminué. Dans d'autres expériences faites à des moments divers, les chiffres latéraux variaient, mais leur valeur se maintenait comme précédemment.

» Voyant que les Arabes avaient une abondance de livres dans toutes les sciences, déplorant la pauvreté des Latins dont il avait été frappé, il apprit l'arabe afin de se consacrer aux traductions. Muni de cette double connaissance, à savoir celle de la science et celle de la langue (car ainsi que le dit Ahmed dans son Livre de la proportion et de la proportionnalité, il faut qu'un interprète connaisse non-seulement la langue de laquelle il traduit et celle dans laquelle il traduit, mais encore la science sur laquelle il opère), à l'instar d'un homme sage qui, parcourant une verte prairie, se fait une couronne non pas de toutes les fleurs, mais des plus belles, il passa en revue la littérature arabe. Il transmit à la langue latine, comme à une héritière chérie, un grand nombre d'ouvrages arabes, traitant de diverses matières et les plus beaux qu'il put, aussi nettement et aussi intelligiblement que possible, et ne cessa de traduire jusqu'à la fin de sa carrière. Il entra dans la voie où, entre tout chair l'année de sa vie sixante-treizième et de N. S. J.-C. 4187. »

Vient ensuite la nomenclature des traductions, que nous ne pouvons reproduire ici textuellement.

Tel est le document précieux que M. Boncompagni a eu l'honneur de tirer de l'oubli. La chronique de Papini, mise en lumière par Tiraboschi, n'en est qu'une reproduction sommaire et perd désormais tout son intérêt. On y lit cependant en plus ce qui suit: « Il est enterré à Crémone, au monastère de Sainte-Lucie, auquel il avait légué sa bibliothèque. »

Nous devons examiner l'opinion qui fait naître Gérard non pas à Crémone, en Italie, mais à Garmone, en Espagne. On sait que l'auteur de la Bibliothèque espagnole, Antonio, a soutenu cette thèse avec de très-mauvaises raisons déjà réfutées par Marchand. Un journal italien l'a soutenue, en s'appuyant sur une lecture vicieuse de l'avant-dernier vers, Au lieu de: « Hunc sine consimili genuisse Cremona superbit », on lisait: « Hunc sine consilio », etc. Le manuscrit de Paris donne très-nettement *consimili*, tout aussi bien que le manuscrit du Vatican.

entourent les gros troncs artériels de la racine du membre (1). Si donc les nerfs vasculaires du membre supérieur proviennent de la moelle au même titre que les nerfs moteurs ordinaires, on comprend qu'une excitation périphérique, cheminant jusqu'à la région du centre dont ils proviennent, puisse se réfléchir sur eux aussi bien que sur les racines des nerfs destinés aux muscles striés. Je me rattacherai donc déjà à l'interprétation ci-dessus énoncée du resserrement vasculaire ; mais je trouve dans la discussion des actes mêmes qui constituent le phénomène une raison bien plus positive pour adopter l'effet réflexe.

2° En effet, les différentes phases de l'expérience sont tout à fait d'accord avec cette hypothèse : il a suffi de l'impression passagère produite sur la peau du dos de la main droite par le contact d'un morceau de glace pour produire un resserrement vasculaire très-apprécié de la main opposée.

Il s'écoule entre l'instant de l'impression et le moment où débute le resserrement vasculaire, accusé par l'inclinaison descendante du tracé, un temps relativement long, qui ne dure pas moins de trois secondes et varie au delà de cette limite minimum dans des conditions que nous aurons à examiner tout à l'heure. Ce temps qui précède l'apparition de l'acte musculaire dont les vaisseaux sont le siège, se décompose lui-même en plusieurs facteurs : la durée de la transmission à travers les nerfs et le temps perdu des muscles proprement dits.

Or, c'est évidemment ce dernier terme, le temps perdu des muscles vasculaires, qui représente la majeure partie de la durée totale de trois secondes au minimum.

Il existe un rapport constant entre la durée du temps perdu d'un muscle et la durée de sa secousse.

Les muscles striés, à secousse brève, ont un temps perdu très-court, deux centièmes de seconde environ.

Les muscles lisses, au contraire, dont la secousse est lente et progressive, présentent un temps perdu beaucoup plus considérable.

C'est la valeur de cet intervalle séparant le moment de l'impression du moment de la réaction que nos courbes nous indiquent comme équivalente à plusieurs secondes.

Le temps perdu des muscles vasculaires varie, du reste, comme le temps perdu des autres muscles, avec la fatigue qui résulte de la fréquente répétition de l'acte. Quand nous reproduisons l'expérience du resserrement vasculaire réflexe un certain nombre de fois en peu de temps, nous voyons que le début de ce resserrement retarde de plus en plus sur le moment du contact du corps froid.

Si nous évisageons maintenant les phases mêmes de l'acte

(1) Cette provenance et ce trajet des nerfs vasculaires du membre supérieur ont déjà été étudiés dans un mémoire qui j'ai publié l'année dernière dans les *Travaux du laboratoire du professeur Marey* (G. Masson, 1875), et auquel je renvoie pour les détails.

D'autre part, les tables astronomiques de Gérard donnent la position exacte de Crémone, ce qui prouve que cette localité avait pour lui un intérêt tout particulier.

Ainsi que Marchand l'a déjà fait observer, Gérard paraît être entré dans les ordres, comme l'attestent ces paroles : *Nostri gloria cleri*.

Des vertus de Gérard, nous en relèverons une en particulier, sa modestie. Comme le dit la notice, il négligeait de mettre son nom à ses traductions, contrairement à l'usage de ses émules, qui y attachent assez généralement une date, ce qui nous prive de renseignements sur l'époque précise et la durée de son séjour à Tolède. Voilà pourquoi beaucoup de traductions qui nous sont parvenues, et qui sont évidemment de lui, sont anonymes.

Il est encore une autre conséquence probable de cette vie retirée : on peut s'étonner de ne pas voir son nom mêlé à ceux de Jean de Séville et d'Adhélar de Bath.

Signalons encore les motifs qui déterminèrent Gérard à

musculaire dont nous venons d'étudier le temps perdu, nous voyons que cet acte s'accroît progressivement à partir de son début jusqu'à une certaine valeur qu'il conserve près d'une demi-minute. Cette phase d'augmentation du resserrement vasculaire s'accuse par une diminution de volume du tissu exploré, diminution qui va d'abord croissant, puis se maintient pendant que dure le resserrement des vaisseaux. Après cette période d'état, la contraction vasculaire s'affaiblit et avec elle la diminution de volume : c'est ainsi que par degrés le tissu reprend son volume naturel. Mais quand on a répété l'expérience à plusieurs reprises, on s'aperçoit que l'effet réflexe est de moins en moins marqué.

Ce dernier phénomène a son intérêt en ce qu'il peut être rattaché à deux causes différentes, ayant l'une et l'autre une grande part dans sa production : la fatigue des muscles soumis à des réactions trop fréquentes sans repos compensateur, et l'accoutumance des nerfs sensibles sur lesquels a porté l'impression du froid.

Il me paraît impossible de déterminer la part de chacun de ces deux facteurs dans l'affaiblissement progressif des effets observés ; mais il est certain, d'un côté, que le temps perdu de la réaction musculaire s'allonge par degrés, ce qui implique la fatigue musculaire ; d'un autre côté, que l'on s'habitue à l'impression et que la sensibilité s'émousse par la répétition même du contact du corps froid.

De ces dernières remarques il me semble logique de conclure à la nature réflexe du resserrement vasculaire dans une main quand on impressionne par le froid la peau de l'autre main.

§ II. — L'influence de l'excitation électrique des nerfs vasculaires dans les expériences sur les animaux se traduit le plus souvent par le resserrement des vaisseaux, et cet effet se déduit directement de la terminaison des nerfs excités dans les fibres lisses à disposition annulaire.

Si l'on généralisait cette notion fournie par les excitations, des branches vasculaires du grand sympathique, on s'attendrait à trouver dans tous les cas d'excitation électrique portant sur les nerfs des vaisseaux un effet identique à celui que le professeur Cl. Bernard et, après lui, tous les physiologistes, ont constaté en électrisant le bout périphérique du sympathique cervical : la contraction des vaisseaux et avec elle la diminution de volume et l'abaissement de température des régions qui subissent cette modification circulatoire.

Il est cependant incontestable que l'excitation de certains nerfs (indépendamment des actes réflexes compliqués auxquels elle pourrait donner lieu) provoque, au contraire, la dilatation vasculaire : c'est ce qui se produit quand on agit sur le bout périphérique de la corde du tympan (Bernard, Ludwig) du glosso-pharyngien (Vulpian), du sciatique (Goltz, Masius et Vanlair, etc.).

passer en Espagne : son désir de posséder l'Almageste et la pauvreté de la littérature latine en matière de science.

Le préambule qui précède les vers de l'Eloge de Gérard a donné lieu à des méprises. On n'en a pas compris la signification, qui est de mettre en présence les titres des anciens médecins à côté de ceux de Gérard. On a vu dans les ouvrages cités une sorte de prolongement de la liste bibliographique, ce qui a fait porter le chiffre des traductions de Gérard à soixante-seize par Pipini. M. Boncompagni est tombé dans une erreur contraire : il a vu des traductions deux fois mentionnées. M. Boncompagni s'est contenté de donner simplement la nomenclature des écrits de Gérard, réservant à peu près ses très-intéressantes annotations pour les écrits qui ont été imprimés. Nous croyons qu'il reste quelque chose de plus à faire. Il faut d'abord passer une revue critique de cette nomenclature, où des titres d'ouvrages sont altérés ou obscurs. Il faut chercher ensuite à retrouver ces nombreuses traductions parmi les manuscrits conservés dans nos bibliothèques. Il

De cette observation date en physiologie l'introduction des nerfs vaso-dilatateurs, dont le mode d'action intime nous échappe, les notions anatomiques sur la disposition des muscles vasculaires ne nous permettant pas de concevoir le mécanisme d'une dilatation directe. Nous sommes dès lors engagés à voir dans ces nerfs vaso-dilatateurs les analogues des nerfs pneumogastriques, et à les considérer comme des nerfs d'arrêt, des nerfs dont la mise en jeu suspend l'activité des centres ganglionnaires situés dans les parois vasculaires.

Dans ces recherches, j'ai cru devoir me borner à étudier l'action des nerfs vasculaires constricteurs, et j'en exposerai succinctement l'effet tel qu'il m'a semblé se dégager d'un nombre assez considérable d'expériences.

Cette action a été provoquée par l'excitation de la peau au moyen de courants induits (1).

J'ai dû introduire dans mon appareil un élément nouveau pour réaliser l'expérience de l'excitation électrique au sein du liquide dans lequel ma main était plongée.

Un fil conducteur recouvert de soie et verni traversait l'orifice supérieur du bocal et se terminait par un bouton métallique que je saisissais dans la main; l'autre électrode était représentée par une plaque métallique que je fixais au moyen d'un ruban sur la partie antéro-interne du pli du coude.

Les choses étant ainsi disposées, je m'assurai du sens dans lequel circulait le courant induit de rupture, celui dont l'activité est surtout importante à considérer, et je plaçais les conducteurs de façon à ce qu'il pénétrât dans le membre par la main et sortit par l'électrode supérieure; les interruptions du circuit inducteur étaient déterminées par un trembleur réglé d'avance, et un signal électro-magnétique de M. Deprez inscrivait au-dessous du tracé des changements de volume les clôtures et ruptures de ce circuit.

J'ai étudié tout d'abord l'influence d'une série d'excitations induites assez faibles pour ne déterminer qu'une sensation légère de fourmillement dans le membre en expérience.

Le tracé suivant (fig. 4) est l'un des nombreux types recueillis dans ces recherches.

On voit que les variations du volume de la main s'inscrivent, avant et pendant l'excitation, sur la même ligne et que leur niveau ne commence à s'abaisser qu'un certain temps après que l'excitation induite a cessé.

Il faut chercher à établir : 1° que la diminution constatée tient

(1) Je n'aborderai point ici les effets produits sur la circulation par les courants continus. Cette réserve m'a paru nécessaire en raison des assertions des auteurs, qui ont attribué une action aux courants descendants, une action inverse aux courants ascendants, et cela sans doute d'après des examens détaillés et des observations fréquemment répétées. Comme je n'ai constaté dans les expériences peu nombreuses que je fis sur ce sujet qu'une action continue aux deux ordres de courants, le resserrement des vaisseaux (du moins comme fait initial), je crois devoir subordonner mon opinion sur ce point à des recherches ultérieures plus variées.

à un resserrement des vaisseaux; provoqué par la faradisation; 2° que cette modification ne reconnaît pas d'autre cause.

1° L'excitation induite, que j'ai supposé provoquer le resserrement vasculaire, pourrait agir sur les muscles striés, et, déterminant leur contraction, amener ainsi l'expulsion mécanique du sang.

Pour vérifier cette hypothèse, j'ai commencé par m'assurer que l'excitation dont j'avais fait usage ne pouvait provoquer la contraction musculaire. La main et l'avant-bras ont été soumis, en dehors de l'appareil à déplacement, à la même excitation, et aucune contraction musculaire ne s'est produite, comme j'ai pu m'en convaincre en appliquant sur divers groupes musculaires l'instrument explorateur du mouvement; je n'ai constaté d'autre phénomène que celui de la chair de poule avec redressement des poils, et son apparition n'a fait que me confirmer dans l'idée que l'excitation induite faible produit son action sur les muscles lisses.



FIG. 4. Resserrement vasculaire déterminé par l'excitation induite de la peau. — D 1 en 1 (ligne du signal), on excite avec des courants faibles; la diminution de volume se produit trois secondes après.

J'ai voulu de plus bien établir en passant que la contraction des muscles striés, toute modification circulatoire mise à part, n'était nullement capable de produire par elle-même la diminution du volume du membre.

L'artère humérale était comprimée un temps suffisant pour que la main se vide aussi complètement que possible du sang qu'elle contenait, j'excite l'ensemble des muscles de la main et de l'avant-bras avec des courants induits assez intenses. Quoique ces muscles restent contractés pendant toute la durée du passage des courants, le niveau du volume de la main ne change pas. Ce fait était à prévoir, maintes expériences ayant déjà démontré que le muscle en se raccourcissant ne change pas de volume, mais seulement de forme.

Il est maintenant un détail du phénomène observé dans la diminution du volume de la main après l'excitation induite qui pourra nous bien assurer de la provenance vasculaire de ce retrait : c'est le retard de son moment d'apparition sur l'insiant de l'excitation.

En se reportant à la figure 4, on voit que la main ne commence à diminuer qu'un certain temps après que l'excitation indiquée par le signal a cessé. Or ce temps correspond au temps perdu des muscles lisses, sur lequel j'ai déjà insisté à

convient enfin d'en dresser une sorte de statistique, non seulement pour mieux préciser la nature et l'étendue des travaux de Gérard, mais pour montrer la grandeur des services qu'il rendit à la science et l'influence que ces traductions purent exercer sur le mouvement scientifique au moyen âge. Une vingtaine seulement de traductions de Gérard étaient connues de Jourdain; nous en connaissons aujourd'hui plus de soixante-dix. On peut dire que Gérard à lui seul fournit au moyen âge une véritable encyclopédie.

On se dispensera de les énumérer ici, mais le lecteur en trouvera la liste dans notre HISTOIRE DE LA MÉDECINE ARABE.

L. LECLERC.

(A suivre.)

UN ADOBIT CHARLATAN. — Il y a quelques jours, un Allemand d'origine, naturalisé Français après la guerre, A. Baër, chevalier de la Légion d'honneur, comparaisait devant la 8^e chambre correctionnelle, sous la prévention d'esroquerie. Son nom est lié à celui de l'*Eau anti-neuralgique*, dont le succès d'argent est incontestable, puisqu'il en a été vendu pour 1 million 800,000 francs. Ce précieux remède, qui doit guérir les névralgies, l'épilepsie, etc., se compose de mauvaise eau-de-vie dans laquelle on fait macérer du tabac. Il est préparé par M. Michéls, pharmacien. Le prévenu n'a pas craint d'avouer qu'il colorait l'alcool avec du caramel. « Le caramel seul, a-t-il dit, entre dans la confection de mon remède, si je puis appeler cela mon remède; sa composition est des plus simples, mais je ne sache pas qu'il soit nécessaire que sa composition soit compliquée pour qu'un remède soit excellent. » Le tribunal l'a condamné à un mois de prison. Ce n'est certes pas trop sévère, et nous nous demandons si le sieur Baër sera autorisé à gagner encore plusieurs millions, en ornant ses prospectus du spécimen de la croix qui lui a été accordée pour avoir, durant la dernière guerre, commencé, dans les ambulances, ses contraventions à la loi sur l'exercice illégal de la médecine.

propos de l'action réflexe du froid : il est de deux secondes et demie à trois secondes.

Le phénomène que ce temps perdu précède offre ici encore les caractères d'un acte musculaire lent et progressif, ayant sa phase d'augment, sa période d'état et sa phase de déclin.

Je n'insisterai pas de nouveau sur chacune de ces particularités, m'étant assez longuement étendu sur leur valeur dans le chapitre précédent.

Ces derniers détails s'ajoutent aux remarques qui précèdent pour permettre cette conclusion : *la diminution du volume de la main qui survient après l'excitation induite est due au resserrement des muscles vasculaires, déterminé lui-même par l'excitation directe ou réflexe des nerfs vaso-constricteurs.*

CORRESPONDANCE

Tumeur du sterno-mastoldien chez un nouveau-né.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Dans le dernier numéro de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, M. Blachez décrit une espèce de tumeur du sterno-mastoldien, rare et peu étudiée jusqu'à présent. Un cas de tumeur tout à fait semblable, hormis quelques variantes, s'étant présenté à moi récemment, je vous demande la permission de vous le soumettre.

Chez un enfant d'un aspect magnifique et dont les parents sont indemnes de tout vice syphilitique, on s'est aperçu, trois semaines environ après la naissance, d'une tumeur au cou. Cette tumeur siégeait dans le sterno-mastoldien et offrait identiquement tous les caractères intrinsèques et de voisinage des tumeurs décrites avec tant de soins par M. Blachez. Seulement cette tumeur siégeait à gauche et non à droite comme dans les cas de M. Blachez, et partant l'attitude de la tête était exactement l'inverse de celle qui est signalée par notre distingué confrère. M. Gosselin vit cet enfant en consultation, également M. Dally, qui de plus voulut bien suivre l'enfant avec moi ; tous trois nous fûmes d'avis qu'il s'agissait d'une myosite, et cela après avoir procédé par exclusion comme le fait M. Blachez.

Quant à la question étiologique, on ne pouvait invoquer ici des tractions exagérées et vicieuses dans une présentation du sommet, première position. Toutefois, le forceps avait dû être appliqué dans la période d'expulsion ; pour abréger un travail trop lent et trop pénible, les tractions avaient été passablement énergiques, et les mouvements de latéralité imprimés à la tête dans les efforts de traction ont pu tirailler un des sterno-mastoldiens : cette hypothèse permettrait d'identifier ici la cause avec celle des cas de M. Blachez.

J'ajouterais pour terminer que la tumeur, après une période stationnaire, est entrée dans une résolution très-appreciable après deux mois environ. Un traitement résolufort léger avait été institué.

D^r PÉRAT.

Paris, le 21 mai 1876.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 15 MAI 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

COMMISSION DES PRIX. — Sont élus : 1^o *Concours des prix Montyon* (médecine et chirurgie) pour l'année 1876 : MM. le baron Cloquet, Bouillaud, Cl. Bernard, Gosselin, Sédillot, Ch. Robin, baron Larrey, Milne Edwards et Bouley. — 2^o *Concours du prix Godard pour l'année 1876* : MM. Cl. Bernard,

Gosselin, baron Cloquet, Bouillaud et Ch. Robin. — 3^o *Concours du prix Montyon* (physiologie expérimentale) pour l'année 1876 : MM. Cl. Bernard, Milne Edwards, Ch. Robin, de Quatrefages et Gosselin. — 4^o *Concours des prix Montyon* (arts insalubres) pour l'année 1876 : MM. Dumas, Chevreul, Fremy, Peligot et Boussingault. — 5^o *Concours du prix Trémont pour l'année 1876* : MM. le général Morin, Fremy, Rolland, Tresca et Dumas. — 6^o *Concours du prix de statistique de la Fondation Montyon pour l'année 1876* : MM. Bienayné, de la Gournerie, Belgrand, Poiseux et Faye.

CHOLÉRA. — M. Girault adresse, pour le concours du prix Bréant, un mémoire sur le traitement du choléra. (Renvoi à la commission du prix Bréant.)

MALADIES DE L'UTÉRUS. — M. Saint-Vel prie l'Académie de vouloir bien comprendre parmi les pièces présentées pour le concours des prix de médecine et de chirurgie (fondation Montyon) le TRAITÉ CLINIQUE DES MALADIES DE L'UTÉRUS, qu'il a fait en collaboration avec feu M. Demarquay. (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

LES MEMBRES DE LA SALAMANDRE AQUATIQUE BIEN EXTIRPÉS NE SE RÉGÈRENT POINT. Note de M. Philipeaux. — L'auteur a montré à l'Académie, le 20 novembre 1866, des salamandres aquatiques auxquelles il avait extirpé complètement, deux ans auparavant, le membre antérieur avec les os basilaires, et chez lesquelles il ne s'était fait aucune reproduction, même rudimentaire, des diverses parties de ce membre. Il en avait conclu que toutes les fois qu'on enlève sur une salamandre aquatique les os de l'épaule d'un même côté, ce membre ne se régénère pas. Un physiologiste que la science a perdu récemment, Legros, après avoir répété cette expérience, avait été conduit à dire que la conclusion était trop absolue ; à l'appui de cette assertion il montrait à la Société de biologie des salamandres aquatiques auxquelles il croyait avoir extirpé complètement un des membres antérieurs, y compris l'os basilaire, et chez lesquelles on voyait ce membre en voie de totale reproduction.

Le 21 janvier 1875 M. Philipeaux a enlevé le membre antérieur sur vingt salamandres, en s'appliquant à pratiquer une extirpation absolue totale, et il fit à surrir avec soin ces animaux. Aujourd'hui ces salamandres sont opérées depuis plus d'un an ; le membre enlevé ne s'est reproduit chez aucune d'elles, même d'une façon rudimentaire. En outre, et comme contre-épreuve, il a pratiqué l'extirpation du membre antérieur sur vingt salamandres aquatiques le 1^{er} juillet 1875 ; mais, tout en enlevant le scapulum, il en a laissé en place un très-petit fragment. Or, sur seize de ces salamandres, le membre antérieur enlevé s'est reproduit et même complété chez la plupart d'entre elles. Il est probable que la petite partie du scapulum laissée sur les quatre autres salamandres aura été détruite ou éliminée pendant le travail de cicatrisation de la plaie.

PROPRIÉTÉS ANTISEPTIQUES DU BORAX. Note de M. Bedoin.

« J'ai pris un morceau de 15 à 20 grammes environ de viande fraîche de boucherie (entre-côte de bœuf) ; je l'ai divisé en deux parties égales que j'ai placées dans deux flacons bien lavés et de pareille contenance (200 grammes à peu près). J'ai versé dans ces flacons, jusqu'au 2/5 de leur volume, de l'eau de rivière d'une part, et de l'autre une dissolution saturée de borate de soude. Ces flacons, bouchés ensuite avec des bouchons de liège, ont été soigneusement étiquetés et laissés au repos du 3 mai à midi et demi jusqu'au 8 mai à dix heures du soir, soit cinq jours et neuf heures. Examinés comparativement à cette date, les contenus des deux flacons diffèrent sensiblement d'aspect. Dans celui qui renfermait la solution de borax, le liquide, de couleur rosée, est parfaitement limpide et ne montre aucun dépôt. Le fragment de viande qui s'y trouve est décoloré et incohérent, pour ainsi dire, mais sans être déshydraté. Le contenu de l'autre flacon est louché, et a laissé déposer des parcelles organiques qui constituent une sorte de détritus comme flottant au fond de la bouteille. Le morceau de viande qui y avait été placé semble plus dissocié que l'autre ; il est très-

manifestement déchéqueté. Débouchés, les deux facons se reconnaissent aisément : celui qui renfermait la solution s'iline est *entièrement inodore*; l'autre exhale à un haut degré l'odeur ammoniacale particulière aux substances animales en décomposition.

» Soumis à l'examen microscopique, le liquide de celui-ci montre un *tres-grand nombre de microzoaires animés de mouvements les plus vifs* (hactéries). Le premier, au contraire, ne révèle *aucun organisme vivant, aucun vibrionem.* »

Académie de médecine.

SEANCE DU 23 Mai 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. le ministre de la marine et des colonies expose réception des tubes de vaccin couvés par l'Académie pour Taïti. (Commission de vaccine.)

M. le ministre de l'Agriculture et du commerce transmet à l'Académie : 1° Le tableau des vaccinations pratiquées pendant l'année 1875 dans le département du Morbihan. (Commission de vaccine). — 2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Morbihan pendant l'année 1875. (Commission des épidémies.)

L'Académie reçoit : a. Une lettre de M. le docteur Bureq, à l'occasion du 3^e rapport du Conseil d'hygiène publique et du salubrité de la Seine (Commission : MM. Dervicq, Chreyot, Depêche). — b. Une lettre de candidature de M. le docteur Antoine Garbille (de Turin), pour la section des correspondants étrangers.

M. Larrey expose sur le bureau : 1° une note de M. le docteur Champouillon sur le traitement de l'anémie par les eaux minérales ferrugineuses. (Commission des eaux minérales). — 2° Une note de M. le docteur Gayat (de Lyon), sur le drainage cellulaire dans le traitement de l'ictérique.

M. Chausseré présente à l'Académie, au nom de M. le docteur Fournet, une brochure intitulée : LA FOLIE DITE AVEC CONSCIENCE N'EST PAS UNE VRAIE FOLIE.

MORT DE M. BUIGNÉ. — M. Poggiale donne lecture des paroles d'adieu qu'il a prononcées sur la tombe de M. Buigné au nom de l'Académie.

ÉLECTIONS. — L'Académie procède à l'élection d'un membre dans la section de pathologie chirurgicale. La commission présentait les candidats dans l'ordre suivant : MM. Le Fort, Panas, Bochart, Guyon, Desormeaux et Armand Després. Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 70 et la majorité de 36, M. Le Fort est nommé par 41 voix. M. Rochard obtient 40 voix, M. Desormeaux 40, M. Panas 7 et M. Armand Després 2.

COLIQUES SÈCHES. — M. Mialhe donne lecture d'une courte note à l'occasion de la discussion sur l'étiologie de la colique sèche des pays chauds. Il ne veut pas trancher la question et décider qui a raison de M. Le Roy de Méricourt ou de M. Rufz de Lavison ; il fait remarquer seulement que pour déterminer les phénomènes d'intoxication saturnine il n'est pas nécessaire d'absorber de grandes quantités d'un composé plombique : la plus petite dose suffit à condition d'être longtemps continuée. Suivant lui, l'action toxique si marquée du plomb à bord des navires serait due à la présence incessante des chlorures alcalins basiques dans l'atmosphère maritime. Il conclut, avec M. Le Roy de Méricourt, qu'au point de vue hygiénique il convient de restreindre autant que possible l'usage du plomb et de ses composés.

M. Le Roy de Méricourt vient répondre aux objections que lui avait adressées M. Rufz de Lavison et combattre de nouveau la théorie miasmique des coliques sèches des pays chauds.

Il fait d'abord observer que M. Briquet a eu raison de critiquer les expressions impropres de *coliques saturnines* et de *coliques sèches*, qui entretiennent la confusion et le malentendu ; mais la dénomination de *mysalgie*, qu'il propose de leur substituer, ne changerait rien et ne léserait nullement la réconciliation entre les identistes et les non identistes : pour les uns on aurait affaire à une *mysalgie saturnine*, pour les autres à une *mysalgie endémique* des pays chauds, et la question ne serait pas plus avancée. D'un autre côté, il n'est pas exact de dire que dans l'intoxication saturnine la douleur siège uniquement dans les muscles des parois abdominales : elle porte aussi bien sur les intestins, et il y a là autre chose qu'une lésion locale ; c'est un véritable empoisonnement, une affection générale caractérisée par une altération des globules sanguins, dont les dimensions augmentent en même temps

que leur nombre diminue ; avant l'apparition de la colique, de la douleur abdominale à laquelle M. Briquet donne une importance exagérée, il se montre déjà un ensemble de symptômes indiquant que l'organisme a subi une atteinte profonde. Quant à la laradisation, si elle a donné à M. Briquet des résultats si rapides et si complets, c'est qu'il a eu affaire à des attaques relativement légères ; car pour lui il a essayé souvent cette méthode et les coliques n'ont pas toujours disparu.

M. Le Roy de Méricourt exprime le regret que M. Rufz de Lavison n'ait pas eu présente à la mémoire une des dernières publications de M. Lefèvre, intitulée : NOUVEAUX DOCUMENTS CONCERNANT L'ÉTIOLOGIE DE LA COLIQUE SÈCHE DES PAYS CHAUDS, et un travail de M. Villette sur l'identité des coliques de plomb et des coliques sèches, d'après des documents et des observations recueillies au Sénégal ; il y aurait trouvé la réponse à ses principaux arguments contre la théorie de l'identité.

Il repousse le reproche que lui adressait M. Rufz de Lavison de ne mentionner dans l'étiologie que les accidents constatés à bord des navires et de laisser de côté les coliques observés sur le littoral ou dans l'intérieur des terres. Les relevés qu'il a donnés comprenaient les accidents saturnins observés à terre aussi bien qu'à bord des bâtiments. Pour satisfaire M. Rufz, il rapporte de nouveaux faits qui viennent confirmer la théorie de l'origine saturnine des coliques des pays chauds.

Dans l'expédition de Cochinchine de 1862, sur un effectif de 7589 hommes, d'après M. Linguette, il y eut 697 décès, dont 2 seulement par suite de coliques sèches. M. B. de la Grandière, pendant la même campagne ne constata que 8 cas de coliques chez des gens employés aux machines et l'origine saturnine des accidents peut-être facilement établie. Sur 46 236 congés de convalescence présentés au conseil de santé de Toulon, on n'a relevé que 48 cas de coliques. Enfin, dans un passage de son traité sur les maladies de St-Pierre, à la Martinique, M. Rufz de Lavison avoue lui-même que, pendant une pratique active de vingt années, il n'a observé que 3 cas de coliques endémiques des pays chauds, dans lesquels il a été impossible de reconnaître une influence saturnine. M. Le Roy de Méricourt fait remarquer que 3 cas en 20 ans, c'est bien peu pour une affection endémique ; il ajoute qu'il est parfois fort difficile de découvrir le corps du délit ; souvent le hasard seul démontre que le plomb est la cause des accidents observés, comme dans le cas cité par M. Gubler, et deux autres publiés par M. Gibert (du Havre), dans la GAZETTE MÉDICALE ; il s'agissait dans un cas, d'un journaliste intoxiqué par des pains à cacheter, colorés au minium, qu'il avalait, sans y penser, en travaillant ; dans l'autre, d'un professeur atteint d'accidents saturnins, par suite de l'absorption d'une quantité exagérée de cachou, où l'on trouve une certaine quantité de plomb. Cette action des composés plombiques est tellement indiscutable, que M. Bérenger-Féraud en est arrivé à admettre *a priori*, comme cas d'intoxication saturnine, tous ceux qui offrent des accidents tels que des coliques, de l'affaiblissement musculaire et de la paralysie. Enfin, Hirsch, dans son TRAITÉ DE PATHOLOGIE HISTORIQUE ET GÉOGRAPHIQUE, ne trouve cette prétendue endémie signalée nulle part, sauf dans les ouvrages français ; il semblerait ce que soit une affection spéciale à notre pays et à nos colonies : « Cette colique sèche des pays chauds, dit-il, ne s'est montrée à l'état d'endémie, sur aucun point de la surface du globe. »

Quant au diagnostic à faire entre la colique de plomb et la colique sèche, il est impossible, ou plutôt inutile, puisque c'est une seule et même maladie.

M. Le Roy de Méricourt fait remarquer, en terminant, que dans l'état actuel de nos connaissances sur les causes des maladies, nous nous trouvons trop souvent en présence d'inconnues que nous désignons, faute de mieux, par le nom de *miasmes*. Ces inconnues diminuent de jour en jour, et c'est rendre service à la médecine, que de chercher à les remplacer par des notions plus certaines basées sur des faits.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 17 MAI 1876. — PRÉSIDENTE DE M. HOUËL.

INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LES MALADIES CHIRURGICALES ET RÉCIPROQUEMENT. — CORPS ÉTRANGER DE L'ŒSOPHAGE. — POLYPPES NASO-PHARYNGIENS.

M. Verneuil lit un mémoire sur les rapports de la grossesse avec les maladies chirurgicales. Plusieurs travaux ont été publiés relativement à l'influence de la grossesse sur les résultats des opérations et réciproquement; on s'est demandé s'il fallait proscrire les opérations graves pendant l'état de gestation, ou si l'on pouvait intervenir chirurgicalement sans tenir compte des conditions particulières dans lesquelles se trouve la femme enceinte. Des solutions différentes ont été données à cette question.

1^o Mais les rapports de la grossesse avec les opérations chirurgicales ne sont qu'un côté de la question: il y a lieu d'examiner l'influence de la grossesse sur la marche des plaies, blessures et autres lésions chirurgicales, et réciproquement quelle est l'influence des maladies chirurgicales sur la marche et le terminaison de la grossesse. M. Verneuil a l'intention de fournir quelques documents propres à élucider ce chapitre de pathologie. Pour cela, il établit trois catégories de faits:

1^o Faits dans lesquels la grossesse n'a paru exercer aucune influence sur la marche des opérations ou des maladies chirurgicales, et réciproquement.

2^o Faits dans lesquels la grossesse a paru exercer ou recevoir une influence plus ou moins favorable.

3^o Faits dans lesquels l'influence réciproque de la grossesse et des opérations ou des maladies chirurgicales a été plus ou moins fâcheuse.

Observation I, communiquée par M. Marandon. — Il s'agit d'une femme enceinte de sept mois, chez laquelle on pratiqua la thoracocentèse pour un épanchement considérable de la plèvre gauche. La malade arriva au terme régulier de sa grossesse et accoucha d'un enfant bien portant.

Observation II, personnelle. — Trachéotomie pratiquée pour un œdème de la glotte chez une femme enceinte de huit mois et demi. Vingt-quatre heures après, accouchement d'un enfant mort. La mère succomba au bout de quarante-huit heures.

Observation III, communiquée par M. Marc Sée. — Femme de trente-trois ans, enceinte de six mois et demi. Group pour lequel M. Sée pratique la trachéotomie. La malade meurt subitement le lendemain de l'opération. Les bronches étaient remplies de sang; il y avait une hémorragie en nappe due à l'état anatomique des veines du cou, hypertrophiées pendant la grossesse.

Observation IV, personnelle. — Une femme entre à la Pitié pour des plaies contuses de la vulve et de la partie supérieure et interne des cuisses. Grossesse de quatre mois. Au bout de quelques jours, poussée inflammatoire intense du côté de la mamelle gauche, qui n'avait pas été contusionnée; cette inflammation disparut. Au neuvième jour après la chute, accouchement d'un fœtus mort depuis quelques jours. A partir de ce moment, les plaies marchèrent rapidement vers la guérison.

Dans les trois cas qui vont suivre, la marche de la grossesse n'a pas été dérangée, mais il y eut des phénomènes morbides assez sérieux.

Observation V. — Femme de vingt-cinq ans, bien constituée. A la suite d'une forte contusion du gros orteil ayant occasionné la chute de l'ongle, il se fit en ce point une ulcération à bords fongueux, à fond grisâtre; la malade n'avait pas eu la syphilis. Les irrigations à l'eau phéniquée purent seules exercer une influence favorable sur la marche de cette plaie. La malade, arrivée au terme de sa grossesse, accoucha d'un enfant vivant; alors l'orteil guérit complètement en dix

ou douze jours. M. Verneuil attribue la marche anormale de cette plaie aux troubles de la circulation produits par la grossesse.

Observation VI. — M. Verneuil reçoit dans son service une femme atteinte de tumeur lacrymale. La tumeur fut vidée, lavée, et M. Verneuil injecta cinq gouttes de teinture d'iode. Il se forma à la suite de cette opération un abcès énorme. La malade était enceinte; elle finit par guérir complètement.

Observation VII. — Femme atteinte de blépharite ciliaire pendant l'état de grossesse. Elle fut prise de phlegmon des paupières. Elle guérit après l'ouverture du phlegmon.

Observation VIII. — Femme de vingt-cinq ans, ayant une fistule vésico-vaginale depuis quatorze mois, à la suite d'un accouchement laborieux. En touchant la malade, M. Verneuil constata que le doigt était arrêté, à 4 centimètres de la vulve, par un rétrécissement. Il fallut donc dilater. La malade accusa bientôt après de la douleur, puis survint un gonflement œdémateux de la vulve et des ulcérations au périnée. Ces accidents durèrent trois semaines. Lorsqu'ils eurent cessé, M. Verneuil déchira de nouveau le rétrécissement, qui s'était reproduit, et fit l'avivement des bords de la fistule; cinq points de suture furent appliqués. Au bout de quelques jours, une hémorragie utérine, attribuée aux règles, apparut, et six jours après l'opération la malade rendit un œuf de deux mois. La grossesse n'avait été soupçonnée ni par la femme, ni par le chirurgien. L'opération fut suivie de succès. Elle exerça une influence fâcheuse sur la grossesse, mais la grossesse n'empêcha pas le succès de l'opération.

Observation IX. — Dans le dernier numéro des Archives de Médecine, on trouve l'observation d'une femme qui fut atteinte, vers le troisième mois de la grossesse, d'esthiomène de la vulve. Aucun traitement ne put faire disparaître cette maladie, qui cessa à la suite de l'accouchement.

Observation X. — En 1858, remplaçant Ph. Boyer à l'Hôtel-Dieu, M. Verneuil trouva dans le service une femme enceinte qui avait un chancre mou sur la lisière du périnée et de la fourchette. L'ulcération fit en peu de temps des progrès qui rien ne put arrêter; elle occupait la vulve, l'anus, les fesses et le périnée. La malade mourut d'épuisement vers le sixième ou le septième mois de la grossesse, qui se termina, peu de temps avant la mort, par un avortement. Dans ce cas, n'y a-t-il pas indication de provoquer l'avortement?

Chez des femmes enceintes, on a vu souvent des maladies graves persister avec opiniâtreté en dépit des traitements les plus rationnels, et soudainement guérir ou être améliorées à la suite de l'accouchement ou de l'avortement. M. Verneuil insiste sur l'utilité qu'il y aurait, suivant lui, à étudier les rapports de la grossesse avec les maladies chirurgicales, au lieu de ne voir, comme on l'a fait jusqu'ici, que le point de vue trop restreint des relations de la grossesse avec les opérations de la chirurgie.

— M. Bergson lit deux observations: 1^o extraction d'un corps étranger (os de porc) de l'œsophage; 2^o ablation d'un polype naso-pharyngien avec la tenette courbe employée pour l'extraction de la pierre. (Renvoyées à l'examen d'une commission composée de MM. Cruveilhier, Polaillon et Lucas-Championnière.)

Société de biologie.

SÉANCE DU 20 MAI 1876. — PRÉSIDENTE DE M. LABORDE.

RECHERCHES SUR LA SENSIBILITÉ: M. CHARLES RICHEL. — ŒUFS DE BATTIENS ANOURES: M. LATASE. — TERMINAISONS NERVEUSES DANS LA TROMPE DES MOUCHES: M. KUNKEL. — ÉTUDE SUR L'ACCOUCHEMENT À LA CHALEUR: M. PAUL BÉRIE.

M. Charles Richet a fait une série d'expériences destinées à déterminer les principaux phénomènes de la sensibilité. Le sang est nécessaire à la vie du nerf; mais la mort du

nerf par anémie n'est pas également rapide chez tous les animaux. Chez les animaux à sang froid, tels que les grenouilles, il faut sept à huit heures pour que la mort du nerf se produise. Dans ce cas, le nerf sensible meurt avant le nerf moteur, et l'électricité est l'excitant qui agit le plus activement sur le nerf alors que tous les autres modes d'excitation ne provoquent plus rien. Le procédé opératoire est des plus simples. Il faut faire la section complète d'une patte de grenouille en ne lui conservant que son nerf sciatique. Pour se rendre exactement compte de l'état de la sensibilité, il est bon d'empoisonner l'animal avec la strychnine, qui surexcite l'action réflexe. Le plus léger atouchement de la peau provoque un tétanos généralisé. Toutefois, toutes les sensibilités ne sont pas révélées par ce procédé. En effet, tandis que le plus léger ébranlement de la patte provoque le tétanos de tout le corps, le choc du nerf, ainsi que Volkmann l'avait déjà noté, ne produit que peu de chose. On peut même brûler le nerf avec un fer rouge qu'on approche lentement, et l'on n'obtient aucune contraction dans les muscles.

M. Richet a essayé sur des grenouilles préparées de la sorte l'action de l'électricité, et il a vu : 1° qu'avec des excitants de faible intensité la sensibilité n'aît en croissant; 2° qu'avec des excitants de moyenne intensité elle subissait des périodes d'augmentation et de décroissance; 3° qu'avec des excitants forts la sensibilité allait en décroissant.

La confirmation de ces trois propositions est facile à donner par des expériences sur l'homme sain. Une pression modérée finit par devenir intolérable; l'électrisation par les pointes, d'abord bien supportée, ne tarde pas à devenir extrêmement douloureuse. Au contraire, si l'on emploie au début des courants très-forts, on éprouve la sensibilité des nerfs et ils finissent par être très-bien tolérés.

Sur les nerfs moteurs de la grenouille on ne voit rien qui puisse être considéré comme identique; mais sur les nerfs moteurs de la patte de l'écrevisse on obtient les mêmes phénomènes pour la motricité des nerfs que pour la sensibilité, à savoir: décroissance avec des excitants forts, oscillation avec des excitants moyens, augmentation avec des excitants faibles.

— M. Lataste lit une note sur la structure des œufs des batraciens anoures.

— M. Kunkel fait une communication sur les terminaisons des nerfs dans la trompe des mouches.

— M. Paul Bert fait une communication très-intéressante au point de vue de la physiologie générale: il s'agit de l'influence des changements de température sur les animaux à sang froid.

M. Claude Bernard avait dit que les animaux à sang froid tués par la chaleur meurent par arrêt de la contractilité musculaire. Depuis, plusieurs physiologistes, et M. P. Bert tout le premier, ont prétendu qu'il s'agissait alors de la mort par le système nerveux central. Des expériences nombreuses avaient même permis de fixer les limites au delà desquelles les poissons, par exemple, mouraient toujours. On avait étudié les phénomènes qui se produisent alors, et l'on croyait cette question définitivement jugée; or, il n'en est pas ainsi.

Des expériences nouvelles ont permis à M. Bert de préciser les faits suivants:

Un poisson, vivant dans l'eau à 22 degrés, est transporté brusquement dans de l'eau à 29 degrés: il meurt aussitôt. Est-ce à dire, comme on le croyait, qu'un poisson ne peut supporter une température supérieure à 29 degrés? Pas du tout, car si au lieu de cette transition brusque on chauffe l'eau progressivement, l'animal ne meurt que vers 34 degrés. De même, un poisson transporté brusquement de l'eau à 30 degrés dans de l'eau à 10 degrés meurt brusquement, et cependant on sait que cette dernière température est celle à laquelle les poissons vivent ordinairement. Ce n'est donc pas la température élevée, mais le changement brusque qui dans

les expériences anciennes tuait ces animaux. C'est là un point fort important, car il montre que la mort par changement brusque est due à une sorte de choc sur la moelle allongée, tandis que la mort par température élevée c'est d'abord la mort des muscles.

Un autre fait digne d'intérêt c'est que la température, qui chez les animaux à sang chaud et chez certains invertébrés est propre à entretenir la vie, tue les éléments anatomiques de certains autres animaux à sang froid. Ainsi certaines larves introduites dans un tube de métal et placées dans le rectum d'un chien, meurent, tandis que des larves très-voisines vivent et se développent dans le tube digestif. L'ascaride lombricoïde a sa demeure régulière dans l'intestin grêle, et le ver de terre introduit dans le rectum y meurt en quelques minutes. Certaines variétés de sangsues meurent dans les mêmes conditions. Toutefois, M. Paul Bert fait observer qu'il n'a jamais fait l'expérience avec la sangsue médicinale. Peut-être ne succomberait-elle pas, puisque chaque jour on en introduit dans le vagin dans un but thérapeutique, qu'elles y restent une demi-heure et même plus et sortent vivantes.

H. GHOUPPE.

REVUE DES JOURNAUX

Sur un prétendu réactif nouveau de la bile dans l'urine, par M. le professeur A. GUBLER.

On avait prétendu que le violet de méthylaniline est un réactif des matières colorantes de la bile bien supérieur à l'acide nitrique lui-même; M. Gubler a fait de nombreuses expériences qui l'ont conduit à penser qu'il y avait dans cette manière de voir une interprétation erronée des faits.

Voici le résumé des résultats obtenus par M. Gubler:

Toute urine fortement colorée et riche en principes immédiats est capable de produire dans le violet de méthylaniline une altération qui se traduit aussitôt par un changement de coloration. La couleur rouge-cerise du mélange, phénomène banal, n'est donc pas de nature à pouvoir faire reconnaître la présence du pigment biliaire.

Le changement de coloration du violet de méthylaniline au contact de l'urine n'est pas simplement le résultat de l'absorption des rayons bleus et jaunes, ou plutôt tout ne se réduit pas à ce phénomène purement physique.

En même temps que la matière tinctoriale subit, du moins partiellement, une métamorphose chimique en rapport avec une modification de composition ou de structure moléculaire, elle se partage en une matière soluble dans l'éther et une matière qui reste insoluble comme le violet de méthylaniline lui-même avant toute transformation.

Outre la solubilité dans l'éther, cette modification du violet de méthylaniline présente avec l'indigo urinaire un autre trait de ressemblance, à savoir: la résistance aux effets destructeurs de l'acide nitreux. Elle se distingue en même temps par là du violet de méthylaniline typique ainsi que de l'indigo proprement dit, et en un mot de toutes les couleurs bleues végétales.

Une telle similitude entre la forme nouvelle communiquée au violet de méthylaniline et le pigment bleu indigo que l'acide nitrique fait apparaître dans les urines de certaines maladies de mauvais caractère, justifie le rapprochement établi par M. Gubler depuis longtemps entre l'indigo urinaire et la série des matières colorantes obtenues par la distillation de la houille.

Nous avons reproduit ces conclusions pour que le clinicien, bien au courant de ces changements et fort de l'autorité de M. Gubler, ne se laisse, lui, induire en erreur et n'attribue pas à la présence de la bile des caractères de l'urine qui lui sont complètement étrangers. (*Journal de pharmacie et de chimie*, t. XXIII, p. 292.)

Cas de rage humaine traitée par le jaborandi. Lésions de la protubérance et du bulbe, par M. BALZER.

Une femme de 38 ans, soignée par M. Duguet, a pris sans succès plusieurs lavements de décoction de jaborandi : les sueurs et la salivation ont paru comme à l'état normal. On a trouvé à l'autopsie une accumulation considérable de leucocytes dans les gaines lymphatiques périvasculaires de la protubérance et du bulbe, surtout au niveau du plancher du quatrième ventricule, près du bec du calamus scriptorius. (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1875, 3^e série, t. X, p. 267.)

Tumeur de la protubérance annulaire ; hémiplegie avec hémianesthésie, par MAROT.

Le travail paru récemment dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE sur l'hémianesthésie d'origine cérébrale (voy. *Gaz. hebdom.*, n° 10, p. 146, 1876) nous fait un devoir de faire connaître le cas suivant, qui montre combien de difficultés entourent encore cette importante question.

Il s'agit d'une femme de quarante ans, dont les antécédents sont mal connus ; elle entra à l'hôpital le 1^{er} janvier 1875, avec les phénomènes suivants : état à demi comateux, intelligence affaiblie, diplopie (strabisme convergent de l'œil droit), perte de l'ouïe à droite sans maladie antérieure de l'oreille ; ce symptôme fut du reste transitoire ; mal de Pott ancien et guéri, avec cyphose (région dorsale supérieure). Abcès froids sous-pectoral à droite. Bientôt après affaiblissement des membres du côté droit, hémiplegie faciale incomplète. Vers la fin de janvier, céphalalgie occipito-frontale vive, très-pénible ; douleurs sur le trajet des membres. A la même époque, la malade indique spontanément des phénomènes d'anesthésie, la perte de l'ouïe à droite n'existe plus. L'examen de la sensibilité a été fait avec soin et à plusieurs reprises jusqu'au 10 mars, date de la mort. Il existe une anesthésie complète aussi bien à la douleur et à la température qu'au simple contact, dans les membres du côté gauche ; la disparition de la sensibilité est moins absolue dans la moitié gauche du tronc et du cou, sensibilité à peine diminuée à la face. Les sens spéciaux n'offrent aucune modification.

A l'autopsie, on trouve les altérations encéphaliques suivantes : on constate l'existence de deux tumeurs de volume inégal. La première, petite, est située assez superficiellement près de la face convexe de l'hémisphère droit. La seconde, plus considérable, dans l'épaisseur de la moitié droite de la protubérance, fait saillie dans le quatrième ventricule. La partie droite de la protubérance est plus volumineuse que la gauche, le plancher du quatrième ventricule est également déjeté à gauche, les corps restiformes et le sillon médian ayant conservé leurs rapports. Cette masse est comprise entre le pédoncule cérébelleux inférieur déjeté en dehors, le pédoncule cérébelleux moyen également en dehors et en haut, et le corps restiforme droit rejeté à gauche et comprimé. Cette tumeur est irrégulièrement sphérique, 2 centimètres de diamètre, elle refoule la substance nerveuse ; elle s'étend en avant jusqu'au sillon antérieur, et si elle ne paraît pas dans le quatrième ventricule, elle n'en est séparée que par une très-mince épaisseur de substance nerveuse. Le pédoncule cérébral droit est en partie variable.

Cette observation montre d'une manière évidente que dans certains cas il est absolument impossible de savoir par l'examen seul du symptôme, si l'anesthésie est due à une lésion cérébrale ou à une altération de la moelle allongée. L'état des sens pouvait seul mettre sur la voie. (*Bulletin de la Soc. anat.*, 1875, p. 189.)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons cliniques sur les affections de la peau, professées à l'hôpital Saint-Louis par le docteur E. GUIBOUT. — Paris, 1876, G. Masson.

Pendant ces dernières années, M. le docteur Guibout a fait à l'hôpital Saint-Louis une série de leçons cliniques qu'il vient de publier, et dont nous devons essayer de donner une analyse.

Nous pouvons diviser cet ouvrage en trois parties :

Dans la première, l'auteur, à l'exemple de M. Bazin, insiste sur la nécessité qu'est le médecin, en présence d'une affection de la peau, de résoudre le triple problème suivant : Quelle est la lésion élémentaire de l'affection ? Quelle est l'affection générale ? Quelle est la maladie dont cette affection est la manifestation ?

Comme son éminent prédécesseur, M. Guibout reconnaît avec justesse que les affections de la peau sont les manifestations de maladies telles que des fièvres ; des maladies constitutionnelles : scrofule, dartre, syphilis ; des diathèses, etc., ou le résultat de l'action de causes extérieures, telles que le contact d'agents irritants, l'existence de parasites. C'est là évidemment la seule manière de comprendre les affections de la peau, et nous n'avons qu'à féliciter notre confrère d'avoir adopté ces idées générales.

Ensuite M. le docteur Guibout donne deux classifications des affections de la peau. La première est une classification des affections de la peau suivant leurs lésions anatomiques.

M. Guibout admet huit ordres de lésions élémentaires de la peau : des vésicules, des bulles, des pustules, des papules, des tubercules, des squames, des ulcérations, des colorations ; et il ajoute les croûtes et les cicatrices, conséquences de quelques-unes des lésions précédentes.

Après cette énumération il décrit les lésions élémentaires.

La seconde classification est une classification selon les caractères de sécrétion ou de non-sécrétion.

« Lorsqu'on examine d'une vue d'ensemble les affections de la peau, dit-il, on est frappé de ce fait que les unes sont le siège d'un travail de sécrétion et que les autres ne présentent pas ce travail : de là la division des affections de la peau en deux grandes catégories. » Telle est la première partie. Nous y reviendrons dans un instant.

Dans la seconde partie, M. le docteur Guibout trace l'histoire des affections génériques de la peau, du psoriasis, de l'eczéma, de l'impétigo, de l'ecthyma, de l'acné, etc., etc.

Toutes ces affections sont décrites avec soin, et l'auteur donne successivement pour chacune d'elles les caractères du genre, ses variétés de forme, de siège..., sa marche, sa durée, sa terminaison, sa nature, son diagnostic, son pronostic et son traitement.

Dans la troisième partie enfin, M. Guibout trace les caractères des scrofules, consacre un chapitre à l'évolution de la syphilis, et spécialement à la syphilis maligne galopante ; fait ensuite une étude comparative de la dartre, de la scrofule et de la syphilis ; montre quelle est l'influence des affections de la peau sur la santé générale et réciproquement ; termine enfin l'ouvrage par des considérations sur le traitement externe, et sur le traitement interne des dermatoses.

Tel est l'ouvrage de M. le docteur Guibout. Il est l'expression nette et précise des idées que l'observation a conduit M. Guibout à admettre. Il ne faut pas y chercher érudition, discussion approfondie des opinions en litige ; non : M. Guibout, s'adressant à des élèves, traçait l'histoire des affections de la peau de façon à se faire bien comprendre, et indiquait simplement sa manière de voir à leur sujet, le traitement qu'il employait.

J'ajouterai que son livre est écrit avec élégance et clarté et qu'on le lit avec beaucoup de facilité ; qu'éèves et médecins

et trouveront de bonnes descriptions des affections, des considérations très-intéressantes et très-judicieuses sur beaucoup de points.

Mais l'analyse d'un livre de médecine, et spécialement d'un ouvrage sur les affections de la peau, ne doit pas consister simplement dans un aperçu général des matières qui y sont contenues; elle doit encore, elle doit surtout énoncer l'idée générale, la doctrine qui y est professée. Or, en dermatologie il y a deux grandes questions au sujet desquelles les médecins sont divisés : la question de classification, la question de nature des affections. Nous avons vu que M. Guibout admettait deux classifications des affections de la peau, une classification des affections selon la lésion élémentaire, une classification selon l'absence ou l'existence d'un processus de sécrétion. La première classification est admise par tous les dermatologistes. Il ne peut en être autrement. Il est bien évident, en effet, qu'en présence d'une affection de la peau et pour établir le diagnostic, il faut d'abord rechercher quelle est la lésion élémentaire; quand nous avons reconnu que la lésion élémentaire est une vésicule, par exemple, nous savons que l'affection doit être un herpès, un eczéma, la miliaire ou la varicelle, et nous n'avons plus qu'à rechercher quels sont les caractères des vésicules pour savoir quelle est l'affection dont il s'agit.

M. le docteur Guibout a donc raison d'établir une classification des lésions élémentaires; nous regrettons seulement qu'il ait cru devoir appeler l'ordre des taches : ordre des colorations. La plupart des lésions élémentaires de la peau sont colorées. Le tubercule du lupus, le bouton d'acné, la pustule de variole, les squames du psoriasis, etc., sont colorés, et cependant ce ne sont pas des taches. Il y a toujours désavantage à changer une expression usitée, mais cela est surtout vrai lorsqu'on crée un mot qui répond moins à la chose que l'on veut indiquer que celui généralement admis.

Il semblait naturel que M. Guibout, après avoir établi cette classification des lésions élémentaires, adoptât une classification des maladies et divisât les affections de la peau en deux grandes classes : affections de cause externe et affections de cause interne. Cela semblait d'autant plus naturel que M. Guibout avait écrit dans les premières pages de son livre que dans la pratique des affections de la peau il fallait déterminer trois points essentiels : la lésion élémentaire, l'affection générique et LA NATURE de cette affection. Eh bien, non. M. Guibout divise les affections de la peau en affections sécrétantes et en affections non sécrétantes.

Nous regrettons qu'ayant adopté au début des principes si justes il n'ait pas suivi jusqu'au bout la ligne primitivement acceptée. Avant tout, une classification doit être naturelle et rapprocher les unes des autres les affections semblables. Or, dans la classification de M. Guibout se trouvent placés les unes à côté des autres des maladies, des affections, des difformités, etc. : dans la classe des affections sécrétantes existe une fièvre : la variole; une affection : l'eczéma, qui tantôt est due à des irritants, des parasites, tantôt est la manifestation de l'herpès, etc. Dans la classe des affections non sécrétantes existent la rougeole, une fièvre; les taches pigmentaires et hématisées, le lichen et le prurigo, etc., qui n'ont aucune relation entre eux. M. Guibout pouvait, dans le chapitre consacré au traitement externe, insister sur les différences de moyens locaux que l'on doit mettre en usage dans les affections sécrétantes humides et dans les affections sèches; mais nous ne pouvons accepter l'utilité d'une classification fondée sur la base qu'il a adoptée, et nous sommes bien certain que notre confrère, médecin observateur, renoncera à cette classification, la remplacera par celle que lui indiquent naturellement ses idées générales et divisera les affections cutanées en affections de cause externe et affections de cause interne.

M. le docteur Guibout professe que les affections de la peau peuvent être des manifestations de la scrofule, de la dartre ou herpétique, de la syphilis; mais il rejette complètement les arthritides, c'est-à-dire les affections dépendant du rhuma-

tisme ou de la goutte. Ici encore nous sommes obligés d'être en désaccord avec notre confrère, et nous croyons utile de démontrer en peu de mots l'existence d'affections dépendantes du rhumatisme et de la goutte,

En 1862, M. le docteur Ferrand a soutenu sa thèse sur le sujet suivant : *Des exanthèmes du rhumatisme*, et voici les assertions qu'il émet page 12 :

« La peau, sous l'influence du rhumatisme, peut devenir le siège de manifestations qui se rangent sous les trois chefs suivants : 1° Ou bien elles sont un résultat de la fluxion articulaire : rougeur diffuse de la peau des articulations atteintes dans le rhumatisme articulaire aigu. 2° Ou elles constituent des affections cutanées aiguës qui appartiennent au rhumatisme au même titre que l'affection articulaire. 3° Enfin viennent les arthritides proprement dites, affections chroniques de la peau qui sont des manifestations de l'affection constitutionnelle rhumatismale. »

Voilà ce que dit M. Ferrand. Voyons les preuves qu'il donne à l'appui de son opinion.

Je ne parlerai pas de la rougeur diffuse de la peau qui existe au niveau des articulations douloureuses dans le rhumatisme articulaire aigu; elle n'a point d'importance dans le sujet qui nous occupe; mais je dois insister sur les affections cutanées aiguës ou chroniques survenant chez les rhumatisants. Or, l'observation V a trait à un homme âgé de quarante-quatre ans atteint de rhumatisme articulaire aigu, qu'on l'a traité par le sulfate de quinine et qui, au décours de l'affection articulaire (vingt-cinquième jour), est atteint d'érythème circiné.

Observation VII. Erythème non veux existant chez une enfant de six ans et demi atteinte de douleurs rhumatismales du coude gauche et du genou droit, de fièvre, etc.

Observation VIII. Erythème nouveau chez un jeune homme de seize ans. Il dure huit jours, et alors apparaît un rhumatisme articulaire aigu.

Observation X. Deuxième attaque de rhumatisme articulaire aigu chez un jeune homme de vingt-neuf ans. Eruption d'urticaire dans le cours du rhumatisme.

Chez un autre malade, l'urticaire fit disparaître les douleurs, qui reparurent quatre jours après à la cessation de l'urticaire.

L'observation X ter est aussi un bel exemple de rhumatisme articulaire aigu dans lequel une éruption (roséole ou urticaire) alterne avec les douleurs articulaires.

Dans la XVII^e observation c'est la miliaire blanche que l'on observe dans le rhumatisme.

Dans une autre observation on voit un zona apparaître chez un individu ayant eu des douleurs articulaires.

Un malade âgé de cinquante-huit ans présente un rhumatisme articulaire aigu qui dure soixante jours; il est atteint ensuite d'eczéma et est traité à Saint-Louis par M. Bazin. Puis il présente un zona, et trois ans après ce zona une éruption aiguë, probablement un urticaire.

Ainsi M. le docteur Ferrand a observé, dans le cours du rhumatisme, des affections cutanées aiguës ou chroniques : des érythèmes, de la roséole, de l'urticaire, de la miliaire, de l'eczéma, et il place toutes ces affections sous la dépendance de cette maladie.

Si maintenant nous ouvrons les ouvrages anciens ou modernes, nous lisons que Musgravo a observé un malade né de parents gouteux, affecté lui-même de la goutte et d'un *eczéma qui alternait avec les attaques de goutte*; que Musgravo a observé une famille née de parents gouteux qui avait des enfants affectés d'eczémas secs et limités aux oreilles; que Ludwig a observé un homme né d'un père gouteux et gouteux lui-même, qui fut tourmenté par une éruption cutanée eczémateuse; que Lorry a traité un homme de lettres qui, après avoir souffert de la goutte, fut affecté d'un eczéma des membres et que la goutte fut absente pendant toute la durée de l'eczéma. Willan signale la coexistence de la goutte et du psoriasis palmaire. Alibert, Rayet, Gintrac citent des observa-

tions semblables. M. le docteur Pidoux, dans ses *ÉTUDES SUR LA PHTHISIE*, écrit que beaucoup de gouteux ou de personnes nées de parents gouteux sont atteints d'arthritides, c'est-à-dire d'affections cutanées plus ou moins marquées, généralement peu intenses et peu étendues : eczéma sec, acné rosacea, pityriasis, psoriasis. Garrod, dans son *TRAITÉ SUR LA GOUTTE*, indique aussi la coexistence des affections de la peau et de la goutte. Ainsi il existe manifestement des affections de la peau survenant chez les rhumatisants et les gouteux.

Mais les adversaires de l'arthritisme auxquels on cite ces faits nous disent : Nous ne nous pas que l'on observe des affections de la peau chez les rhumatisants et les gouteux, seulement nous pensons que ces affections sont des *dartres, des herpétides modifiées par la constitution du sujet*.

Voilà l'objection. Il me semble facile d'y répondre. Lorsque dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu survient une endocardite, une péricardite, on rattache ces deux affections au rhumatisme. Or, pourquoi veut-on séparer du rhumatisme l'érythème noueux, l'urticaire, la roséole survenant dans le cours de cette maladie? N'y a-t-il pas dans cette manière de faire une absence de logique? Si vous admettez une péricardite rhumatisale, vous devez naturellement admettre un érythème, une roséole, un urticaire rhumatismal!

Mais prenons les affections chroniques, l'eczéma, par exemple. Voici un eczéma survenant chez un rhumatisant ou un gouteux, alternant avec les attaques de rhumatisme ou de goutte; voici d'autre part une bronchite alternant avec les accès de goutte ou de rhumatisme : on accepte la bronchite comme une manifestation gouteuse, et l'on ne veut pas que l'eczéma, qui alterne aussi avec la goutte, soit de même nature.

D'autre part, cet eczéma présentant des caractères tout différents de ceux de l'eczéma dartreux, ne doit-il pas être d'une autre nature? Pour expliquer cette différence de caractères, on nous dit que les dartres, que l'eczéma dartreux survenant chez un rhumatisant ou un gouteux sont modifiés par la constitution rhumatisale ou gouteuse du malade. Mais si la constitution d'un malade modifie une éruption dartreuse, elle doit aussi modifier une éruption d'une autre nature. Or, les rhumatisants et les gouteux sont, comme les autres hommes, sujets à la syphilis : voyons-nous la constitution du malade modifier les syphilides? Nullement. Les syphilides présentent les mêmes caractères, qu'elles surviennent chez un gouteux ou chez un autre individu.

Pourquoi donc les dartres apparaissent-elles chez un gouteux seraient-elles modifiées? La nature aurait-elle deux manières d'agir?

Non; et si les affections cutanées des rhumatisants sont différentes des dartres, c'est parce que ce ne sont pas des dartres.

On nous dit aussi : Vous guérissez les affections arthritiques en donnant des alcalins, parce que vous modifiez la constitution rhumatisale ou gouteuse.

Mais quand une syphilide existe chez un rhumatisant ou un gouteux, si l'on donne du bicarbonate de soude on modifie la constitution, et cependant on ne guérit pas le malade; pour obtenir la disparition de l'éruption, il faut donner le mercure seul ou associé à l'iode de potassium.

Si donc les alcalins conviennent aux éruptions cutanées des rhumatisants et des gouteux, c'est parce qu'elles sont des dépendances du rhumatisme et de la goutte.

Je termine en espérant que M. le docteur Guibout se ralliera aux idées que je viens d'émettre, et alors je serai heureux de n'avoir que des éloges à lui donner.

D. E. BAUDOT.

Index bibliographique.

DICTIONNAIRE ANNUEL DES PROGRÈS DES SCIENCES ET DES INSTITUTIONS MÉDICALES, par M. GARNIER. — Paris, 1875, Germer Baillière.

Cette publication annuelle compte sa onzième année; elle offre un avantage pour ceux qui veulent revoir rapidement les travaux de l'année. Elle pourrait être plus étendue si elle de voit comprendre les travaux de physiologie et d'anatomie pathologique, mais elle est plutôt rédigée à un point de vue pratique. M. Garnier signale d'ailleurs avec exactitude les sources auxquelles il a puisé.

COMPTES RENDUS DU ONZIÈME CONGRÈS ANNUEL DE LA SOCIÉTÉ OPHTHALMOLOGIQUE. 359 pages. — New-York, 1876, W. Wood.

LES TRANSACTIONS OF THE AMERICAN OPHTHALMOLOGICAL SOCIETY constituent un compte rendu du onzième meeting de la Société des ophtalmologistes américains qui s'est tenu l'année passée en juillet à Newport. Parmi les travaux présentés, nous signalerons les suivants : UN CAS DE NYSTAGMUS AVEC STRABISME CONVERGENT GUÉRI PAR UNE DOUPLE MYOTOMIE, par le docteur Pameray; UN CAS DE GUÉRISON SPONTANÉE D'ÉPANGÈMENT SOUS-RÉTINIEN AVEC ANALYSE DE 21 CAS DE LA MÊME MALADIE, par D. Webster; QUATRE CAS DE STRABISME AVEC RÉTRACTION MUSCULAIRE OPÉRÉS PAR MYOTOMIE, par le docteur Witsam; OBSERVATION DE CORPS ÉTRANGERS DE LA SCLÉROTIQUE REMARQUABLES PAR LA DURÉE DE LEUR SÉJOUR, par le docteur Steuwwig; EXTRACTION D'UN CORPS ÉTRANGER DE LA RÉTINE A L'AIDE DE L'OPHTHALMOSCOPE, par le docteur Stewens. Cette opération offre des détails curieux. C'est avec l'examen ophtalmoscopique qu'on put découvrir le corps étranger, une paille de fer. On fit une première ponction à la sclérotique avec une aiguille en même temps que l'examen ophtalmoscopique permettait de faire cette piqûre au niveau du corps étranger, puis on fit au niveau de cette piqûre une incision de quelques millimètres qui permit l'extraction du corps étranger. Nous citerons encore les communications de W. Thomson sur les rapports de l'astigmatisme avec le staphylome postérieur, de J. Hay sur le pouvoir réfractif des lentilles plano-cylindriques; un cas de surdité et de perte de la vue subite causées par un *tania*, par le docteur W. Williams; un cas d'anévrysme par anastomose de l'orbite, par le docteur Harlan. Cette observation est accompagnée de l'analyse de quatorze faits de tumeurs pulsatiles de l'orbite, dont le grand nombre est connu, mais dont le dernier est inédit. Des communications cliniques de J. Green, Thomson, Wadsworth, Kay, Eno (glandes de la rétine), J. Deen, Noyes terminent cet intéressant volume, qui est orné de plusieurs planches, d'un portrait et d'un éloge d'Edward Delafield, le président regretté du précédent congrès. Le meeting de 1877 aura lieu à Put in Bay, sous la présidence du docteur C. Agnew (de New-York), G. Hay (de Boston), vice-président.

VARIÉTÉS

ÉLECTIONS. MM. VULPIAN ET LE FORT. — M. le professeur Vulpian, doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, a été élu mardi dernier membre de l'Académie des sciences, en remplacement de M. Andral. Les candidats étaient MM. Barth, Davaine, Gubler, Marey, Piorry et Vulpian; au second tour, qui a décidé l'élection, ce dernier a obtenu 33 voix contre 24 données à M. Marey.

A l'Académie de médecine, c'est M. le professeur L. LeFort qui a été élu, mardi dernier, membre de la section de pathologie chirurgicale (voy. le compte rendu de la séance).

Voilà donc M. Vulpian arrivé bien jeune encore (il a été reçu docteur en 1853) au sommet des positions médicales, et M. LeFort, reçu en 1858, a déjà franchi bien des degrés. Nous sera-t-il permis de rappeler que tous deux se sont envolés (ce souvenir d'aigle n'est pas sans à-propos) du nid de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, qui a eu d'ailleurs la joie de couvrir bon nombre de renommées médicales : Verneuil, Broca, Charcot, Jaccoud et d'autres encore. N'est-il pas na-

tuel que la GAZETTE tiennne un peu pour siens tous les parchemins de ses collaborateurs, de ceux surtout qui ont contribué à la fonder?

ASSISTANCE PUBLIQUE. — M. Vulpian, doyen de la Faculté de médecine de Paris, est nommé membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, en remplacement de M. Wurtz.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — Un concours pour l'emploi de chef des travaux chimiques est ouvert à l'École de médecine et de pharmacie de Toulouse, pour le 16 octobre 1876.

ÉTUDIANTS EN MÉDECINE EN ITALIE. — D'après le *Bulletin officiel de l'instruction publique*, il y a en Italie 2802 étudiants inscrits cette année dans les diverses écoles de médecine. L'école de médecine de Naples tient le premier rang avec 991 étudiants; viennent ensuite celles de Turin, 361 étudiants; Padoue, 251; Pavie, 250; Bologne, 176; Rome, 157; Gènes, 128; Pise, 104; Modène, 78; Sienna, 60; Parme, 61; Palerme, 60, etc.

NÉCROLOGIE. — Un médecin anglais, très-connu par ses écrits, M. André Wynter, vient de mourir à Chiswick, à l'âge de cinquante-six ans. Après avoir fait d'excellentes études à l'École de médecine de Saint-Georges, il fut reçu membre du Collège des médecins, en 1861. Il a dirigé pendant quinze années la publication du *British medical journal* jusqu'à l'époque où la direction de ce journal a passé entre les mains de M. Hart.

L'ASSOCIATION MÉDICALE ANGLAISE. CONGRÈS ANNUEL DE 1876. — Nous avons plusieurs fois annoncé à nos lecteurs que le congrès annuel de cette association aurait lieu cette année, à Brighton, sous la présidence de sir Cordy Burrows. Quelques événements imprévus et regrettables, parmi lesquels il nous suffira de citer la mort de M. Burrows, sont venus modifier les projets de la Société anglaise, qui vient de décider, dans la dernière assemblée générale, que le meeting de 1876 aura lieu à Sheffield dans le Yorkshire. Nous ferons connaître ultérieurement le programme de cette fête scientifique, à laquelle sont conviés les médecins de tous les pays. Le congrès s'ouvrira le 4 août, sous la présidence du docteur de Bartolomé.

PESTE. — *Le Times* publie les dépêches suivantes. « Calcutta, 14 mai : Le bruit se répand que la peste a fait son apparition à Mascate. Que ce bruit soit fondé ou non, toujours est-il que la maladie fait de grands ravages à Bagdad, et il y a des raisons de craindre qu'elle ne gagne l'Inde. Bombay est le point le plus exposé, car il fait un grand commerce avec les ports du golfe Persique; mais il y a aussi du danger pour Calcutta. Les règlements les plus sévères ont été adoptés relativement à la quarantaine, imposée pour les navires infectés. »

— Une dépêche de Téhéran, en date du 17 mai, dit l'*Union médicale*, nous apprend que la peste a fait son apparition à Chuster. Le gouvernement persan a désigné trois médecins pour se rendre sur les lieux.

MISSION MÉDICALE DANS LE MONTÉNEGRO. — L'Hour annonce que le gouvernement russe vient d'allouer un supplément de subvention considérable à la mission médicale envoyée dans le Monténégro il y a quelques mois. Le personnel des chirurgiens, ainsi que celui des aides, a été également augmenté, et M. Paniutine a été nommé chef de la mission en remplacement de M. Vassilchikoff, qui a donné sa démission.

ERRATUM. — Dans le mémoire de M. Bouillon-Lagrange sur la curabilité des embolies, faire les corrections suivantes :

Première partie. — Page 150, 2^e colonne, ligne 43^e : Wecker, et non Weber.

Deuxième partie. — Page 182, 1^{re} colonne, ligne 6^e : et EN conclut, et non l'on. — Page 182, 2^e colonne, ligne 45^e : branches, et non bronches.

Troisième partie. — Page 229, 1^{re} colonne, ligne 61^e : Sucquet, et non Jusquet. — Page 230, 1^{re} colonne, ligne 25^e : pleurésie hémétique, et non traumatique. — Page 230, 2^e colonne, ligne 22^e : Méissner. — Page 230, 2^e colonne, ligne 51^e : E. Cyon, et non Lijon.

État sanitaire de Paris :

Du 12 au 18 mai 1876, on a constaté 966 décès, savoir :

Variole, 11. — Rougeole, 23. — Scarlatine, 3. — Fièvre typhoïde, 13. — Erysipèle, 11. — Bronchite aiguë, 36. — Pneumonie, 79. — Dysentérie, 1. — Diarrhée cholériforme des enfants, 5. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 1. — Angine couenneuse, 13. — Croup, 22. — Affections puerpérales, 7. — Autres affections aiguës, 247. — Affections chroniques, 425, dont 174 dus à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 52. — Causes accidentelles, 17.

SOMMAIRE. — PARIS. Le commerce de la boucherie. Nécessité d'une surveillance plus efficace. — Académie de médecine : La colique sèche des pays chauds. — TRAVAUX ORDINAIRE. Physiologie expérimentale : Analyse de quelques phécombes vasculaires déterminés chez l'homme par l'excitation des nerfs vaso-moteurs. — CORRESPONDANCE. Tumeur du sième-matérielle chez un nouveau-né. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — REVUE DES JOURNAUX. Sur un prétendu réactif nouveau de la bile dans l'urine. — Cas de rage humaine traité par le jaborandi. Tumeur de la protubérance anale. — BIBLIOGRAPHIE. Leçons cliniques sur les affections de la peau. — Index bibliographique. — VARIÉTÉS. — FEUILLETON. La science arabe en Occident.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité de médecine de A.-C. Celse, traduction nouvelle avec texte latin, commentaires, tables explicatives, par le docteur Vélrènes, avec une préface par le professeur Broca. 1 beau vol. grand in-8, avec figures dans le texte et 14 planches représentent 110 figures d'instruments de chirurgie antique. Paris, G. Masson. 16 fr.

Recherches sur l'anatomie pathologique et la nature de la paralysie générale, par les docteurs Henri Bounet et Poincaré. 2^e édit. 1 vol. grand in-8, avec 23 planches en couleur. Paris, G. Masson. 22 fr.

Étude sur la mélancolie. Des troubles de la sensibilité générale chez les mélancoliques, par le docteur J. Christian. 1 vol. in-8 de 224 pages. Paris, G. Masson. 4 fr.

De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique, recherches cliniques et expérimentales, par le docteur P. Budin. Gr. in-8 avec 10 figures sur bois intercalées dans le texte et 37 planches, dont 1 en chromolithographie. Paris, O. Doin. 10 fr.

Recherches expérimentales sur les alcools par fermentation, par les docteurs Dujardin-Beaumetz et Audigé. In-8 de 61 pages. Paris, O. Doin. 2 fr.

Des luxations irréductibles du pouce en arrière, par M. Marcano. In-8 de 23 pages. Paris, O. Doin. 1 fr.

De la valeur clinique de l'amputation sous-astragaliennne, par le professeur Maurice Perrin. In-8 de 15 pages. 1 fr.

Du traitement du rhumatisme, par le professeur Béhier. In-8 de 28 pages. Paris, O. Doin. 1 fr. 50

Pathogénie et traitement des hémorragies utérines, par le docteur Carpentier-Méricourt. In-8 de 70 pages. Paris, O. Doin. 2 fr.

Du protoplasma végétal (thèse d'agrégation), par le docteur de Lanessan. In-8 de 150 pages. Paris, O. Doin. 4 fr.

Note sur deux cas de périméorrhaphie, par le docteur Daniel Mollière. In-8. Paris, O. Doin. 1 fr.

Étude sur le bain turc au point de vue hygiénique et thérapeutique, par le docteur Thérmes. Paris, F. Savy. 1 fr.

Étude sur l'emploi des bougies de Bessigué dans le traitement des rétrécissements de l'urètre, de la blennorrhagie chronique et de la contracture douloureuse du col de la vessie, par le docteur Le Garrec. In-8. Paris, Al. Coccoz. 2 fr.

Étude sur le sulfate de quinine, par le docteur E. Fortin. In-4. Paris, Al. Coccoz. 3 fr. 50

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 1^{er} juin 1876.

LA MÉTHODE ANTISEPTIQUE DE LISTER.

Dans son adresse inaugurale lue au dernier congrès de l'Association britannique, un des chirurgiens les plus distingués de l'école écossaise, M. James Spence, s'élevait déjà contre l'engouement professé par quelques praticiens pour la méthode antiseptique de Lister qui, au dire de son auteur, devait faire disparaître la septicémie des salles d'hôpital et épargner aux malades les douloureuses périodes de la granulation et de la suppuration. Voici comment s'exprimait M. Spence : « Je suis naturellement porté à me défier des méthodes nouvelles qui reposent sur de simples théories et que l'expérience n'a pas encore sanctionnées. Lorsque nous aurons des statistiques certaines sur les résultats obtenus en traitant les plaies par telle ou telle méthode, nous pourrions arriver à des conclusions utiles et pratiques. En attendant, il est permis de douter de l'excellence des antiseptiques et de chercher dans la stricte observance des lois de l'hygiène les moyens de nous prémunir des affections générales qui compliquent nos opérations. »

Sans vouloir faire un procès en règle à la méthode de Lister, nous signalons aujourd'hui un important travail qui présente sous leur véritable jour les inconvénients et les avantages de cette méthode. Ce document a d'autant plus d'importance qu'il vient de l'Allemagne, où les antiseptiques ont été accueillis avec un véritable enthousiasme. Il s'agit d'un mémoire publié par M. Kroenlein dans l'ARCHIV FÜR KLINISCHE CHIRURGIE et reproduit par M. Gross dans la REVUE MÉDICALE DE L'EST, et qui contient un examen comparatif des résultats obtenus par l'emploi des deux méthodes dans les cliniques de Zurich, de Halle et de Leipzig.

La mortalité des amputations pratiquées à Halle et à

Leipzig selon le procédé antiseptique a été : cuisse, 55,5 pour 100 ; jambe, 15,3 pour 100 ; pied, 27,7 pour 100 ; bras, 30,0 pour 100 ; avant-bras, 10,0 pour 100 ; main, 0 pour 100. A Zurich, avec le pansement à découvert, les chiffres correspondants ont été : cuisse, 37,7 pour 100 ; jambe, 18,4 pour 100 ; pied, 20,0 pour 100 ; bras, 14,2 pour 100 ; avant-bras et main, 0 pour 100. D'après ces chiffres on voit que la méthode antiseptique a fourni pour les amputations une mortalité générale de 30 pour 100 et que, avec le pansement à découvert, la mortalité n'a été que de 20 pour 100.

Les résultats obtenus dans le traitement des fractures compliquées semblent, au premier abord, plus favorables à Halle et à Leipzig qu'à Zurich. Cependant, après discussion des chiffres, le docteur Kroenlein affirme que, dans les deux premières cliniques, ou a traité par la conservation 39,5 pour 100 des cas ; dans 9,3 pour 100 des cas, on a eu recours à la résection, et dans 51,5 pour 100 des cas à l'amputation et à la désarticulation. A Zurich, au contraire, la conservation a pu avoir lieu dans 63,7 pour 100 des cas ; et on n'a eu recours à la résection que dans 6,8 pour 100 des cas, à l'amputation et à la désarticulation que dans 29,4 pour 100 des cas.

Si dans cette première série de résultats obtenus la supériorité revient au pansement ouvert, il n'en est plus de même quand on considère la durée du traitement dans les deux méthodes. Ainsi, avec la méthode antiseptique, la durée de la guérison des amputations a été en moyenne de 61 jours (cuisse), de 47 jours 6 (jambe), de 28 jours 7 (bras), de 29 jours 8 (avant-bras) ; avec le pansement ouvert les moyennes sont : cuisse, 118 jours ; jambe, 87 jours 5 ; bras, 57 jours 7 ; avant-bras, 56 jours 3. Dans le traitement par la méthode antiseptique les moignons sont généralement plus beaux et mieux conformés que ceux obtenus par l'emploi du pansement ordinaire, ce qui tient à la plus grande fré-

FEUILLETON

La science arabe en Occident, ou autrement sa transmission par les traductions de l'arabe en latin.

(Fin. — Voyez les nos 9, 10, 12, 14 et 21.)

Pour mieux faire comprendre l'importance de l'œuvre accomplie par Gérard, nous allons récapituler ces traductions par ordre de matières et par noms d'auteurs. En suivant l'ordre établi par notre liste, on trouve qu'elles se répartissent ainsi :

Dialectique, 3 ; géométrie, 17 ; astrologie (astronomie), 12 ; philosophie, 11 ; physique (médecine), 21 ; alchimie, 3 ; géométrie, 4. Total : 71.

Si nous faisons le recensement des auteurs traduits, nous trouverons les noms suivants :

Parmi les Grecs, Aristote largement représenté, Alexandre 2^e Série, T. XIII.

d'Aphrodisée, Thémistius, Archimède, Euclide, Théodose, Ménélaüs, Ptolémée, Hypsiclès, Autolycus, Hippocrate et Galien ; et parmi les Arabes, Alfaraby, Tsabet ben Corra, les fils de Moussa ben Chaker, El Khourazmy, Send ben Aly, Ennairazy, Al Kendy, Alfaragan, Geber ben Allah, Macha Allah, Ebn el Heitsam, Sérapion l'Ancien, Isaac l'Israélite, Ebn el Guefith, Razès, Abulcasis, Avicenne et Aly ben Rodhouan.

Il nous semble qu'on pouvait faire un choix plus mauvais parmi les philosophes, les mathématiciens, les astronomes et les médecins de l'une et l'autre catégorie.

Gérard a bien mérité de la science et du moyen âge en lui livrant une masse aussi considérable de traités scientifiques alors introuvables ou complètement inconnus.

Pour accomplir un labeur aussi considérable, il fallait l'homme laborieux et dévoué tel que la notice nous le révèle. Sa modestie, qui lui fit dédaigner de signer toutes ses traductions, l'a laissé dans un demi-jour d'où nous nous sommes fait un plaisir de le retirer.

quence de la réunion par première intention. C'est là un avantage réel, mais compense-t-il les inconvénients que nous venons de signaler ?

L'auteur affirme que la fièvre traumatique, la pyohémie, la septicémie et l'érysipèle que les antiseptiques prétendent éviter, n'en ont pas moins été observés à Halle et à Leipzig. Il termine son travail en insistant sur les inconvénients des applications fréquentes et prolongées de solutions d'acide phénique et sur les avantages de la substitution de l'acide salicylique à l'acide phénique selon les indications de Thiersch.

Il s'agit encore d'un antiseptique accueilli avec grande faveur, et dont nous aurons prochainement à étudier les applications thérapeutiques fort multipliées, si l'on en juge par les publications récentes.

LUTAUD.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

DES KYSTES PÉRIOSTIQUES DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR AU POINT DE VUE DE LEUR PATHOGÉNIE ET DE LEUR TRAITEMENT, par le docteur E. MAGIOT.

(Observations recueillies par M. L. CAUET, interne des hôpitaux.)

La question des kystes des mâchoires a fait dans ces dernières années de notables progrès. En effet, tandis que leur étude clinique avait été dès 1839 magistralement tracée par Dupuytren, leur étiologie, le mécanisme de leur production ont suscité de nombreux travaux. Les chirurgiens qui ont attaché leur nom à ces recherches sont, après Dupuytren, Loir, Lombard, Blasius, Syme et plus particulièrement MM. Duchaussoy, Forget et Guibout.

Nous-même, dans une monographie spéciale (*Arch. gén. de méd.*, 1872-73), nous avons abordé l'histoire des kystes des mâchoires dans son ensemble. C'est alors que nous nous sommes efforcé, par des considérations critiques et l'exposé de faits personnels, d'établir certaines propositions dont nous demandons la permission de reproduire ici les principaux termes. Ces propositions sont :

1° Les kystes spontanés des mâchoires ont constamment pour point de départ le système dentaire.

2° L'existence d'une *maladie kystique* des maxillaires et de nature essentielle, sans relation étiologique avec le système dentaire, n'est pas prouvée jusqu'à présent.

3° Le développement des kystes des mâchoires s'effectue par deux processus différents :

a. Dans une première variété c'est le follicule dentaire qui devient le siège du kyste, la paroi du follicule formant la poche kystique. Ce sont les *kystes folliculaires*.

b. Dans une seconde variété c'est le périoste dentaire qui se détache de la racine, se soulève et se distend pour former la paroi du kyste. Ce sont les *kystes périostiques*.

4° L'immense majorité des kystes des mâchoires est curable par simple ouverture de la poche, établissement d'un système très-simple de drainage et retrait spontané et progressif de la poche.

Ces propositions n'ont pas encore rencontré de la part des auteurs une approbation générale ; celles qui concernent en particulier la pathogénie et le rôle exclusif de l'appareil dentaire dans leur production ont été plus ou moins vivement attaquées.

En effet, Giraldès s'est formellement refusé à admettre la pathogénie des kystes périostiques. De leur côté, MM. F. Guyon et A. Després, dans des recherches spéciales sur la pathologie des maxillaires (voy. *Dict. encycl. des sc. méd.*, 2^e sér., t. V, p. 414, et *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXI, p. 208), tout en consentant à accepter les deux processus que nous avons indiqués, continuent à penser qu'il existe dans les mâchoires des kystes absolument étrangers au système dentaire. Nous sommes forcés de convenir cependant qu'ils ne donnent aucune démonstration de cette opinion.

Plus récemment, M. Dolbeau, à l'occasion de la présentation à la Société de chirurgie d'un cas de kyste multiloculaire du maxillaire inférieur adressé par Letenneur, de Nantes, a pensé pouvoir arguer de ce fait que la maladie était étrangère à toute intervention dentaire. Nous nous sommes élevé contre une opinion que ne nous paraissent justifier en aucune façon les détails de l'observation et l'obscurité des renseignements touchant les conditions du système dentaire ; nous dirons même que certains détails relatifs à ces derniers conditions nous ont semblé, tout au contraire, favorables à notre mode d'interprétation. Toutefois, nous nous sommes borné à réclamer que toutes réserves soient faites à l'égard d'un fait qui doit dès lors figurer à titre de kyste sans pathogénie saisissable (voy. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1873, p. 607, 611 et 617).

Tout dernièrement enfin, dans une thèse inspirée des idées de M. le professeur Richet, de Paris, et de M. Desgranges, de Lyon, l'auteur, M. Reynaud (thèse de Paris, 1873, n° 485), s'attaquant directement à la théorie que nous avons émise, s'efforce d'établir l'existence de kystes des maxillaires étrangers aux dents. Mais, ainsi qu'on peut s'en convaincre par la lecture des observations, les prétendus faits présentés sous le titre de *kystes non dentaires* manquent complètement des caractères d'exactitude et de rigueur scientifiques propres à entraîner la conviction. En effet, tantôt les renseignements touchant l'état antérieur ou actuel du système dentaire man-

On sait quelle était la pauvreté scientifique du moyen âge quand apparut Gérard de Crémone. Jourdain, qui l'a signalée dans ses *Recherches* sur les traductions d'Aristote, ne connaissait de Gérard que vingt traductions sur soixante-seize, dont la moitié relatives à la médecine. D'Aristote, il ne connaissait que celle des *Météores* et nous en connaissons six autres. Il ignorait absolument celles relatives aux sciences mathématiques et astronomiques. Nul doute qu'il eût autrement apprécié Gérard s'il avait connu, comme nous la connaissons aujourd'hui, son œuvre entière, et qu'il eût autrement jugé le mouvement scientifique de l'époque. On pourrait en dire autant, relativement à la philosophie, de l'auteur d'Averroès et l'Averroïsme (voy. p. 201).

Gérard, à lui seul, mit en circulation une masse plus considérable d'idées que tous ses émules réunis. Si, parmi ses traductions, il en est de proportions exigües, il en est aussi de grandioses, notamment celle du Canon d'Avicenne, qui suffirait presque à elle seule pour occuper la vie d'un homme.

Comment s'étonner que ces traductions soient défectueuses, et qu'elles soient écrites dans un latin barbare ? Gérard n'avait pas seulement la langue arabe à apprendre, mais pour ainsi dire l'encyclopédie des sciences à apprendre, car elles sont à peu près toutes, même les plus difficiles et les plus abstraites, comprises dans son œuvre. Pour l'un et l'autre tâche il n'avait pas les ressources que l'on possède aujourd'hui et qui rendent les traductions beaucoup plus faciles. C'est ce qu'on oublie des critiques sévères, tous plus ou moins incompétents, sans en excepter l'auteur du livre de l'Interprétation, l'illustre Huet. Cette barbarie de langage que l'on reproche à Gérard était fatale. On n'écrivait pas alors comme on écrivait plus tard lors de la Renaissance. Cette barbarie, du reste, nous ne l'avons pas vue reprochée par des hommes spéciaux, tels que les Libri, les Chasles, les Boncompagni, le Woepcke.

Quant aux équivalents qui lui ont fait défaut, pouvait-il en être autrement, vu l'époque où il vécut et l'immensité de son

quent absolument, tantôt ils sont tout à fait incomplets. Ces faits sont dès lors sans valeur.

L'un des arguments qui nous ont été opposés est, comme on sait, tiré de l'existence dans les mâchoires de certains kystes multiloculaires, dont notre théorie donnerait difficilement, prétend-on, l'explication. Nous nous sommes cependant efforcé spécialement de fixer ce point de pathogénie, et nous avons cité des exemples de kystes multiloculaires incontestablement dentaires (voy. notre mémoire, *Arch. de méd.*, 1873, p. 446). Nous avons eu tout récemment une occasion de confirmer nos idées à cet égard : le hasard, en effet, nous procura la bonne fortune de rencontrer deux faits de difformité des mâchoires fort rares chez l'homme, la polygnathie (*De la polygnathie chez l'homme*, in *Ann. de gynécologie*, 1875, t. IV, p. 81 et 161), et dans lesquels, à l'occasion de la formation téréologique d'un maxillaire inférieur supplémentaire, on avait reconnu dans la masse normale l'existence de kystes multiloculaires très-nombreux dans un cas, innombrables dans l'autre, et dont la nature folliculaire ne faisait aucun doute.

Tel est l'état actuel de la question des kystes des mâchoires. Or, deux faits récents s'étant présentés dans notre pratique personnelle, ils ont été de notre part l'objet d'études minutieuses, et nous leur avons reconnu de tels caractères de netteté et de précision que nous avons désiré les faire connaître et présenter à leur occasion quelques considérations pathogéniques et thérapeutiques. Voici ces faits :

Ous. I. — Madame X..., âgée de trente-cinq ans, présente une dentition excellente dans son ensemble; dents au complet, sans déviation. Cependant vers l'âge de vingt ans les deux premières supérieures droites commencèrent à se carier. La première, atteinte d'altération simple, fut bientôt obturée et guérie; la deuxième, affectée de carie pénétrente avec douleurs violentes, ne fut obturée qu'après cautérisation de la pulpe au fer rouge et cessation des douleurs. Tout alla bien, ou à peu près bien, pendant trois ans; la deuxième prémolaire obturée avait, en cette époque, conservé une certaine sensibilité; cette sensibilité devint bientôt si vive, s'accompagnant en outre de gonflement de la gencive, que l'auffrication fut enlevée. Le traitement de la carie pénétrente fut de nouveau institué, et, après cinq ou six pansements appropriés, l'auffrication de la dent fut une seconde fois pratiquée. Le succès sembla définitif; les choses restèrent en l'état jusqu'en 1869, c'est-à-dire pendant cinq ou six ans.

A cette époque, un corps étranger interposé entre les mâchoires produisit, dans un effort de mastication, une fracture verticale de la dent en question. Un fragment interne fut enlevé à la scie pour rétablir la régularité de la couronne; mais à la suite de cet accident survinrent des douleurs modérées avec fluxion légère, qui durèrent trois ou quatre jours seulement et disparurent en laissant une sensation particulière et bien remarquable par la malade, d'un goût fétide, provenant des débris de la dent fracturée mais due réellement à l'écoulement d'un liquide pathologique produit par le périoste. Nouveau traitement de ces accidents, aboutissant

à une nouvelle obturation accompagnée cette fois de drainage dans le but de permettre l'écoulement du liquide qui gênait la malade. Madame X... avait d'ailleurs soin d'entretenir elle-même l'ouverture par laquelle s'écoulait le liquide, à l'aide d'un crin qui ressortait couvert d'une matière purulente d'une odeur désagréable. L'état fut très-satisfaisant jusqu'en 1872, grâce à l'entretien constant du drainage par la malade, qui passait tous les huit jours environ le crin par l'orifice, d'ailleurs assez étroit.

A cette époque, nouvelles fractures de la dent. La couronne est, cette fois, presque entièrement détruite. Cependant une quatrième obturation est encore pratiquée sur les débris de la dent après pansements préparatoires pendant cinq ou six jours; mais les conditions ne furent plus les mêmes, car le drainage, qui précédemment avait donné d'excellents résultats, ne fut malheureusement pas rétabli. Aussi le repos dura peu. Presque immédiatement survint du gonflement avec douleur légère; un petit abcès se forma sur la gencive, donnant issue à du pus dans la bouche, et il se produisit un noyau induré qui parut rester quelque temps stationnaire. Le noyau augmenta insensiblement jusqu'en 1875. L'attention de madame X... ne fut réellement attirée qu'à cette époque : le volume progressivement croissant de la tumeur avait amené une déformation de la joue très-appreciable; cet état s'accompagnait de phénomènes douloureux du côté de la face, véritables accès névralgiques revenant à quelques jours d'intervalle et du côté correspondant à la tumeur.

Vers le milieu d'avril 1875, la malade vient nous trouver et nous constatons l'état suivant :

Tumescence notable de la joue, qui est déformée; du côté de la bouche, tumeur dure, d'une consistance considérable, incompressible, ségeant à droite, sur la mâchoire supérieure, à la partie la plus élevée du bord alvéolaire, occupant la fosse canine et paraissant avoir à l'œil le volume d'une grosse noix; mais ce volume n'était qu'apparent, nous verrons bientôt les dimensions réelles de la tumeur. Absence de douleur à la pression; la tumeur ne fait aucune saillie à la partie interne du bord alvéolaire, plus qu'à la voûte palatine. La racine de la deuxième prémolaire répond immédiatement en bas au milieu de la tumeur. Après être examiné, une perforation est faite, le jour même, à travers la racine, mais sans résultat, l'orifice étant probablement trop étroit pour donner issue à un liquide d'une certaine consistance; mais cela ne modifia en rien le diagnostic. Le lendemain, la racine est enlevée et son extraction donne lieu à l'écoulement d'une certaine quantité de liquide visqueux coloré en rouge par le sang; un stylet, introduit par le fond de l'alvéole, permet de constater l'existence, au centre du maxillaire, d'une cavité de dimensions considérables; son volume semble être celui d'une petite orange ou mandarine. Nous devons pas de noter que l'examen de la racine de la dent fait voir que son sommet est dénudé, rugueux et comme rongé dans l'étendue de quelques millimètres, et qu'à la limite de cette dénudation se trouve une collerette de périoste frangé et décollé.

Les jours qui suivent l'opération, la malade, qui a quitté Paris, remarque qu'il s'écoule continuellement par l'alvéole un liquide jaunâtre, clair, sans odeur, d'un goût doucâtre. A ce liquide jaunâtre mêlé de petits lambeaux membranoux comparés par la malade à de la pulpe d'orange.

Au bout de quinze jours, retour de madame X... à Paris et nouvel examen détaillé de la cavité déjà reconnue : elle s'étend en hauteur

œuvre? Du reste, parmi les termes techniques simplement transcrits, un bon nombre répondaient à des idées nouvelles et sont restés dans l'usage.

La technologie est le moins faible des traductions de Gérard, ce qui les rend plus ou moins incorrectes et leur donne parfois une apparence de barbarie. Si l'on compare la traduction de la Chirurgie d'Abulcasis avec celle du Canon d'Avicenne, on ne rencontre pas dans la première ce qui choque dans la seconde. C'est qu'ici la technologie occupe une place importante, particulièrement dans le deuxième livre. Beaucoup d'équivalents devaient nécessairement faire défaut, ayant trait à des substances nouvelles. D'autres étaient d'une détermination difficile, car on sait qu'après tant de commentaires la synonymie des Simples de Dioscorides n'est pas encore irrévocablement établie. La technologie grecque ne parvint à Gérard que défigurée par les copistes arabes : de là tant de transcriptions vicieuses, faciles du reste à rétablir pour les arabisants, un grand nombre péchant surtout par la position

vicieuse des points diacritiques. Une traduction d'Ebn el Beithar, au lieu de Sérapion le Jeune, eût épargné bien des dissertations souvent stériles aux Mathiote et aux Saumaise, en même temps qu'elle eût évité des accusations à l'écôle arabe, faites par des savants munis de toutes les ressources modernes.

Avant de traduire, il faut commencer par assurer son texte. Ce dut être difficile à Gérard d'assurer celui d'Avicenne, quand on songe que l'édition de Rome, qui parut en des temps beaucoup plus avantageux, est cependant criblée de fautes. Il ne faut donc pas s'étonner de rencontrer dans les traductions de Gérard tant d'épaves de la technologie arabe, mais s'étonner qu'un homme ait pu suffire à tant de traductions diverses, n'ayant, pour établir sa technologie, qu'étude approfondie des originaux.

La notice biographique de Gérard mentionne exclusivement des traductions. Elle ne laisse pas même supposer qu'il ait composé des ouvrages originaux.

de l'alvéole au rebord orbitaire que vient frapper le stylet et mesure 35 millimètres environ; transversalement l'étendue est de plus de 4 centimètres de l'aile du nez à la région des grosses molaires. Une injection d'eau pratiquée dans cette cavité ressort en entier par l'ouverture de l'alvéole et permet d'affirmer l'indépendance de la poche, parfaitement distincte du sinus maxillaire, qui doit être d'ailleurs considérablement rétréci. Au moyen d'un instrument recourbé et tranchant, on cherche à ramener un fragment de la paroi; ce fragment examiné avec soin par les procédés histologiques donne les résultats suivants: il se compose d'une trame fibreuse simple, sans éléments élastiques, assez vasculaire et tapissée d'un revêtement d'épithélium pavimenteux stratifié (1).

Le même jour, une contre-ouverture est pratiquée à l'aide d'un trocart dans le lieu d'élection pour la ponction du sinus, au fond du vestibule de la bouche, et dans le but de favoriser le traitement ultérieur. Cette ponction donne lieu à une légère hémorragie. Un fil de soie est passé à travers les deux orifices et remplacé le lendemain par un petit drain de caoutchouc de 2 millimètres de diamètre environ. Les jours suivants il y a eu un peu de fièvre, léger délire méme et gonflement douloureux au niveau de la joue. Bientôt le premier drain est enlevé et remplacé par un moins volumineux qui reste encore en place huit jours; chaque jour d'ailleurs on fait des lavages pratiqués à l'eau pure. Les accidents inflammatoires disparaissent complètement et un tube en étain, avec ouvertures latérales et petit pavillon inférieur, est alors introduit par l'orifice externe dans la cavité du kyste. A partir de cette époque, une injection au gros vin rouge est pratiquée régulièrement deux fois par jour par la malade elle-même jusqu'à ces derniers temps. Tous les accidents du début, inflammation, gonflement, douleur, ont cessé; l'état actuel est des plus satisfaisants.

Après dix mois de ce traitement des plus simples, il est facile de constater les progrès de la guérison. La cavité dans son ensemble est réduite au tiers de son volume primitif; l'écoulement a cessé par le tube d'étain et l'injection n'est plus pratiquée que par prudence et mesure de propreté. Il est permis d'espérer qu'après une période de temps moins longue que la précédente, c'est-à-dire certainement avant un an, la cavité pathologique aura complètement disparu.

RÉFLEXIONS. — Il ne semble que trop facile ici de trouver des causes suffisantes à la production d'un kyste périostique. Quatre obturations successivement pratiquées sur une même dent, deux fractures à des époques différentes, voilà plus qu'il n'en faut pour expliquer une irritation continue du

(1) La présence de cet épithélium dans la cavité des kystes périostiques nous n'a plus rien de préocuppé et a été également plusieurs fois observée au point de vue du mécanisme de sa formation. Comment, en effet, une paroi fibreuse, comme le périoste dentaire, devenant paroi de kyste, se trouve-t-elle ainsi revêtue d'un élément épithélial étranger à sa constitution première? Nous répondrons à cet égard que la présence de cette couche épithéliale dans une cavité kystique nous paraît pouvoir s'expliquer par un fait de genèse directe assimilable au même mécanisme qui s'observe à l'état embryonnaire. On sait d'ailleurs par une certaine théorie fait dériver les éléments épithéliaux des cellules du tissu conjonctif. Nous ajouterons enfin que si l'on cherchait à expliquer sa production par des éléments épithéliaux préexistants, il faut se rappeler que le périoste dentaire, qui n'est autre que la paroi folliculaire, trouve dans son voisinage assez d'éléments de cet ordre pour que ceux-ci, frappés d'hypercœcose, puissent constituer un revêtement complet.

Il existe à la bibliothèque Bodéienne un traité d'arithmétique sous ce titre: « *Algorismus magistri Girardi de integris et minutis.* » M. Chastel s'est demandé si cet ouvrage ne serait pas de Gérard de Crémone. On le rencontre aussi à la Bibliothèque nationale, notamment aux n° 7215 et 7292, mais sans nom d'auteur.

Il est encore d'autres ouvrages qui portent le nom de Gérard et que l'on a parfois attribués à Gérard de Crémone, mais qui appartiennent à des homonymes. Ces homonymes sont au nombre de trois.

Le premier, qui porte aussi le nom de Gérard de Crémone, est plus connu sous le nom de Gérard de Sabionetta, parce qu'il naquit à Sabionetta, localité voisine de Crémone. Ce que nous savons de lui atteste qu'il vivait dans le courant du XII^e siècle. Tiraboschi a mis en avant l'hypothèse qu'il pourrait bien être le fils ou le neveu du premier Gérard, et cette hypothèse a été reproduite. On oublie que notre Gérard le traducteur était entré dans les ordres, ainsi que nous l'avons

périoste alvéolo-dentaire aboutissant à une périostite simple; mais il est possible ici de préciser les phénomènes d'une manière plus complète, car dans aucun cas la pathogénie d'un kyste n'a été plus nette et plus saisissable. Si l'on suit les véritables périépites par lesquelles a passé la dent de madame X..., on voit que deux premières obturations donnent des résultats satisfaisants, puisque l'une dure deux ans et l'autre cinq ou six ans, et que la dernière n'est détruite que par une fracture de la dent. C'est alors que se déclare la périostite alvéolo-dentaire qui donne lieu au suintement désagréable accusé par la malade. Une troisième obturation est pratiquée avec un drainage dont le but est de donner issue au liquide incessamment formé. Trois années de repos font plus que justifier cet excellent procédé, lorsqu'une seconde fracture de la dent survient. Une quatrième et dernière obturation est alors pratiquée, mais sans le drainage. C'est dès ce moment qu'on peut, pour ainsi dire, assister à la genèse du kyste, qui se forme peu à peu par rétention des produits sécrétés par le périoste malade et qui précédemment trouvait une issue facile par l'orifice du drainage. Le kyste se développe presque silencieusement, il est vrai, mais d'une manière continue, jusqu'à acquérir le volume considérable qu'il offre lorsque la malade se présente de nouveau à notre examen.

En résumé, si l'on peut dire que la périostite alvéolo-dentaire de cause traumatique a été l'origine première du kyste, la raison réellement déterminante a été l'obturation faite en dernier lieu sur les débris de la dent malade, obturation cette fois complète, sans drainage et ne permettant plus l'élimination des produits morbides sécrétés par le périoste.

Nous n'avons pas l'intention d'insister, ainsi que nous l'avons fait comprendre, sur le côté clinique de la maladie; disons seulement qu'on n'a pas observé ici le bruit de parchemin, de coques d'œuf, indiqué par Jourdain et après lui par Dupuytren dans les kystes des mâchoires. La tumeur était, au contraire, dure, incompressible; le bruit signalé n'est donc pas constant.

Le traitement a été des plus simples: la tumeur reconnue et le diagnostic assuré par un examen attentif, l'alvéole est ouverte et donne issue à une certaine quantité de liquide. Quinze jours après une contre-ouverture est pratiquée. C'est alors que le drainage de la cavité est institué méthodiquement: d'abord fil de soie passant par les deux orifices, puis drain en caoutchouc, enfin tube d'étain permanent avec pavillon. C'est l'établissement de ce drain en étain fixé dans la cavité du kyste à l'état permanent, parfaitement supporté sans gêne notable, et par lequel on pratique chaque jour des injections de liquides variables, qui constitue en somme le traitement définitif devant amener le retrait de la cavité. C'est le mode de traitement que nous préconisons; il est parfaitement justifié dans le cas actuel, puisqu'en dix mois

vu dans la notice: *Nostris gloria cleri.* Tiraboschi propose encore de laisser au premier Gérard les traductions et de rapporter à Gérard de Sabionetta les ouvrages originaux. Cette opinion est erronée. Le seul écrit que l'on puisse attribuer certainement à Gérard de Sabionetta est la *Theorica planetarium*, qui fut plusieurs fois imprimée, et dont Régimontan fit une réfutation.

L'auteur de l'article GÉRARD DE CRÉMONE, dans la nouvelle Biographie universelle, fait un triage dans les traductions et attribue les unes au premier Gérard et les autres au second. Nous ne saurions adopter cette manière de voir. La notice que nous avons exhumée après M. Boncompagni nous paraît un document beaucoup plus sûr que tout ce que l'on peut trouver dans les écrivains italiens, qui trop souvent font preuve d'ignorance. C'est ainsi qu'ils prennent le titre d'un livre de Razès, adressé à El Mansour, pour en faire le nom d'un grand médecin arabe. Que Gérard de Sabionetta ait connu l'arabe, ait fait des traductions, nous l'ignorons, et

la cavité pathologique a diminué des deux tiers. En outre, les excellents résultats qu'il amène s'expliquent aisément : placé dans un point déclive, le drain laisse sans difficulté s'échapper les liquides contenus dans la cavité ; au début, il peut permettre les injections irritantes de diverses natures : vin rouge, teinture d'iode, etc., et plus tard des injections d'eau simple parfaitement suffisantes. Avec ce traitement il ne sera plus nécessaire de recourir aux procédés chirurgicaux qui allaient autrefois jusqu'à l'ablation d'une partie du maxillaire supérieur ; la présence du tube d'étain est d'ailleurs supportée sans inconvénient, et l'injection pratiquée une ou deux fois par jour est une habitude bien vite prise par le malade.

Ous. II. — M. X..., vingt-quatre ans, dentition délicate, mauvaisme même ; dents presque toutes cariées et obturées de très-bonne heure ; il n'en souffre pas d'ailleurs.

En 1872, M. X... se fit arracher la première prémolaire supérieure droite, atteinte de carie. Pendant deux ans tout alla bien. Rien n'attira son attention de ce côté. L'obturation paraissait avoir amené la guérison complète, lorsque brusquement, au dire du malade, et sans cause appréciable, survint au niveau de la dent obturée une douleur violente qui s'accompagna presque immédiatement d'un gonflement considérable de la région de la joue ; le gonflement persista une quinzaine de jours. La douleur diminua d'intensité ; néanmoins, ce temps écoulé, le malade se fit extraire la dent dont il souffrait ; à ce moment il sortit une certaine quantité de liquide louche et visqueux (1). Les jours suivants, un petit orifice situé sur la gencive, dans le point correspondant à la racine de la dent arrachée, continua à donner issue à un liquide purulent et fétide. Inquiet de cet état, le malade vint nous trouver et nous constatons les faits suivants :

Par le petit orifice qui donne issue au pus, l'exploration pratiquée avec son fait constater l'existence d'une cavité considérable qui explique bien la provenance du liquide qui sort incessamment ; cette cavité pathologique est située au-dessus et en avant de la première prémolaire, logée complètement dans le maxillaire supérieur et ayant certainement refoulé le sinus ; on constate peu de saillie du côté de la gencive et un gonflement insignifiant au niveau de la joue ; rien du côté de la voûte palatine. En résumé, la cavité, peu apparente à l'extérieur, semblerait pouvoir loger une petite orange, ce qui ne s'explique guère que par le refoulement considérable du sinus, avec lequel cependant la poche n'a aucune communication. Quo qu'il en soit, ou institua le traitement suivant :

L'orifice qui existait déjà, donnant passage au pus, fut progressivement dilaté, à l'aide de petits clous de plomb de plus en plus volumineux, pendant un mois environ ; au bout de ce temps, l'ouverture était assez agrandie pour donner une large issue au liquide contenu dans la cavité, et le malade put lui-même se faire d'es injections d'eau à l'aide d'une poire de caoutchouc ; mais l'écon-

(1) Le liquide jaunâtre et visqueux qui renferme la plupart des kystes des mâchoires et plus particulièrement les kystes périostiques, contient ordinairement de la cholestérol, reconnaissable à sa forme cristalline spéciale. Nous en avons constaté la présence dans notre première observation, et l'on sait qu'elle est l'indice certain d'un état purulent antérieur du liquide qu'elle accompagne. C'est là un signe sur lequel nous avons entendu souvent M. Robin insister dans ses leçons sur les humeurs.

On ne nous en a pas donné d'autres preuves qu'en puisant dans la liste des traductions, qui nous paraissent incontestablement l'œuvre du premier Gérard, pour les attribuer au second. On lit bien dans *Cremona illustrata*, sur l'invitation de Frédéric II, Gérard de Sabionetta traduisit Avicenne de l'arabe en latin, mais cela nous paraît simplement faibuleux.

Quant aux autres ouvrages attribués à Gérard de Crémone, et qui parfois portent son nom dans les manuscrits, nous renvoyons à la dissertation de M. Littré, insérée dans le tome XXI de l'Histoire littéraire. Nous nous bornerons à dire que M. Littré considère comme de Gérard et Gerard du Berry la *Summa medendi* et le commentaire sur le *Viatique*, et comme de Gérard de Solo l'*Introductorius*. Nous aurions bien quelques observations à faire, mais ce serait sortir de notre sujet.

Il existe à la bibliothèque de la Faculté un manuscrit contenant la traduction du commentaire d'Ali ben Rodhouan par Gérard de Crémone, avec la liste de ses écrits et la notice

biographique. M. Franklin, dans ses *Recherches*, p. 143, donne le contenu de ce manuscrit ; malheureusement on n'a pu jusqu'à présent nous le présenter. L. LECLERC.

lement du liquide se faisant encore d'une manière trop abondante, on pratiqua un débridement de la cavité à l'aide de l'instrument tranchant. La muqueuse du kyste fut ensuite directement irritée à l'aide d'une rugine prononcée dans la cavité ; en outre, pendant une quinzaine de jours le pansement fut directement appliqué avec des tampons de charpie imbibés de teinture d'iode légèrement dilués. Après chaque pansement, on fit encore une injection d'eau iodée. Sur ces entre-faites survint une nécrose partielle des parois de la cavité du kyste et de petits sequestres osseux, ressemblant à des débris de coque d'auf, furent enlevés à l'aide d'une pince. Ce n'est qu'après quinze ou vingt jours que le traitement fut réduit à la plus grande simplicité : injection d'eau froide pure, une ou deux fois par jour par le malade lui-même à l'aide de la poire de caoutchouc, dans les premiers temps par un drain d'étain, plus tard par l'orifice maintenu assez large pour faire supprimer ce dernier.

Actuellement, après avoir vu l'écoulement du liquide diminuer peu à peu, le malade ne souffre plus et n'est même plus incommodé. Il subsiste un orifice voilé par un repli de la gencive ; par cet orifice on pénètre dans une cavité assez étroite, ne présentant pas plus de 12 ou 15 millimètres dans tous les sens, et qui se rétrécit progressivement tous les jours.

RÉFLEXIONS. — Ici la pathogénie est un peu moins nette que dans notre première observation. On n'assiste pas, en effet, à la genèse de la périostite, nécessaire en somme pour produire un kyste périostique, puisque l'obturation n'a donné lieu à aucune douleur, aucune gêne pendant deux ans. Le soulèvement du périoste se produit, pour ainsi dire, d'une manière latente, sous l'influence d'une irritation peu considérable sans doute, mais en revanche il est permis d'assister ici à une transformation du contenu du kyste, qui, de séreux qu'il était certainement au début, est devenu purulent. Ce phénomène n'est pas rare dans les kystes du périoste dentaire à marche lente et dont la paroi devient à un moment le siège de véritables phénomènes inflammatoires ; souvent, comme dans le cas actuel, l'inflammation est assez violente pour atteindre la membrane même du kyste, la perforer ; et c'est ainsi que le contenu devient purulent. Dans notre observation, il suffit de quinze jours pour amener l'état de purulence du liquide contenu dans le kyste préformé.

Cette différence dans la nature du liquide, dans la marche du kyste, explique suffisamment le traitement du début. Pour changer la sécrétion de la poche, il a été utile de modifier la surface sécrétante par des agents spéciaux ; mais cela fait, le traitement n'a pas en somme différé du précédent : injection d'eau pure chaque jour par l'orifice déclive ; lavage de la cavité, qui diminue peu à peu et aura, dans un temps assez rapproché, complètement disparu.

Telles sont les quelques réflexions que nous a suggérées chacune des deux observations précédentes, mais ces remarques peuvent être résumées et présentées sous forme de conclusions plus générales. Ces conclusions sont :

SOCIÉTÉ PROTECTRICE DES ANIMAUX. — La Société, qui a son siège à Londres, vient, par l'organe d'un de ses membres, lord Carnarvon, de soumettre à la Chambre des Lords un bill qui étend cette loi « aux animaux qui, pour des études médicales, physiologiques et scientifiques, seraient soumis, vivants, à des expériences de nature à infliger la douleur. » Ce bill prohibe, sous peine d'amende et même d'emprisonnement en cas de récidive, toute opération expérimentale sur un animal en vie, excepté par des personnes spécialement autorisées par le ministre et en vue d'une découverte destinée au soulagement de douleurs humaines. Et, même dans ce cas, l'animal sera soumis à l'influence d'anesthésiques, et il devra être mis à mort pendant qu'il sera encore sous l'influence de cet agent. Ce projet de loi ne satisfait point complètement la Société protectrice de Londres, qui réclame la fermeture de tous les laboratoires de vivisection.

1° La production de certains kystes des mâchoires est manifestement due à un soulèvement du périoste alvéolo-dentaire qui forme lui-même la paroi kystique : ce sont les kystes périostiques.

2° Il n'est pas moins nettement établi par de nombreux faits, et en particulier par notre première observation, que c'est à la suite de la rétention d'un écoulement séreux ou séro-purulent provenant du périoste dentaire que ce liquide soulève progressivement le périoste et forme le kyste.

3° Un kyste se développant dans ces conditions à la mâchoire supérieure peut être longtemps méconnu, en raison de la présence du sinus maxillaire, dont la paroi mince, dépressible, cède facilement à la poussée du liquide, sans réaction. Cette circonstance explique la tendance de ces kystes à se développer d'abord dans l'intérieur de l'os et non en dehors.

4° Ce n'est qu'au bout d'un certain temps, lorsque le sinus lui-même n'a plus de place à fournir au développement du kyste, qu'une réaction inflammatoire survient; c'est alors que peut se former un abcès qui révèle le kyste, au niveau de la gencive. Le kyste peut toutefois s'ouvrir aussi dans la cavité même du sinus.

5° Si la réaction inflammatoire a été peu vive, si le traitement intervient de bonne heure, le contenu du kyste reste séreux; dans le cas contraire, il devient rapidement purulent et des phénomènes d'une certaine gravité, tels que nécrose de la paroi, etc., peuvent survenir.

6° Enfin, les observations précédentes prouvent que la simple installation d'un drainage permanent par un ou deux orifices permet le retrait progressif de la cavité pathologique, et la guérison complète, sans accidents ni difformité.

7° Le temps de la guérison dans ces conditions ne paraît pas devoir dépasser deux ans pour les kystes du volume d'une grosse noix. ou d'une mandarine.

CORRESPONDANCE

Fièvre larvée à forme hystérique.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Philippeville (Algérie), le 15 mai 1876.

Le n° 18 de la GAZETTE HEBDOMADAIRE reproduit une relation empruntée à la GAZETTE MÉDICALE DE BORDEAUX, sous ce titre : HYSTÉRIE À FORME INTERMITTENTE OU FIÈVRE INTERMITTENTE À FORME HYSTÉRIQUE.

A ce diagnostic le journal de Bordeaux objecte qu'il n'est pas absolument démontré, d'après les termes de l'observation due à M. le docteur Marmisse, que les accès d'hystérie périodiques aient été sous l'influence d'une intoxication tellurique.

Je reconnais, en effet, que l'*impatulisme* ne se dégage pas d'une manière incontestable, en l'absence de tout signe spécifique autre que la périodicité, en l'absence surtout d'un traitement victorieux par la quinine. Toutefois, un cas qui vient de se présenter à ma pratique me porte à admettre une forme tellurique de l'hystérie, et peut être le cas décrit par M. le docteur Marmisse est-il analogue au mien.

Au cas où vous jugeriez que mon observation présente quelque intérêt et mérite d'être publiée, je vous en adresse le résumé.

Obs. *Hystérie intermittente à type d'abord indéci, puis franchement tierce. Action favorable de la quinine; particularités intéressantes.* — Le 29 juillet 1875, je fus appelé auprès d'une jeune fille âgée de dix-huit ans, qui, me dit-on, « avait une crise ». Je n'hésitai pas un instant à diagnostiquer l'hystérie. La malade poussait des cris aigus, se contorsionnait, la main portée à la région du cœur, le bassin projeté en avant; rires, sanglots, pas de perte de connaissance, alternatives de rougeur et pâleur à la face, pas d'éclat à la bouche, pas de perte de connaissance.

La malade se plaignant du cœur, « qui allait éclater », je fis immédiatement et sur ce point une injection hypodermique de

chlorhydrate de morphine (1 centigramme). Le calme fut soudain et j'instituai un traitement antispasmodique.

Deux fois dans la journée je fus rappelé pour crises identiques. La nuit fut calme. Le lendemain et les jours suivants, erisis aux mêmes heures, le matin vers les neuf heures, l'après-midi vers deux heures, le soir à sept heures. La nuit fut également tranquille.

La douleur périéorale étant toujours et chaque fois très-intense, j'injectai 6 centigrammes de morphine en trois fois. Un jour, n'ayant pas de morphine, je fis, à l'insu de la malade, une injection d'eau pure : la douleur et la crise cessèrent. Curieux d'expérimenter s'il y avait simple coïncidence, je n'employai plus par la suite, — la malade étant prévenue, — que de l'eau distillée ou de l'eau de fontaine; j'obins invariablement cessation et de la douleur et de la crise.

Cependant, et malgré les antispasmodiques, les crises reparaissaient. Essayés à tour de rôle ou simultanément, l'*assa fetida*, la valériane et ses sels, le camphre, le bromure de potassium, le bromure de camphre, le chloral, les douches mêmes étaient impuissants. Les crises étaient bien devenues plus rares, deux par jour, puis une seule, et bientôt j'eus affaire, à n'en pas douter, à une périodicité régulière à type tierce.

Je me rappelai avoir traité autrefois cette même jeune fille pour des accès de *fièvre tierce* dont j'avais eu difficilement raison par la quinine et l'arsenic. Dès lors, bien convaincu de la nature de la maladie, j'ordonnai 1 gramme de sulfate de quinine quatre heures avant l'accès, qui se manifestait vers les sept heures du soir.

Quant au traitement de l'accès en cours, je dois insister sur ce point, car j'ai signalé quelques particularités que je ne me rappelle pas avoir vues indiquées nulle part.

On n'envoyait prévenir un malade en proie à des convulsions caractéristiques, mais qui avaient pris depuis le début un certain cachet d'aggravation. Ainsi la perte de connaissance, qui n'existait pas les premiers jours, était accompagnée de divagation passagère, les mains crispées arrachaient les couvertures, portaient les draps à la bouche pour les déchirer; le corps était arqué par la projection en avant du bassin, de telle sorte que la tête touchait les talons, puis décente subite, mouvements rapides et alternatifs de la tête à droite et à gauche; survenait une seconde de repos et de retour à la connaissance, puis la même scène se renouvelait.

Pour avoir raison de ces mouvements désordonnés, je pratiquai la *pression ovarienne*: elle calma momentanément. Je réussissais également par une pression vigoureuse sur la rate et à la partie latérale du cou, au niveau de l'apophyse transverse de la troisième vertèbre cervicale; c'est même l'application sur ce dernier point qui agissait le plus rapidement avec la même intensité.

L'idée me vint de généraliser le procédé des injections hypodermiques d'eau distillée. Dès la première injection (je les pratiquais rapidement, tandis que trois personnes contenaient l'hystérique), les mouvements désordonnés tombaient; quelques convulsions toniques persistaient avec cris, pleurs ou rires après 7, 8 ou 10 injections (parfois 15, 20 et plus). Et la malade, revenue à elle, m'indiquait les points à piquer; elle poussait un *ah!* de soulagement; c'est la *bonne*, disait-elle. Et tout rentrait dans l'ordre.

Pour ne pas douter de l'efficacité de ce traitement palliatif, j'ai une expérience de neuf mois. Jamais la crise ne s'est calmée spontanément et sans mon intervention; elle a souvent duré des heures entières jusqu'à ma venue; un jour même, étant absent, la malade passa toute la nuit en crise, qui durait le lendemain à neuf heures du matin et ne céda, comme toujours, qu'aux injections d'eau distillée.

Plusieurs de mes confrères furent témoins de ce résultat, et deux d'entre eux, qui me suppléèrent pendant une absence, eurent recours à ce moyen, que je leur avais recommandé : ils en obtinrent le même succès. J'ajouterais comme preuve confirmative qu'ayant été appelé depuis lors auprès d'une jeune femme ayant pour la première fois une attaque d'hystérie, je n'hésitai pas à exprimer le procédé en question. Deux injections d'eau fraîche à la région ovarienne coupèrent net une crise qui durait depuis une heure et se renouvela plus.

Je reviens au traitement curatif dirigé contre la périodicité. J'ai dit plus haut que j'avais prescrit le sulfate de quinine (1 gramme à l'intérieur); mais la malade ne put jamais le tolérer. J'eus recours à la méthode hypodermique. Mais le sulfate est peu soluble, il est douloureux et produit facilement des abcès. J'y renonçai bientôt et, sur les conseils de mon excellent confrère le doc-

teur Kelsch, agrégé du Val-de-Grâce, à cette époque médecin-major à l'hôpital militaire de Philippeville, j'essayai le chlorhydrate de quinine. Ce sel est très-soluble; étendu dans 5 ou 6 grammes d'eau il est facilement toléré.

Tous les deux jours, deux heures avant l'accès, j'en injectai 1 gramme. Le résultat fut prompt et satisfaisant: une semaine, dix jours se passèrent sans crise, mais la moindre émotion, un contrariété surtout, faisait reparaître les accès convulsifs. J'employais alors contre les crises extraordinaires les injections d'eau distillée, tout en insistant sur la médication quinine, non sans essayer de diminuer les doses et de n'injecter plus que 5 décigrammes. Le mieux d'abord continua, puis je fus contraint de revenir à la dose de 1 gramme; au dernier lieu je pus, après des oscillations, redescendre à 5 décigrammes.

A plusieurs reprises, je tentai de supprimer tout traitement antipériodique et pour être édifié sur sa nécessité et pour juger si la maladie s'en allait. Mais après quatre ou cinq jours la périodicité reparut et m'obligea à reprendre, toujours avec le même avantage, la médication antipériodique. J'essayai également de remplacer l'injection de quinine faite avant l'accès par l'injection d'eau distillée; mais celle-ci, qui enlevait invariablement la crise en deux ou trois jours, ne suppléait point l'antipériodique.

Je dois ajouter, pour bien établir la nature spécifique de l'intermittence, que dans l'intermittence des crises la malade, faible, plus ou moins fatiguée (car elle continuait à ne tolérer de nourriture que pendant la nuit), restait déboullé, sortait, se levait sur son injonction à de longues promenades à pied et rit de son mal. Le mal persistait cependant livré à lui-même, et les piqûres, soit curatives, soit palliatives s'élevaient à plusieurs milliers, je voulus, de crainte d'accidents, les suspendre. J'essayai des lavements avec 1^{re}.50 de sulfate de quinine; ils réussirent, mais avant huit jours le rectum n'étant plus tolérant, les accès reparurent, et je fus contraint et forcé de revenir aux injections.

On se demandera s'il n'est survenu aucun accident. Eh bien, après plusieurs milliers de piqûres pratiquées sur toutes les parties de tronc et les bras, je n'ai eu que huit abcès assez étendus, pas profonds, et qui une fois incisés guérirent sans décollement ni autre complication.

En présence d'un mal si persistant malgré l'action manifeste de la quinine, j'avais conseillé un changement d'air; mais la malade, d'un tempérament moelleux et lymphatique, sans énergie ni volonté, se refusait absolument à tout déplacement, même le plus proche. Je fis valoir la nécessité d'un voyage en France, dans la conviction que le changement d'air et l'éloignement des pays fiévreux nébulaient la guérison: l'appréhension du mal de mer était telle que je fus longtemps à obtenir un consentement. Enfin, dans les derniers jours d'avril, après neuf mois d'un état qui n'était pas la guérison, j'obtins de ma malade qu'elle partirait pour France. Malgré un voyage qui fut des plus pénibles, pas de crises pendant le trajet. *Au moment où j'écris, la malade est depuis dix-sept jours à Marseille; elle n'a pas eu de crises, bien qu'elle ait suivi aucun traitement.*

Un de mes confrères, consulté et mis au courant par une note, a recommandé l'expectation et quelques toniques, qui, je dois le dire, n'avaient pas été omis par moi à côté du traitement antipériodique.

En résumé, suis-je autorisé à maintenir le diagnostic: FIÈVRE LARVÉE À FORME HYSTÉRIQUE? L'impaludisme peut-il être invoqué comme cause spécifique?

Je le crois fermement si je rappelle les antécédents de fièvre intermittente tierce, l'absence de crises la nuit (la fièvre paludique est diurne, la fièvre nocturne étant plutôt symptomatique), les bons effets incontestables de la médication antipériodique, l'inutilité des antipériodiques et finalement la guérison rapide et pour ainsi dire spontanée, par le changement d'air et le séjour en France.

D^r René RICOU,

Ex-chef des hôpitaux de Paris, titulaire de l'Institut (Acad. des sc.).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SEANCE DU 22 MAI 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

ÉLECTION. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un membre qui remplira, dans la section de médecine et chirurgie, la place laissée vacante par le décès de M. Andral. Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 56, M. Marey obtient 23 suffrages, M. Vulpian, 22; M. Gubler, 5; M. Barth, 5; M. Davaine, 4. Au deuxième tour de scrutin, le nombre des votants étant encore 56, M. Vulpian obtient 32 suffrages (élu), M. Marey, 24.

PROPRIÉTÉS ANTI-SEPTIQUES DU BORAX. — M. Bédoin adresse une note sur les propriétés antiseptiques du borax.

« Le 12 mai, ayant reçu une quinzaine de grammes de sang provenant d'un cheval atteint de morve, j'en fis l'examen au microscope environ une heure après la sortie de la veine; ce sang renfermait d'assez nombreuses bactéries animées de mouvements très-manifestes. Séance tenante, la moitié de ce sang a été versée dans un petit flacon contenant 4 ou 2 grammes de borax ou 2 grammes de borax en poudre. Le 19 mai, le liquide est examiné; aucune espèce de trouble ne s'y montre: le contenu du flacon, à l'exception d'une petite couche de borax non dissoute et qui en occupe le fond, est d'une belle couleur rosée et d'une transparence parfaite; nulle odeur ne s'en dégage. Enfin, au microscope, il est impossible de découvrir aucune bactérie vivante. De très-rarement bâtonnets paraissent çà et là, absolument immobiles. On y observe: 1° quelques amas épithéliaux isolés; 2° quelques granulations grasses libres; 3° des microzymes en certaine abondance, dénués de tout mouvement; 4° des globules sanguins dans un parfait état de conservation. » Cette communication est renvoyée à l'examen de la commission précédemment nommée.

STATISTIQUE MÉDICALE. — M. Mayet prie l'Académie de vouloir bien comprendre, parmi les pièces admises au concours des prix de médecine et chirurgie, un ouvrage intitulé: STATISTIQUE MÉDICALE DES HÔPITAUX DE LYON. (Renvoi à la commission des prix de médecine et chirurgie.)

FABRICATION DES CHROMATES. — MM. A. Delpech et Hillairet adressent, pour le concours des prix de médecine et chirurgie, un mémoire sur les accidents auxquels sont soumis les ouvriers employés à la fabrication des chromates. (Renvoi à la commission des prix de médecine et chirurgie.)

THERMO-CAUTÈRE. — M. Paquetin adresse, pour le concours des prix de médecine et chirurgie (fondation Montyon), la description de son thermo-cautère. (Renvoi à la commission.)

ANATOMIE DE L'APPAREIL MUSICAL DE LA CIGALE. — M. G. Carlet présente une note sur ce sujet.

LES AKKAS, OU NAINS DE L'INTÉRIEUR DE L'AFRIQUE. — M. Mariette communique une note sur ce sujet.

TÉTANOS TRAUMATIQUE TRAITÉ PAR LES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES DE CHLORAL; GUÉRISON. Note de M. Oré. — Le fait que rapporte M. Oré est emprunté à la GAZETTE MÉDICALE DE LIMA. Le traitement a consisté uniquement dans des injections intra-veineuses de chloral, commencées le 23 juin 1875 et continuées sans interruption jusqu'au 26 juillet; 56^{re}, 70 de chloral ont été introduits dans l'appareil vasculaire par doses fractionnées. Sous l'influence de ces injections, les accidents se sont amendés peu à peu et le malade a quitté l'hôpital complètement guéri.

Le professeur Alarco, dans la leçon de clinique qu'il fit à l'occasion de ce cas de guérison, s'exprime ainsi: « Oré (de Bordeaux) a fait usage du chloral comme antidote de la stry-

chine dans des cas de tétanos strychnique ; il l'a administré en injections intra-veineuses et a obtenu de bons résultats ; mais je suis peut-être le premier qui ait employé, sur l'homme, le chloral contre le tétanos, non par la voie stomacale, mais en injections intra-veineuses. » Or, dit M. Oré, ma première observation du tétanos traité par les injections intra-veineuses de chloral est de mai de décembre 1872 ; la deuxième, du mois de février 1874. »

THERMO-CAUTÈRE. — Dans la dernière séance, M. Guérard fils avait adressé une lettre de laquelle il résultait que, en 1857, il avait présenté à l'Académie de médecine un cautère métallique qui se chauffait avec la flamme d'un courant d'hydrogène (gaz de l'éclairage) mélangé avec un courant d'air, et que dans cette communication M. Guérard père est cité comme ayant proposé d'employer, pour produire la flamme destinée à chauffer le platine, un courant d'éther et d'air. L'auteur de la lettre voit dans ce procédé une grande analogie avec celui de M. Paquelin et croit devoir revendiquer la priorité en faveur de son père.

M. Gosselin fait remarquer que l'invention de M. Guérard diffère essentiellement de celle de M. Paquelin par les caractères suivants : 1° Dans le cautère Mathieu-Guérard, la flamme est séparée du cautère qu'elle doit chauffer par un espace libre. Dans celui de M. Paquelin il n'y a pas de flamme, et la chambre de platine, chauffée par les vapeurs condensées de carbure d'hydrogène et d'air, est close. 2° Pour se servir du premier, il faut éteindre la flamme, puis la rallumer si l'on veut faire une deuxième cautérisation. On peut se servir du cautère Paquelin deux, trois, quatre fois de suite sur un seul ou sur plusieurs malades sans rien éteindre. 3° Avec le premier, on ne peut que cautériser en surface. Avec le second, on cautérise en surface et en profondeur ; on peut également se servir du thermo-cautère pour enlever des tumeurs. 4° Le premier, conseillé en 1857, ne paraît avoir été employé que deux fois, et encore, dans chaque des cas, s'est-on servi du gaz de l'éclairage et non de la vapeur d'éther pour chauffer le platine. Depuis la note de 1857 il n'a plus été question de ce cautère, et il n'est resté que la cautérisation avec la flamme elle-même du gaz de l'éclairage, dont Nélaton s'est servi plusieurs fois pour le col de l'utérus. Mais ce mode de cautérisation lui-même est loin d'offrir la commodité, la simplicité et les applications multiples du procédé de M. Paquelin, et il a été bientôt abandonné.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 30 MAI 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. CHATIN.

M. le ministre de l'Agriculture et du commerce transmet à l'Académie les tableaux des vaccinations pratiquées pendant l'année 1875 dans les départements de la Haute-Meuse, de la Ardèche, (Commission de vaccine).

L'Académie reçoit : a. Une note de M. le docteur Descamps (de Constantinople), sur un cas de rupture de l'ovale de la valvule inférieure du cœl gauche chez un enfant de quatorze ans — b. Une lettre du président de la Société protectrice des animaux annonçant la séance annuelle pour le lundi 5 juin.

M. Gueneau de Mussy présente, au nom de M. le docteur Galewsky, un TRAITÉ ICONOGRAPHIQUE D'OPHTHALMOLOGIE.

M. Lapeyre dépose sur le bureau : 1° au nom de M. Leclerc, un ouvrage intitulé : HISTOIRE DE LA MÉDECINE ARABE. — 2° au nom de MM. Chassagnac et Ed. Desbrosses, un GUIDE MÉDICAL PRATIQUE DE L'OFFICIER.

M. Delbœuf offre à l'Académie, de la part de M. Abadie, un TRAITÉ DES MALADIES DES YEUX.

M. Douley présente, de la part de M. Mégnin, vétérinaire : 1° UN MÉMOIRE SUR L'ORGANISATION ET LA DISTRIBUTION ZOOLOGIQUE DES ACARIENS DE LA FAMILLE DES GAMBESIDÉS. — 2° UN PRÉCIS DES MALADIES DE LA TÊTE DU CHEVAL. — 3° Au nom de M. André Sanson, un ouvrage intitulé RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA RESPIRATION PULMONAIRE CHEZ LES GRANDS MAMMIFÈRES DOMESTIQUES.

M. Amédée Lefèvre présente, au nom de M. le docteur Ripart, une série de brochures sur des sujets divers.

ÉLECTION. — L'Académie procède à l'élection d'un membre dans la section des correspondants nationaux. La commission présentait les candidats dans l'ordre suivant : en première ligne M. Willemin (de Vichy) ; en deuxième ligne M. Berchon ; en

troisième ligne *ex æquo* MM. Dechaux, Laussedat, Mignot et Nivet. M. Willemin est nommé par 47 voix sur 65 suffrages.

HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — M. Devilliers, au nom de la commission permanente de l'hygiène de l'enfance, donne lecture du rapport annuel sur les travaux adressés à l'Académie pour l'année 1875.

Dans la première partie de son rapport, M. Devilliers expose le résumé des tableaux statistiques destinés au programme de l'Académie ou des mémoires manuscrits ou imprimés ayant trait à ce programme ou à diverses questions afférentes à l'hygiène de la première enfance.

La seconde partie est destinée à l'examen des mémoires envoyés au concours pour le prix de 1200 francs fondé sur la question posée par la commission.

Il résulte des documents transmis à l'Académie par un grand nombre de médecins de province et trois sociétés protectrices de l'enfance, qu'au point de vue de la mortalité les relevés donnent une proportion générale de 19 décès sur 100 naissances, 18 pour 100 pour les enfants légitimes et 24 pour 100 pour les illégitimes. Ces proportions sont sensiblement les mêmes que pour les années précédentes. Quant aux causes de ces décès, ce sont toujours, par ordre de fréquence, les affections intestinales, la faiblesse congénitale, les maladies des voies respiratoires, rarement l'alimentation insuffisante ; plus rarement encore la rougeole, la variole, la syphilis et l'infanticide.

M. Devilliers passe successivement en revue les questions traitées dans les différents mémoires et relatives à l'influence de la mortalité, du mode de nourriture, de l'allaitement maternel ou artificiel, des habitudes propres à chaque région, de la surveillance ou de l'absence de contrôle exercé sur les nourrissons et les nourrices ; il constate qu'à ce dernier point de vue les mesures sont insuffisantes et que les secours accordés aux filles mères sont toujours trop faibles ; que l'institution des secours officiels fait défaut et que le plus souvent c'est la charité privée qui vient en aide aux mères nécessiteuses.

Le rapporteur signale les mémoires de MM. Maurin, Gibert et Sanguin, et termine par le résumé des principaux vœux exprimés par les documents parvenus à l'Académie pour l'année 1875. Ces vœux sont :

1° La nécessité absolue d'exiger l'exécution stricte de la loi en ce qui concerne la déclaration et la constatation de décès par des hommes de l'art, seul moyen d'éviter les infanticides par omission ou par commission et d'empêcher les fausses déclarations.

2° La nécessité de rétablir les tours si l'on ne veut pas voir augmenter le nombre des décès des enfants illégitimes.

3° L'opportunité d'élever le taux des secours à allouer aux mères nourrices pauvres et aux filles mères qui allaitent.

4° L'indispensable nécessité d'une surveillance active des nourrices et de toutes les personnes chargées d'élever des enfants, et par conséquent insistance pour une exécution prompte et complète de la loi sur la protection des enfants en bas âge, votée il y a déjà dix-huit mois par l'Assemblée nationale.

5° Publication aussi large, aussi étendue que possible des CONSEILS ÉLÉMENTAIRES AUX MÈRES ET AUX NOURRICES.

6° Recherches des moyens propres à assurer les gages des nourrices qui emportent des enfants à la campagne, afin de diminuer encore les chances de maladies et de mort de ces enfants.

7° Modifications à apporter à l'article 340 du Code civil, article qui défend la recherche de la paternité et est cause de l'abandon de tant de femmes et de la mort d'un grand nombre d'enfants restés sans secours.

(Ces conclusions du rapport seront lues en comité secret.)

PLAIES DES ARTICULATIONS. — M. Dechaux donne lecture d'un travail sur les plaies pénétrantes des articulations. La partie principale de ce mémoire est que le danger, selon lui, ne tient nullement à l'entrée de l'air dans l'articulation, comme on l'admet généralement, mais à la difficulté qu'éprouve la nature à réparer les lésions ou les tissus blancs, fibreux, tendineux, cartilagineux et synoviaux, étant des tissus basi-

liaires, primitifs, composés à la base de notre édifice et difficiles à reconstituer. Quant aux grands désordres qui accompagnent parfois de simples piqûres, des lésions très-légères des articulations, M. Dechaux les explique « par la susceptibilité des cavités closes qui ont horreur d'être ouvertes, par l'irritabilité des tissus qui ont horreur d'être entamées ». Cette horreur viendrait du *sensorium commune* qui réagit avec trop de zèle et le danger vient « du trop grand empressement, de la colère, ou de la trop grande envie de bien faire de l'organisme devant une atteinte dangereuse et des travaux difficiles de réparation.

SOUFFLE PUERPÉRAL. — M. Bouillaud, demande la parole, à l'occasion d'une présentation faite il y a quelque temps par M. Depaul au nom de M. Glénard sur le *souffle puerpéral*. M. Glénard concluait en ces recherches que le souffle placentaire n'avait son siège, ni dans le placenta, ni dans l'artère iliaque, ni dans le tissu utérin, mais dans l'artère épigastrique. M. Bouillaud trouve cette conclusion, basée sur une seule expérience, un peu trop hardie ; il croit qu'il y aurait lieu de reprendre à nouveau cette question du souffle placentaire, question qu'on a laissé reposer depuis près de quarante ans. Il se propose de faire très-prochainement à ce sujet une communication à l'Académie.

M. Depaul répond qu'il a été surpris aussi des conclusions de M. Glénard. Il a entrepris à cette occasion quelques expériences qui ne lui ont pas encore donné de résultats ; il pense, comme M. Bouillaud, qu'on pourrait remettre à l'ordre du jour cette question si intéressante des souffles de la grossesse.

M. Bouillaud ajoute que des accoucheurs éminents ont émis sur ce point des doctrines véritablement indignes d'eux, parce qu'ils n'avaient pas de notions suffisantes sur le mécanisme des bruits artériels à l'état normal et dans d'autres régions du corps.

Académie royale de médecine de Belgique.

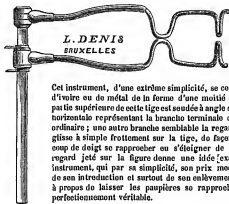
SÉANCE DU 27 MAI 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. SOUPART, VICE-PRÉSIDENT.

M. le ministre de l'intérieur fait savoir à la compagnie que, par arrêté royal du 30 avril, le *palais Ducal*, à Bruxelles, est mis à la disposition de l'Académie des sciences, des lettres et des beaux-arts et de l'Académie de médecine. Il portera désormais le nom de *palais des Académies*. Ce palais est celui où se sont tenues, au mois de septembre dernier, les séances du Congrès international des sciences médicales.

M. le docteur Helmbaut, à Tonnin, soumet à la compagnie une observation de pratique médico-chirurgicale. — Renvoyé à une commission.

CANCER. — M. le docteur Philippart, à Tournai, adresse une main envahie d'un énorme cancer, pièce pathologique qu'il a recueillie chez une femme dont le sein gauche avait été préalablement atteint d'une production de même nature.

BIPHAROSTAT. — M. Wartomont présente, au nom de M. le docteur Coppes, médecin oculiste, à Bruxelles, un bipharostat d'un nouveau modèle (voy. la figure).



Cet instrument, d'une extrême simplicité, se compose d'une tige d'ivoire ou de métal de la forme d'une moitié de cylindre. A la partie supérieure de cette tige est soudée à angle droit une branche horizontale représentant la branche terminale d'un bipharostat ordinaire ; une autre branche semblable la regarde, mais celle-ci glisse à simple frottement sur la tige, de façon à permettre d'un coup de doigt se rapprocher ou s'éloigner de la première. Un regard jeté sur la figure donne une idée exacte de ce petit instrument, qui par sa simplicité, son prix modique, la facilité de son introduction et surtout de son enlèvement quand on juge à propos de laisser les paupières se rapprocher, constitue un perfectionnement véritable.

LECTURES. — M. le docteur Ch. Fauvel, de Paris, est admis à faire une communication sur les résultats pratiques obtenus

par la laryngoscopie. Cette communication a pour principal objet de faire connaître à la compagnie et de lui présenter le TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DU LARYNX, que M. Fauvel vient de publier. Il donne une analyse succincte de cet ouvrage, insiste particulièrement sur les points nouveaux de science concernant les maladies du larynx qui y sont mis en lumière, et met sous les yeux de l'Académie les différentes pièces de son arsenal chirurgical, dont plusieurs sont de son invention. La communication de M. Fauvel sera insérée au bulletin de la séance.

M. Borlée lit un mémoire intitulé : CHIRURGIE CONSERVATRICE ; FAITS REMARQUABLES DE GUÉRISON OBTENUE DANS LES BLESSURES GRAVES DES MEMBRES A L'AIDE DES PANSEMENTS A L'ALCOOL SIMPLE OU CAMPHRÉ ET DU DRAINAGE, ALORS QUE L'AMPUTATION PARAÎSSAIT INÉVITABLE. L'auteur y fait ressortir la supériorité de ce mode de pansement sur celui à l'acide phénique, qu'on a, selon lui, trop vanté, et qui commence déjà à être abandonné au profit de celui à l'acide salicylique. Le mémoire de M. Borlée fourmille d'observations intéressantes. Il sera publié en entier dans le bulletin de la séance.

COMITÉ SECRET. — Une proposition de M. Kuborn, membre de la section d'hygiène, tendant à faire porter de trois à cinq le nombre des membres de cette section, a été prise en considération. Une commission composée d'un membre de chaque section, présidée par le président de l'Académie, sera chargée de l'examiner.

L'Assemblée, au moment de procéder aux élections de correspondants et de membres honoraires régionaux et étrangers, ne s'est plus trouvée en nombre (l'article 10 des statuts exige la présence des deux tiers au moins des membres titulaires).

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 12 MAI 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. LABOULBÈNE.

UN CAS DE TUBERCULOSE MILAIRE DE LA GORGE CHEZ UN ENFANT DE QUATRE ANS ET DEMI. — RAPPORT DE M. CADET DE GASSICOURT SUR LA CANDIDATURE DE M. REVILLIOD : LA TRACHÉOTOMIE A GENÈVE.

M. Isambert présente une petite fille de quatre ans et demi, atteinte de cette lésion curieuse qu'il a étudiée depuis plusieurs années avec MM. Bucquoy, Féréol, Martineau, etc., sous le nom de *tuberculose miliaire de la gorge*. Les lésions sont ici tout à fait typiques et couvrent toute l'arcade de l'isthme du gosier (piliers, luette, etc.). Elles sont caractérisées par la présence de granulations grises, tuberculeuses, semblables à des grains de semoule et entourées d'une zone inflammatoire d'un rouge vif, mais très-restreinte. L'épiglotte est également infiltrée et volumineuse, et il est probable que le larynx est déjà atteint profondément, bien que l'examen laryngoscopique n'ait pu encore être complet. L'état des poumons est masqué par des ronchus sonores très-abondants et un peu de bruit transmis du larynx. C'est la première fois que cette lésion est observée chez un enfant si jeune. On sait que la tuberculose miliaire aiguë du poumon en est la terminaison ordinaire.

Comme point de comparaison, M. Isambert ramène une femme adulte atteinte de la même maladie et qu'il a présentée déjà il y a quatre ou cinq mois à la Société. Depuis cette époque, la luette est tombée spontanément et, depuis cette chute, le voile du palais n'étant plus tiraillé est entré dans une phase de réparation. Les granulations grises se sont énucléées en grande partie, les surfaces restantes présentant une grande analogie avec les ulcérations tuberculeuses de la langue. Malheureusement la maladie marche du côté du larynx et des poumons.

— M. Cadet de Gassicourt, au nom d'une commission dont il faisait partie avec MM. Archambault et Blachez, lit un intéressant rapport sur la candidature, au titre de membre cor-

respondant, de M. le docteur Révilliod, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital cantonal de Genève.

Le travail présenté à l'appui de sa candidature a trait aux résultats que M. Révilliod a obtenus par la trachéotomie dans le croup. Cet habile confrère a opéré 87 malades et a pu en sauver 38, proportion de succès à laquelle nous ne sommes pas habitués à Paris, où nous ne savons que 30 pour 100 des malades trachéotomisés.

M. Révilliod trace les règles suivies par lui dans ses opérations et donne le détail de chaque groupe de fûts. M. le rapporteur discute les points principaux du même et reconstitue la sagesse des préceptes qui ont dirigé M. Révilliod dans le traitement de ses malades, préceptes d'ailleurs très dignes par les médecins de l'hôpital des enfants de Paris, où M. Révilliod a été interne.

Si M. Révilliod a obtenu des résultats aussi favorables, cela tient, d'après la commission, à trois causes :

1° Au milieu dans lequel les enfants ont été opérés. En effet, M. Révilliod a trachéotomisé presque tous ses malades à Genève, dans la ville et dans ses environs, où l'air est extrêmement sain : trois enfants seulement ont été traités à l'hôpital. Or, à Paris, la statistique est surchargée de décès qui ont lieu dans les asiles nosocomiaux, dans lesquels les opérés pèsent tant de maladies secondaires que les enlèvent.

2° A l'état des malades, à leur santé antérieure. Dans une ville comme Genève ou dans ses environs, la population est plus forte, moins malade que dans une capitale comme Paris. Les enfants pris du croup dans ces conditions offrent plus de résistance que nos petits malades et ont des chances plus nombreuses de guérir après l'opération.

3° A l'époque de la maladie à laquelle est faite la trachéotomie. En effet, M. Révilliod a pu suivre ses malades presque depuis le début de la maladie ; tous ceux qu'il a opérés l'ont été à une période assez peu avancée du mal pour que les chances de réussite restent entières, alors qu'à Paris les enfants souvent amenés à l'hôpital dans un état déplorable, déjà intoxiqués par une asphyxie prolongée, succombent non aux suites de l'opération, mais à la maladie elle-même, déjà trop avancée pour qu'on puisse espérer tout le succès de l'ouverture de la trachée.

Les conclusions du rapport, adoptées à l'unanimité par la Société, sont : 1° d'admettre M. Révilliod sur la liste des candidats au titre de membre correspondant ; 2° de renvoyer son mémoire au comité de publication.

A. LEGROUX.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 24 MAI 1876. — PRÉSIDENCE DE M. HOUËL.

RAPPORTS DE LA GROSSESSE AVEC LES MALADIES CHIRURGICALES ET RÉCIPROQUEMENT. — THAUMATISMES PRODUITS PAR LA BOUCHE DU CHEVAL. — PRÉSENTATION DE MALADES. — AMPUTATION SUS-MALLÉOLAIRE. — FIBRO-MYXOME DU NERF SCIATIQUE. — PRÉSENTATION D'UNE PIÈCE.

M. Tillaw fait un rapport sur un mémoire lu par M. Gillette dans une précédente séance ; il s'agit des divers traumatismes produits par la bouche du cheval (voy. *Gaz. hebdom.*, 12 mai 1876).

— M. Cazin (de Boulogne) adresse à la Société de chirurgie une note sur les rapports de la grossesse et des maladies chirurgicales.

1° Une femme de trente-trois ans, atteinte d'arthrite fongueuse du genou, subit l'amputation de la cuisse au tiers inférieur. Les règles avaient paru vingt jours avant l'opération et la cicatrisation marchait bien. Un mois après l'opération survint un abcès dans le moignon ; métrorrhagie qui amena l'expulsion d'un œuf de six semaines environ.

2° Fille de dix-sept ans, ayant une fissure à l'anus ; règles irrégulières. La malade fut endormie et M. Cazin fit la dilatation for-

cée. Peu de jours après, au milieu de caillots sanguins, issue de débris d'un œuf caractéristique.

3° Jeune femme enceinte de six mois ; chute dans un escalier. Il en résulte une plaie très-étendue du crâne et la grossesse continue.

4° Madame J..., ayant eu cinq enfants, pas de fausses couches, se coupe l'artère radiale à travers un carreau de vitre. Ligature du vaisseau. Le lendemain, angioloécite et avortement de deux mois le surlendemain.

5° Femme de vingt-six ans, enceinte de six mois, portant une tumeur maligne à la cuisse. Opération ; le soir même hémorrhagie veineuse abondante. Cicatrisation au bout de cinq semaines. Accouchement à terme.

M. Cazin termine en disant que les observations sont contradictoires ; qu'on ne peut pas encore formuler de règle générale, mais qu'il est sage de ne faire sur les femmes enceintes que les opérations urgentes.

— M. Guéniot fait une communication sur le même sujet. A l'heure actuelle il existe dans la science plus de 200 faits publiés, ce qui permet d'arriver à des conclusions utiles. A ces faits M. Guéniot ajoute les six observations suivantes :

1° Kystes de l'ovaire gauche chez une femme enceinte de six mois. Ponction ; issue de neuf litres d'un liquide brun chocolat ; le ventre diminua peu. Quarante-huit heures après la ponction, vomissements, mort sans avortement. A l'autopsie, pas de péritonite.

Pourquoi la mort dans ce cas ? Il n'est pas sans exemple qu'une malade meure après une ponction, lorsque la maladie n'est pas compliquée de grossesse.

2° Erysipèle phlegmoneux du crâne et de la face chez une femme enceinte de huit mois et demi. Nombreuses ouvertures d'abcès. Accouchement à terme.

3° Abcès sanguin de la grande lèvre gauche au huitième mois de la grossesse. Incision ; guérison. Accouchement à terme.

4° Observation rapportée par Philippe Peu (1694). Femme boiteuse, enceinte d'environ huit mois : chutes fréquentes sur le ventre. Mort.

5° Observation rapportée par Baudelocque (1789). Une femme, enceinte de huit mois, reçoit un coup de corne de taureau qui lui ouvre le ventre et l'utérus. Hémorrhagie. L'enfant sort par la plaie. Une heure après l'accident, le chirurgien arrive et fait la délivrance ; il lave les intestins, l'utérus, et suture les parois du ventre. La malade guérit ; l'enfant vécut huit heures.

6° Observation rapportée par Planchon (1801). Une femme, arrêtée dans la rue par un enlras de voiture, reçoit dans le ventre et dans l'utérus un gros clou de voiture. Elle meurt au bout de quarante-huit heures ; l'enfant lui-même avait été blessé.

M. Guéniot continuera sa communication dans la prochaine séance.

— M. Guyon présente un malade qui a subi l'amputation sus-malléolaire pour une carie du tarse et du métatarse avec fistules multiples. L'opération a été faite le 28 avril, la guérison était complète le 15 mai. Le lambeau comprenait le tendon d'Achille et les gânes de la partie postérieure de la jambe. Pas d'accidents, ni locaux ni généraux. M. Guyon a appliqué le pansement de Lister ; les ligatures, au nombre de six, ont été résorbées.

— M. Trélat présente le malade dont il a déjà entretenu la Société dans la séance du 29 mars. On se souvient que M. Trélat a enlevé sur ce malade 22 centimètres du nerf sciatique pour un fibro-myxome de ce nerf. On s'attendait à une gangrène du membre : la plaie est guérie ; le malade marche admirablement bien ; on l'électrise tous les matins.

Le membre gauche, malade, est un peu moins gros que l'autre ; le pied n'obéit pas aux muscles, mais l'extension de la jambe est complète ; la flexion de la jambe va jusqu'à l'angle droit. La température paraît un peu plus élevée à gauche qu'à droite. Anesthésie totale sur la face dorsale du pied, incomplète sur la face externe du pied et en arrière de

la jambe. Le malade marche deux heures par jour. Le pied ballotte comme un pied mécanique, mais cela vaut bien un pied artificiel. Au niveau de la cuisse, pas de douleur; il semble que la partie malade du nerf, que l'on n'a pas enlevée, reste dans un état stationnaire.

— M. Trélat a présenté, il y a plus d'un an, le calcanéum d'un individu qui avait eu le pied écrasé et qui avait vu se développer une hyperostose sur l'os du talon. La cicatrice s'ulcérait fréquemment. M. Trélat avait réséqué le calcanéum. Plus tard, l'astragale à son tour irrita la cicatrice et rendit la marche impossible. M. Trélat fit l'amputation de la jambe. Il présente aujourd'hui la pièce et l'astragale dans ses rapports avec la cicatrice ulcérée.

Société de biologie.

SÉANCE DU 27 MAI 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CLAUDE BERNARD.

UN TÉNIA DU CHIEN; M. J. CHATIN. — MUSCLES DU COL DE LA VESSIE CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME; M. CADIAT. — NUMÉRATION DES GLOBULES BLANCS DU SANG À L'ÉTAT NORMAL; M. GRANCIER; DISCUSSION: M. MALASSEZ. — RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES EFFETS DE L'ACCUMULATION DE LA GLUCOSE DANS LE SANG: M. PAUL BERT; DISCUSSION: M. CLAUDE BERNARD.

M. J. Chatin fait une communication sur une variété de tenia étudiée chez le chien.

— M. Cadiat a étudié avec soin les muscles du col de la vessie et de la première partie de l'urètre chez l'homme et chez la femme; il a pu constater que les fibres musculaires circulaires de la vessie se continuent sur la première partie de l'urètre en formant un anneau qui se termine peu à peu vers la région bulbaire en diminuant progressivement, mais qu'elles se prolongent notablement plus loin en avant qu'en arrière. Telle est la disposition exacte chez la femme.

Chez l'homme le type est le même, mais la présence de la prostate, qui se trouve logée dans l'épaisseur de cet anneau musculaire, fait que les fibres, forcées de se prêter à la disposition des glandes comprises dans leur épaisseur, présentent une disposition beaucoup moins régulière. Au-dessous de la prostate l'anneau musculaire reprend la même disposition que chez la femme et se termine au niveau de la région bulbaire.

Pas plus chez l'homme que chez la femme, M. Cadiat n'a pu constater l'existence de fibres allant s'insérer à la symphyse pubienne.

L'auteur n'a pu jusqu'ici examiner cette région que chez un seul singe: il a trouvé la même disposition, mais l'anneau musculaire présente une épaisseur beaucoup plus considérable; en haut, près de la vessie, il acquiert une épaisseur égale au diamètre de l'urètre.

— M. Grancher fait une importante communication. On sait que la question de la numération des globules du sang dans l'état de santé et dans l'état de maladie est, depuis les importantes recherches de MM. Malassez et Hayem, une question à l'ordre du jour. Jusqu'ici les recherches ont surtout porté sur les globules rouges. M. Grancher s'est occupé des leucocytes. Le but qu'il se proposait d'atteindre était de savoir si les globules blancs subissent dans la vie ordinaire d'importantes variations et si les différents sujets présentent sous ce rapport dans des conditions identiques une parfaite concordance.

M. Grancher s'est occupé d'abord d'éviter les causes d'erreur qui pouvaient venir compromettre ses résultats: 1° il a choisi l'appareil de M. Hayem, mais il a remarqué que la répartition des globules blancs dans la préparation était loin d'être régulière comme celle des globules rouges; pour éviter les inconvénients qui eussent été la conséquence de cette irrégularité, il a pris la résolution de compter les leucocytes dans toute l'étendue du champ microscopique et de prendre

la moyenne de dix champs microscopiques choisis dans les diverses parties de la préparation; 2° il s'est arrêté à un sérum uniquement formé par une solution de sulfate de soude au quarantième. Cette solution n'altère pas les globules blancs, dont on peut suivre les mouvements amiboïdes pendant fort longtemps et sans prendre la précaution de chauffer la préparation; elle rend les globules rouges sphériques et ne les altère pas; elle leur conserve leur couleur.

Ces précautions prises, M. Grancher a fait pendant plusieurs jours des numérations de globules chez plusieurs jeunes gens de vingt à trente ans aux diverses heures de la journée, avant et après les repas, en leur recommandant de ne pas changer leur manière de vivre. Ces recherches ont été continuées pendant plusieurs jours et ont produit les résultats suivants: 1° Le rapport entre le nombre des globules blancs et celui des globules rouges est plus faible qu'on ne l'admet en général. Pour M. Grancher il serait de 1 globe blanc pour 1500 à 1800 globules rouges.

2° Les différences d'un sujet à un autre sont très-larges; elles varient de 3000 à 9000 par millimètre cube.

3° Chez un même sujet le chiffre reste sensiblement le même, et les oscillations se font dans des limites restreintes.

4° Les repas n'ont pas ou peu d'action sur le nombre des globules blancs.

5° Ce nombre ne paraît dépendre ni de l'âge, ni de l'heure de la journée, ni du nombre des globules rouges.

M. Malassez rappelle qu'il a fait quelques recherches dans le même sens. Il a observé que le genre d'alimentation a une influence sur le nombre des globules blancs, par exemple l'alimentation par les corps gras augmenterait leur nombre.

— M. Paul Bert a fait des recherches sur les effets produits par l'accumulation dans le sang d'une grande proportion de glycose. M. Claude Bernard a dit depuis longtemps que la glycosurie se montre dès que la proportion de glycose contenue dans le sang dépasse ou même atteint 3 pour 1000; il devient donc impossible dans ces conditions d'accumuler une grande quantité de sucre dans le sang, puisque l'excès est éliminé par le rein, et pour observer les effets toxiques de cette substance il est nécessaire de supprimer cet émonctoire. M. Bert, malgré les inconvénients de la ligature des urètres, qui, en rendant les chiens malades, empêche de bien observer les phénomènes, a dû recourir à ce procédé. Il a alors constaté que la dose de 20 pour 1000 n'amenait la mort des chiens qu'après deux ou trois jours, ce qui rendait impossible de discerner si elle était produite par la seule ligature des urètres; mais avec une dose de 40 pour 1000 la mort survient bien vite: en trente-cinq, quarante minutes. La dose toxique est donc comprise entre ces deux proportions. Les chiens qui mouraient après deux ou trois jours ayant eu 20 pour 1000 de sucre, n'en avaient plus ni dans les viscères, ni dans le sang, ni dans les muscles; ces derniers étaient très-acides, leur contractilité très-faible, ainsi que l'excitabilité nerveuse, durant cependant autant qu'à l'ordinaire. On ne trouvait pas non plus de sucre dans la salive, dans les quelques gouttes d'urine contenues dans les bassinets, mais il y en avait encore un peu dans les humeurs de l'œil, dont cependant les milieux réfringents avaient conservé leur transparence. M. Bert renouvelera ses expériences en analysant plus minutieusement les phénomènes.

M. Poncet dit qu'il a vu récemment un cas de cataracte diabétique sans sucre dans l'œil.

M. Claude Bernard dit que les expériences sur la glycosurie sont bien plus complexes qu'on ne le croit généralement. Il ne faut pas se borner à la rechercher par la liqueur cuproprotassique, mais mettre en usage tous les procédés. Il insiste sur la très-rapide destruction du sucre après la mort. Il refait en ce moment toutes les expériences qu'il a publiées antérieurement en les contrôlant sévèrement, de manière à mettre cette question à l'abri de toute objection.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 10 MAI 1876. — PRÉSIDENCE DE M. OULMONT.

BROMHYDRATE DE CICUTINE : M. MOURRUT. — TRAITEMENT DU TËNIA ; GRAINE DE CITROUILLE, FOUGÈRE MÂLE ET CALOMEL : M. C. PAUL. — DES EMPOISONNEMENTS PAR L'ACIDE PHÉNIQUE : M. FERRAND.

M. Mourrut présente un bromhydrate de cicutine parfaitement cristallin. Pour obtenir ce sel, il suffit de traiter la cicutine brune ordinaire par l'acide bromhydrique ; si se forme des cristaux solubles dans l'eau et dans l'alcool, d'abord souillés par une matière colorante brune, mais devenant incolores après des cristallisations répétées.

En versant goutte à goutte de l'acide sur de la cicutine blanche, on obtient rapidement de beaux cristaux très-purs. Ils sont prismatiques, solubles dans l'eau, dans l'alcool et un peu dans l'éther. Ils sont non déliquescents, inodores et d'une faible saveur ; lorsqu'on les chauffe ils dégagent une forte odeur de cicutine. Ils fondent vers 100 degrés et plus tard ils se volatilisent. Exposés à l'air, ils se colorent en rouge mais ne se décomposent pas.

Le bromhydrate de cicutine contient un tiers de son poids de bromure. Administré à un jeune chien du poids de 7 à 8 kilogrammes, il produisit, à la dose de 5 à 20 centigrammes, de la somnolence et plus tard une paralysie du train postérieur. L'animal se rétablit. Une dose de 40 centigrammes amena une résolution musculaire complète ; l'animal se rétablit encore. Mais une dose de 50 centigrammes donna d'un seul coup au même animal le tœnia. Il présenta de la résolution musculaire, de la dilatation des pupilles. A l'autopsie, le cœur fut trouvé plein de caillots, les méninges étaient injectées. Chez un chat, 5 centigrammes de bromhydrate produisirent l'amysthémie passagère, et 20 centigrammes une paralysie musculaire plus durable ; l'animal se remit néanmoins. La respiration, la circulation et la sensibilité ne furent pas modifiées.

Quelques essais ont été tentés chez l'homme par les docteurs Saison, Landier et Regnault, mais encore trop peu nombreux pour qu'on puisse en tirer de bonnes conclusions.

Un enfant atteint de coqueluche fut calmé par une dose de 5 milligrammes.

Un adulte, atteint de sciatique, parut soulagé complètement par une injection sous-cutanée de 5 milligrammes.

La même dose mit fin à une névralgie intercostale chez un phthisique.

En général, les enfants supportent bien une dose de quelques milligrammes, et les adultes une dose de 1 centigramme.

— M. C. Paul a essayé les préparations de semences de citrouille, préconisées par M. Heckel, chez un de ses malades atteint de tœnia ; il n'a obtenu aucun résultat. Il n'a pas moins échoué avec le traitement préconisé par M. Laboulbène. Il fut plus heureux avec les pilules préconisées par le docteur Créquéy.

Extrait de rhizome frais de fougère mâle. 50 centigr.

Calomel..... 5 —

pour une pilule.

Il donna 16 de ces pilules prises par 2 de dix en dix minutes. Deux heures après la dernière prise, les garde-robes commencent, et vers la quatrième heure le malade rendit un tœnia inerme entier.

— M. Ferrand s'est occupé dans ces derniers temps des empoisonnements par l'acide phénique. Il pense que cette substance agit : 1° par une action corrosive ; 2° par ses effets diffusés après absorption ; 3° en altérant le sang. L'altération du sang est, d'après lui, le phénomène capital.

Pour provoquer l'expulsion hors de l'économie de l'acide phénique ingéré par l'estomac, il conseille l'ipéca, ou mieux l'apomorphine, ou la pompe stomacale avec lavage. Il ne faut

pas compter sur les antidotes : aucun ne réussit à neutraliser l'acide ; le meilleur est, d'après lui, le sucrate de chaux.

Sucre..... 16 parties.
Eau..... 40 —
Chaux caustique..... 5 —

Si l'absorption a eu lieu, ces moyens n'ont naturellement plus leur raison d'être. On doit se rejeter sur les sinapismes, frictions, fomentations, rhum, éther, ammoniac, térébenthine, stimulants diffusibles, etc. Afin d'activer l'élimination du poison par ses émonctoires naturels : reins, intestins, poumons, on conseillera : boissons alcalines, lait, vin blanc, café léger ; enfin, pour aller plus vite, saignée, transfusion du sang, peut-être inhalations d'oxygène.

A. B.

REVUE DES JOURNAUX

anévrisme de la crosse de l'aorte ; ouverture dans les bronches ; hémoptysie foudroyante, par MM. RAYMOND et PORAK, internes des hôpitaux.

Le sujet de cette observation est un homme de cinquante-six ans, d'une bonne constitution, qui n'avait comme maladie antérieure qu'une attaque de rhumatisme. Six semaines avant son entrée à l'hôpital (service Gubler, hôpital Beaujon) il fut pris de courbature et de dyspnée. A son entrée, la toux était plus fréquente, la respiration courte, parfois haletante, râles sibilants et rouflants dans la poitrine ; rien au cœur ; douleurs articulaires intenses au niveau du genou et de la hanche ; urines normales quoique chargées de mucus, légère douleur pendant la miction. M. Gubler fit le diagnostic suivant : bronchite avec emphysème, rhumatisme subaigu, probablement cystite du col. Quinze jours après ce premier examen, les signes stéthoscopiques se sont modifiés ; il existe dans tout le pœmon droit une respiration soufflante, ample, qui au voisinage des grosses bronches prend le caractère du souffle caverno-ampforique. Le malade a de la fièvre et de temps en temps des crachats avec stries sanglantes, mais il n'y a pas d'expectoration ; de telle sorte qu'il est impossible d'admettre le diagnostic : cavernes pulmonaires. On ne peut expliquer les signes stéthoscopiques que par une induration pulmonaire autour des grosses bronches ou plus probablement par une tumeur dont on ne peut préciser la nature, adénopathie ou anévrisme. Les jours suivants il éprouve une douleur profonde pendant la déglutition œsophagienne, comme s'il y avait une tumeur dans le médiastin postérieur. Il s'affaiblit, on trouve de plus quelques troubles nerveux, que MM. Raymond et Porak ne font que signaler sans préciser davantage. Puis tout à coup le malade, en montant dans son lit, est pris d'une hémorrhagie si abondante (vomissement de sang) que la mort a été instantanée.

A l'autopsie, on trouve les deux pœmons emphysémateux, le cœur est d'un volume moyen. L'artère pulmonaire est volumineuse, mais l'aorte est considérablement dilatée. L'anévrisme occupe toute la portion ascendante de l'aorte jusqu'à l'origine du tronc brachio-céphalique de la carotide. La portion descendante ne présente aucune modification du calibre ; au niveau même où la crosse de l'aorte devient descendante, on trouve une usure du corps de la vertèbre correspondante. La paroi interne de l'anévrisme est le siège de nombreuses altérations athéromateuses et même calcaires, dans l'intérieur de la poche il y a quelques caillots feuilletés, surtout sur la paroi postérieure ; à ce niveau on trouve une ouverture ovalaire dont le plus grand diamètre est de 1 centimètre, les bords sont nets, et font communiquer la poche avec la bronche gauche, près de l'éperon que forment les deux bronches, l'œsophage, le nerf récurrent gauche étaient englobés par l'anévrisme.

A propos de cette communication, M. Rendu insiste sur l'existence des douleurs au niveau de l'œsophage pendant la

déglutition, douleurs, dit-il, qui à certains égards rappellent les phénomènes douloureux qui se montrent quelquefois dans le cas d'anévrysme de l'aorte abdominale. (Société anatomique, 4 février 1876, in *Progrès médical*, 20 mai 1876.)

De l'action des sels biliaires sur le poulx, la tension, la respiration, la température, par MM. V. FELTZ et E. RITTER, professeurs à la Faculté de médecine de Nancy.

Dans les mémoires précédents, MM. Feltz et Ritter avaient uniquement étudié la pathogénie de l'ictère grave : ils avaient conclu de leurs recherches que la coloration jaune des tissus était due à la présence de la matière colorante de la bile dans le sang, que les accidents hémorragiques et nerveux étaient dus rarement à des accidents emboliques, presque toujours à l'intoxication du sang par les sels biliaires ; dans le mémoire que ces auteurs présentent aujourd'hui à l'Académie des sciences, ils étudient la circulation dans l'ictère et le mode d'action des sels biliaires. Voici leurs conclusions :

« Nous pouvons établir, comme résultats de faits expérimentaux contenus dans ce travail, que les modifications de circulation, de respiration, de calorification et de tension artérielle qui surviennent dans l'ictère dépendent uniquement de l'altération qu'apportent à la constitution du sang les sels biliaires retenus en plus ou moins grande quantité dans le liquide nourricier. Les matières colorantes et la cholestérine ne jouent aucun rôle dans les troubles fonctionnels dont il s'agit. Quant à l'action spéciale des sels biliaires, nous avons démontré qu'elle porte, par l'entremise du sang, sur le tissu musculaire en général et sur le cœur en particulier.

» La constitution du sang joue par elle-même un rôle mécanique, car nous démontrons que l'écoulement à travers les tubes capillaires est singulièrement ralenti si l'on mélange au sang normal des quantités très-minimes de sels biliaires.

» L'action toxique s'exerce évidemment sur le globule sanguin, nous l'avons démontré depuis longtemps par le microscope ; nous pouvons aujourd'hui l'assurer de par l'expérimentation, car le sérum du sang chargé de sels biliaires ne s'écoule pas plus lentement à travers les tubes capillaires que le sérum normal. »

MM. Feltz et Ritter donnent à l'appui de ces conclusions d'assez nombreuses expériences faites toutes avec la plus grande rigueur. Des expériences précédentes ils avaient noté que des injections de bile, faites à petites doses mais souvent répétées, amenaient la diminution du nombre des contractions du cœur et des respirations, et un léger abaissement de la température : ce résultat n'était que la confirmation des travaux de Bouillaud. Le but du nouveau mémoire était d'examiner l'action des sels biliaires injectés en minime quantité dans le sang : cette expérimentation, faite avec l'instrument du docteur Haro (*Essai sur la transpirabilité du sang*, in *Gaz. hebdom.*, 1870), vient donc compléter les recherches de Breschet (*Considérations sur une altération organique appelée dégénération noire*, in *Journal de Magendie*, t. I. Paris, 1821). Nous aurons du reste, d'ici peu, à revenir sur ce sujet, (*Journal de l'anatomie et de la physiologie* de Charles Robin, mai et juin 1876.)

BIBLIOGRAPHIE

Index bibliographique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES LÉSIONS RÉNALES DÉTERMINÉES PAR LES OBSTACLES AU COURS DE L'URINE, par le docteur André CHANDELUX. Vol. in-8. — Delahaye, 1876.

Bien que le titre de cette thèse ne réponde pas au sujet traité, et que l'auteur ait glissé trop rapidement sur certains points importants ou qu'il les ait même passés sous silence, on trouve néanmoins un résumé intéressant d'une question encore très-controversée.

Les conclusions principales de M. Chandelux sont celles-ci :

Tout obstacle au cours de l'urine anéantit, après un temps variable, des altérations du côté des reins.

L'alcalinité de l'urine peut à elle seule, mais rarement, développer la néphrite.

Le cathétérisme peut rendre l'urine alcaline, et en déterminant des éraillures de l'urètre provoquer la résorption urinesque.

Le cathétérisme, en amenant parfois la suppression immédiate de la pression dans le rein, peut produire la congestion, puis l'inflammation aiguë des reins.

La néphrite aiguë, greffée sur une néphrite chronique, est presque toujours l'origine des accidents décrits sous le nom de fièvre uréthro-vésicale.

Ces conclusions, on le voit, ne répondent pas à toutes les questions que le sujet comporte. N'aurait-il pas fallu rechercher, par des analyses d'urine faites, soit dans des cas de rétention simple ou de rétention compliquée de fièvre urinesque, soit dans des cas de lésions rénales nettement confirmées, l'importance de l'augmentation ou de la diminution de l'urée. C'est un point sur lequel M. Charles Bouchard a insisté avec raison dans ses cliniques de la Charité, alors qu'il suppléait M. le professeur Bouillaud (*Tribune médicale*, 1873). Les quatre observations de M. Chandelux ne contiennent aucun détail sur ce point.

La dernière conclusion de M. Chandelux ainsi conçue : « la néphrite aiguë, greffée sur une néphrite chronique, est presque toujours l'origine des accidents décrits sous le nom de fièvre uréthro-vésicale », vient à l'appui de l'opinion de Bryant (*Guy's hospital Reports*, 3^e série, vol. VIII) citée dans la remarquable thèse de M. B. Curtis (*Du traitement des rétrécissements de l'urètre par la dilatation progressive*, 1873). « Ce serait peut-être une exagération si l'on affirmait que l'affection rénale est l'unique cause de mort dans les cas de rétrécissement, mais elle en est la principale cause. » Sur 26 autopsies d'individus morts à la suite du traitement par la dilatation ou par l'uréthrotomie externe, on trouva, dans tous les cas sans exception, des altérations graves et invétérées du côté des reins. Telles sont aussi les conclusions de M. Reverdin (*Étude sur l'uréthrotomie interne*, 1870) et de M. Malherbe (*Étude sur la fièvre urinesque*, 1873) ; on voit donc l'importance de ces conclusions au point de vue du traitement, comme aussi du pronostic.

Après avoir étudié les modes de production des lésions rénales que M. le docteur Chandelux réduit à deux, l'alcalinité de l'urine et l'augmentation de pression éprouvée par le rein à la suite de la rétention d'urine dans la vessie, l'auteur recherche les conséquences de ces lésions. Il les divise en deux classes, celles qui surviennent hors de l'intervention opératoire et celles qui succèdent à cette intervention. Pour ces dernières, M. Chandelux résume les causes invoquées pour expliquer le développement de la néphrite aiguë, ces causes sont : la néphrite par propagation inflammatoire, la néphrite par action réflexe et la néphrite *ex vacuo* décrite par Leroy d'Étiolles. C'est cette dernière théorie que l'auteur adopte : « L'urine refluxant tient les organes dans un état de macération anormale qui finit par déterminer l'inflammation. La déplétion subite de la vessie, des uretères, des bassinets, des calices que détermine le cathétérisme, produit dans ces cavités l'effet d'un vide, d'une ventouse, d'où résulte l'hypémie, l'inflammation, l'apoplexie rénale (Leroy d'Étiolles). Elle est, selon M. Chandelux, la source la plus ordinaire de tous les accidents.

Enfin, dans un dernier chapitre, M. Chandelux étudie le traitement, l'indication de la ponction et du cathétérisme. Nous regrettons qu'il n'ait pas mentionné le siphon vésical qui, entre les mains de M. le docteur H. Grippat, a donné de bons résultats (*Du siphon vésical*. Paris, 1874).

VARIÉTÉS

Chronique de l'étranger.

AMÉRIQUE : NOUVELLE UNIVERSITÉ DE BALTIMORE. — THE JOHN HOPKINS HOSPITAL. — CONSTRUCTION ET ORGANISATION DES HÔPITAUX. — RÉFORMES UNIVERSITAIRES. — LÉGISLATION MÉDICALE DANS L'OHIO. — ANGLETERRE : LE CONSEIL MÉDICALE. — SIR WILLIAM FERGUSON.

Nous avons déjà annoncé que nos lecteurs qu'un riche citoyen américain, M. John Hopkins, était mort dans le courant de l'année dernière, en laissant quarante millions destinés à fonder un hô-

pital et une université dans la ville de Baltimore. L'Université comprendra l'enseignement général des lettres et des sciences et aura nécessairement une faculté de médecine et une faculté de droit, mais d'après une clause spéciale du testament, les prébendes seront absolument exclus du corps enseignant, quelque soit le culte auquel ils appartiennent. C'est là une mesure nécessaire à la prospérité d'un établissement dans un pays où la multiplicité des croyances religieuses est souvent une cause de discordie.

L'inauguration de la nouvelle Université a eu lieu le 23 février dernier, sous la présidence du docteur Eliot, professeur au Collège d'Harvard, qui a lu l'adresse inaugurale. Un grand nombre de savants accourus de tous les points de l'Union assistaient à la cérémonie. Le docteur Gilman a exposé, dans un discours très-sensé et très-applaudi, le plan général d'études adopté dans les Universités américaines et les réformes dont il est susceptible. Nous reviendrons sur ce sujet un peu plus loin.

Parmi les fonds laissés par le donateur, vingt millions sont spécialement destinés à la création d'un hôpital général, qui sera désigné sous le nom de *John Hopkins hospital*. Pour se conformer aux vœux du testateur, les *trustees* devaient se mettre en rapport avec cinq médecins distingués, choisis dans les différents états de l'Union, ayant acquis une compétence spéciale dans l'hygiène hospitalière et la construction des hôpitaux, afin d'obtenir d'eux les avis nécessaires pour la construction dudit hôpital. Voici les noms des médecins choisis à ce propos par le Comité: M. John Billing, chirurgien-major de l'armée fédérale; Norton P.olson, superintendant de l'hôpital général de Boston; Joseph Jones, professeur de clinique médicale à l'Université de la Louisiane; Caspar Morris, médecin de l'hôpital épiscopal de Philadelphie; Stephen Smith, de New-York.

Les cinq mémoires présentés par ces messieurs ont été publiés par le Comité et forment un magnifique volume qui contient les derniers perfectionnements suggérés par l'hygiène dans la construction et la disposition des établissements hospitaliers. (*Hospital plans, Five essays relating to the construction, organization and management of hospitals, contributed by their authors for the use of the John Hopkins hospital of Baltimore, grand in-8, de 334 pages, New-York, William Wood et Cie.*) Ce n'est point ici le lieu d'analyser les travaux de nos confrères américains; nous nous bornerons donc à en signaler les particularités les plus originales.

On avait, dans ces dernières années, préconisé en Amérique un système d'hôpitaux temporaires en bois qui, après avoir servi pendant quelques années, devaient être détruits pour être ensuite reconstruits sur un autre lieu et avec de nouveaux matériaux. Nous félicitons les auteurs d'avoir rejeté ce système qui, à beaucoup de points de vue, est impraticable. En effet, outre qu'il est difficile de donner aux malades le confort nécessaire dans les constructions provisoires et destinées à être sacrifiées d'un moment à l'autre, il est aujourd'hui démontré que l'insalubrité d'un hôpital n'est pas toujours en rapport avec son ancienneté. Une autre question qui est longuement discutée dans l'ouvrage de nos confrères Américains est également résolue d'une manière conforme aux lois de l'hygiène et de la salubrité. Il s'agit de la disposition des pavillons et du nombre d'étages qu'il conviendrait de donner à chacun d'eux. Quelques médecins ont prétendu que la superposition des salles dans un même pavillon facilitait la diffusion des germes morbides, qui pouvaient facilement se transmettre d'une salle à l'autre par les escaliers ou par tout autre moyen; ils ont eu conséquemment proposé de construire des pavillons avec une salle unique au rez-de-chaussée. Tout en admettant les avantages que peut présenter un semblable système, les auteurs pensent qu'il est impraticable dans un grand établissement hospitalier. La grande dissémination des malades rendrait le service difficile, et les frais d'achat de terrain et de construction seraient considérablement augmentés.

L'expérience a démontré qu'on pouvait traiter quelques malades dans des tentes pendant la saison chaude avec plus de succès que dans les salles. Ce système présente, en effet, des avantages réels: il met à l'abri du danger de la contagion par les germes, permet de débarrasser les salles des cas de maladie infectieuse et en rend le séjour beaucoup plus confortable pour les malades qui y restent enfermés. Nos confrères Américains sont tous d'avis de le mettre en pratique.

Nous ne nous étendons pas sur toutes les autres questions d'hygiène hospitalière, qui ont été traitées et résolues à propos de l'hôpital de John Hopkins; nous ferons seulement remarquer, en terminant, que l'exemple donné par le Comité de Baltimore, prenant l'avis des hommes compétents et s'y conformant, mérite d'être cité. On eût peut-être évité bien des incon vénients et écono-

misé bien des millions, si l'on avait agi ainsi en France, lorsqu'il a fallu reconstruire notre Hôtel-Dieu.

Nous avons si souvent parlé du désordre et de la confusion qui régnent dans l'enseignement supérieur en Amérique, que nous sommes heureux de signaler aujourd'hui quelques améliorations véritables. L'enseignement de la médecine étant absolument libre, les différentes facultés de médecine n'ont entre elles aucune relation, et beaucoup d'entre elles n'ont d'autre souci que d'augmenter à tout prix le nombre de leurs élèves. Il en était résulté un grand abaissement dans le niveau des études et une espèce de concurrence qui n'était pas toujours honorable. Quelques facultés sont cependant parvenues à sortir de ce chaos et à se créer une position convenable dans le monde scientifique; telles sont les universités d'Harvard et de Pensylvanie. Mais nous voulons aujourd'hui attirer l'attention sur un Bill qui sera présenté à la législature de l'Ohio et qui, selon le *Boston medical journal*, a de grandes chances d'être voté. D'après le projet de loi, l'État exercerait un contrôle sévère sur les facultés de médecine et se ferait représenter par un ou plusieurs professeurs dans les jurys d'examen. Un examen préliminaire, dans le genre de notre baccalauréat, serait exigé des candidats avant leur inscription à l'école de médecine, et la durée totale des études médicales ne saurait être inférieure à cinq années. Ce dernier point est très-important, surtout si l'on considère avec quelle rapidité on peut obtenir un diplôme dans la plupart des facultés américaines. Aujourd'hui encore il est possible, avec un peu d'habileté, de passer ses examens, faire son stage et obtenir son diplôme de docteur à l'école de Kentucky-Louisville, dans le court espace de neuf mois. Si le bill dont nous venons de parler est voté, l'exercice de la médecine sera interdit sur tout le territoire de l'état de l'Ohio aux personnes non diplômées.

— L'Université de Pensylvanie vient d'ajouter quatre nouvelles chaires à sa faculté de médecine, ce qui porte à 18 le nombre des professeurs. Voici le nom des nouveaux titulaires: anatomie pathologique, docteur James Tyson; clinique chirurgicale, docteur John Neil; clinique médicale, docteur William Pepper; maladies des femmes et des enfants, William Godell.

— Nous terminons avec l'Amérique en annonçant la publication de deux nouveaux journaux: le *OHIO MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL*, sous la direction du professeur H. Pouley, et le *VIRGINIA MEDICAL MONTHLY*, sous la direction du docteur Larrison Edwards.

— Le Conseil médical de la Grande-Bretagne a commencé sa session annuelle sous la présidence de M. W. Acland, qui a lu l'adresse inaugurale. Le conseil aura à donner son avis sur divers points importants de la pratique des vivisections, projet que nous avons déjà fait connaître aux lecteurs de la GAZETTE (25 février 1876). Il aura également à s'occuper de l'éducation médicale des femmes, question grosse d'orages et de controverses et qui a beaucoup occupé nos voisins d'outre-mer pendant cette dernière année. La question des réformes universitaires est également à l'ordre du jour, mais nous avons déjà fait connaître l'impopularité du conseil en pareille matière. Il est peu admissible, en effet, qu'un conseil nommé par les universités elles-mêmes, et qui est à la fois juge et partie, soit à même de mener à bonne fin les réformes radicales réclamées par la profession dans l'enseignement et la pratique de la médecine.

— Le grand chirurgien de l'Angleterre, sir William Fergusson, est dans un état de santé qui inspire à ses amis les plus sérieuses inquiétudes. Au mois de janvier dernier, Fergusson dut renoncer à ses travaux à la suite d'un embûsme pulmonaire compliqué d'hypertrophie cardiaque et d'albuminurie; il est aujourd'hui alité, et M. William Jenner, George Burrows et George Johnson ont porté un pronostic défavorable sur l'issue de sa maladie.

J. L.

LES PLANTES CARNIVORES (*Insectivorous plants*), PAR CH. DARWIN (1).

Il est généralement admis que les plantes absorbent les principes dont elles se nourrissent sous la forme de gaz ou de solutions salines. Leur rôle serait de transformer ces corps

(1) *Revue scientifique*, mai 1876.

simples ou ces composés binaires en substances ternaires ou quaternaires propres à la nutrition des animaux. Cette espèce d'autogamisme est-il absolu? Les plantes peuvent-elles absorber dans quelques circonstances, comme les animaux, des matières albuminoïdes qu'elles utiliseraient pour leur nutrition? C'est ce que tendraient à établir des recherches récentes de l'illustre auteur de l'ORIGINE DES ESPÈCES.

Depuis longtemps les botanistes avaient observé que certaines plantes avaient la propriété singulière de saisir et de retenir les insectes qui venaient se poser sur elles. Ellis, contemporain de Linné, avait déjà observé le phénomène, et longtemps après (1834), Curtis observa que les feuilles de *Dionaea* sécrétaient un mucilage qui avait la propriété de dissoudre en partie le corps des insectes retenus à leur surface. En 1868, Cambis, naturaliste américain, chercha à démontrer que le *Dionaea* absorbait et digérait les insectes.

Beaucoup de plantes jouissent de propriétés analogues. Elles sont généralement munies de poils glandulaires à sécrétion plus ou moins abondante.

Le *Drosera rotundifolia*, facile à se procurer dans nos climats, possède à un haut degré ce caractère de plante insectivore. Il se servi presque uniquement aux études de Darwin. Les observations de l'illustre naturaliste ont confirmé celles de ses prédécesseurs et l'ont conduit à des résultats tout à fait inattendus et dont nous allons rendre compte en quelques mots.

Les feuilles du *Drosera*, à peu près circulaires, comme l'indique son nom, ont une étendue moyenne de 1 centimètre et sont recouvertes chacune de poils glandulaires au nombre de 130 à 260 pour chaque feuille. Les glandes principales sont placées à l'extrémité des poils; elles sécrètent un liquide transparent, rouge, grâce auquel elles paraissent toujours couvertes de rosée, d'où le nom de *Ros solis* donné à la plante. Une pression légère, comme celle que détermine la présence d'un insecte, vient-elle à s'exercer, la sécrétion augmente aussitôt de manière à engluer d'une matière visqueuse les pattes de l'animal, puis les poils s'infléchissent successivement de façon à ramener vers le centre de la feuille l'insecte prisonnier. La sécrétion des glandes abonde; sa réaction change : de neutre elle devient acide et agit comme un véritable dissolvant sur le corps de l'insecte. Si l'on substitue à l'animal un petit morceau de matière albuminoïde, les mêmes phénomènes se produisent. Ils ont encore lieu en partie si, au lieu de matière albuminoïde, on emploie un fragment de matière complètement insoluble, les poils s'infléchissent également; il y aura une certaine sécrétion de liquide, mais ce liquide n'aura plus les propriétés dissolvantes qu'il présentait en présence des matières albuminoïdes; dans ce dernier cas le liquide se emporte comme s'il contenait un ferment qui n'agirait que dans un milieu acide; il se rapprocherait beaucoup du suc gastrique, auquel Darwin n'hésite pas à le comparer. L'acide se rapprocherait, d'après le professeur Frankland, des acides gras et serait peut-être formé d'un mélange d'acide acétique et d'acide butyrique. Jusqu'ici on n'a pas pu isoler le ferment dont on soupçonne l'existence. Quoi qu'il en soit, ce liquide dissout parfaitement l'albumine, le tissu musculaire, la fibrine, la gélatine, la caséine naturelle. Il n'a pas d'action sur les épidermes, le tissu élastique, la cellulose, l'amidon, les huiles.

Quand les matières assimilables, c'est-à-dire azotées, ont été en quelque sorte digérées par ce suc végétal, que deviennent-elles? La structure même du tissu végétal rend l'absorption nécessaire. Mais s'ensuit-il que ces matières albuminoïdes soient véritablement assimilées et qu'elles concourent à la nutrition de la plante? Pour Darwin le fait paraît incontestable. Cependant il n'est pas démontré. La plus grande partie de la substance des insectes reste plus ou moins altérée à la surface des feuilles sans être entièrement absorbée. D'un autre côté, il n'a jamais été établi que les plantes abondamment nourries d'insectes fussent plus

charnues, plus grasses que les plantes mises à l'abri. Celles-ci prospéraient également et la suppression du régime animal ne paraissait nullement leur être préjudiciable.

En résumé, le mouvement des tentacules n'est pas douteux; la sécrétion surexcitée des glandes en présence des matières albuminoïdes, l'action du liquide sécrété sur ces matières et son analogie avec celle du suc gastrique sont également hors de contestation; l'absorption des matières ainsi modifiées est admissible en certaines proportions. Quant à l'utilisation de ces matières pour la nutrition de la plante, c'est chose plus que douteuse, et sur ce point Darwin en reste encore à l'hypothèse. On ne saurait, en tous cas, contester l'originalité de pareilles recherches dans lesquelles l'auteur a accumulé une multitude d'observations et révélé une immense quantité de faits intéressants.

B.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

La présentation aux Chambres de projets de loi concernant la réorganisation de l'armée a déjà motivé la publication d'un si grand nombre d'articles de journaux ou de brochures qu'il paraît aujourd'hui bien difficile de ne pas tenir compte des protestations qu'ont soulevées de toutes parts les propositions du ministre de la Guerre. Nous avons déjà à plusieurs reprises accueilli et fait connaître, à cet égard, les plaintes si légitimes de nos confrères de l'armée. Une brochure toute récente (1), et qui paraît due à un médecin militaire très au courant de toutes ces questions administratives et médicales, tend à montrer combien les intérêts des combattants sont liés à ceux du service de santé de l'armée. Quelques pages nous rappellent combien est désastreuse, en temps de guerre, l'influence des épidémies et comment la mortalité peut être abaissée par des mesures hygiéniques et prophylactiques bien comprises. Puis, exposant les difficultés que rencontre inévitablement dans l'accomplissement de sa tâche un médecin subordonné à l'intendant et auquel il est interdit de commander aux pharmaciens et aux comptables, l'auteur expose en quelques lignes quelles seraient, d'après lui, les réformes nécessaires. « C'est une chirurgie toute militaire qu'il faut avoir en avant, écrit-il déjà Percy; elle doit être tellement composée qu'elle se suffise à elle-même en tout et partout; qu'elle ait son administration indépendante, etc. » S'inspirant de ces paroles, notre confrère demande une organisation du corps de santé analogue à celle de l'artillerie et du génie. Il réclame la création de plusieurs médecins-majors généraux du grade de général de division. Il croit nécessaire que tous les médecins en chef de corps d'armée soient du grade de médecin inspecteur, les médecins principaux restant à la tête des établissements hospitaliers. Il demande l'organisation au ministère de la Guerre d'un service sanitaire dirigé par des médecins et divisé en deux sections, celle du personnel et celle du matériel. Il supprime ainsi la centralisation des bureaux de la guerre qui ont toujours et chaque jour la prétention de juger souverainement des questions qu'ils ne connaissent pas et qui sont chargés d'apprécier et de modifier les propositions du conseil de santé. L'auteur insiste aussi sur la nécessité de maintenir les hôpitaux militaires et de continuer à y faire traiter les soldats. La direction et l'administration de ces hôpitaux seraient confiées aux médecins principaux qui auraient le droit d'ordonner. De nombreuses réductions seraient faites dans le corps des pharmaciens et, provisoirement, « pour sauvegarder des intérêts fort respectables » on opérerait « dès demain l'extinction partielle ou même totale des pharmaciens actuels en les fusionnant dans le cadre des médecins ». Bien d'autres réformes encore sont projetées. « Je suis, dit l'auteur, que je dépasse à cet égard le maximum des revendications formulé par les chefs du corps de santé de qui je n'essaierai point de scruter l'esprit un peu trop restrictif, bien sûr d'y rencontrer l'honnête sentiment de réserve qui craint de tout compromettre en ne demandant même que le nécessaire. » Nous pensons, au contraire, qu'il n'est pas besoin de solliciter des réformes trop radicales pour obtenir ce qu'ont le droit d'exiger les médecins de l'armée. La fusion dans le cadre des médecins du personnel des pharmaciens de l'armée nous paraît d'ailleurs une mesure des plus dangereuses. Improviser médecin en chef d'hôpital ou chirur-

(1) Les Intérêts sanitaires de l'armée devant les projets de loi sur l'administration militaire et sur l'organisation des services hospitaliers. — Paris, Ch. Taner, 1876.

gien en chef d'ambulance un pharmacien, quelque savant chimiste qu'il puisse être, nous semble tout à fait condamnable. Nous préférons donc rappeler que les réformes sollicitées par l'auteur de la brochure que nous avons sous les yeux ou du moins la plupart de ces réformes et les plus nécessaires ont été demandées il y a cinq ans dans une lettre adressée au JOURNAL DES DÉBATS et que la GAZETTE HEBDOMADAIRE s'est empressée de reproduire (1871, p. 402). Cette lettre était signée par le président actuel du Conseil de santé des armées. Or nous ne pouvons admettre que cette lettre ait été oubliée et que M. l'inspecteur Legouest ait l'esprit assez restrictif pour ne pas chercher aujourd'hui à faire prévaloir les idées qu'il défendait en 1871.

Tandis, du reste, qu'en France les médecins de l'armée sollicitent en vain leur autonomie, l'organisation médico-militaire de la plupart des armées étrangères se trouve plus avantageusement modifiée tous les jours. Voici les dispositions les plus importantes du *warrant* qui vient d'être promulgué (le 1^{er} mai) en Angleterre.

1^o Tout candidat pour le service médical de l'armée doit d'abord posséder le diplôme de chirurgien et de médecin et être inscrit sur le *Medical Register* de la Grande-Bretagne.

2^o Après avoir passé un premier examen qui l'admettra dans le service, le candidat sera envoyé à l'école d'application de Nestley où, après six mois d'études, il sera admis à passer le second et définitif examen.

3^o Après ce dernier examen, le candidat recevra sa commission et sera admis dans le service médical pendant une période de dix années avec des appointements de 250 livres sterling par an (6250 francs).

4^o Après cette période de dix années, l'officier de santé sera licencié et recevra une prime de 1000 livres (25 000 francs).

5^o Le gouvernement choisira chaque année six officiers de santé parmi ceux qui, ayant terminé leur période décennale, désireraient encore servir et les élèvera au grade de médecin-major pour être ensuite élevés à des grades plus élevés selon leurs aptitudes et leur mérite. (Mais il est à remarquer que la promotion n'aura pas lieu par les concours.)

6^o Les officiers de santé ont le droit de demander leur retraite avec demi-solde après vingt ans de service. Les chirurgiens-majors sont admis d'office à la retraite à l'âge de cinquante ans, les officiers d'un grade supérieur (médecins principaux et médecins inspecteurs) sont admis d'office à la retraite à l'âge de soixante ans.

7^o Le service des colonies est facultatif, mais chaque année de service compte double pour la retraite et donne droit à une double prime (voy. l'article 4).

Ces dispositions ne pourraient être adoptées en France; mais nous sommes convaincus que plusieurs d'entre elles, et particulièrement les articles 6 et 7, satisfaisaient un grand nombre de nos confrères.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE PARIS. — La commission générale du budget a tenu une longue séance sous la présidence de M. Gambetta. La commission a approuvé la convention intervenue entre le conseil municipal de Paris et M. le ministre des finances relativement au règlement d'une somme de 9 400 000 francs avancée en 1871 par le Trésor à la ville de Paris. Sur cette somme, 6 millions seraient consacrés par la Ville, au lieu et place de l'État, à la reconstruction des bâtiments de la Faculté de médecine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Harriot (Adrien-Armand-Maurice), licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur du laboratoire de chimie, en remplacement de M. Lebel, démissionnaire.

— M. le docteur Coyne, aide de clinique à la Faculté de médecine de Paris, est chargé des fonctions de directeur du laboratoire de clinique à l'hôpital de la Charité, en remplacement du docteur Cornil, élu député.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Chrétien, agrégé stagiaire près la Faculté de médecine de Nancy, est appelé à l'activité à dater du 1^{er} avril 1876. M. Chrétien, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy, est chargé d'un cours complémentaire d'histoire près ladite Faculté, à dater du 1^{er} avril 1876.

— M. Engel, agrégé stagiaire près la même Faculté, est appelé à l'activité à dater du 1^{er} avril 1876; M. Maguin (Jules-Benoît-Albert), est nommé aide d'anatomie pathologique; enfin, M. Berruzier (Joseph-Alexandre) est nommé aide-bibliothécaire de la Faculté de médecine de Nancy; en remplacement de M. Nabille, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Un concours est ouvert entre les architectes français pour la construction de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — Sont nommés à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes : Professeur d'anatomie, M. Jouin; professeur de physiologie, M. Jousset de Bellème; professeur de pathologie interne et pathologie générale, M. Viand Grand-Maraïs; professeur d'anatomie pathologique, M. Melherbeffs; professeur d'hygiène et médecine légale, M. Laënnec; professeur de clinique médicale, M. Malherbe père; professeur de clinique médicale, M. Trastour; professeur de pathologie externe et médecine opératoire, M. Montferit; professeur de clinique chirurgicale, M. Heurtaux; professeur de clinique chirurgicale, M. Chenantais; professeur de clinique obstétricale et gynécologie, M. Vignard; professeur de thérapeutique, M. Chartier; professeur de matière médicale, M. Ménier; professeur de botanique et de zoologie élémentaire, M. Delamarre; professeur de chimie médicale, M. Andouard; professeur de pharmacie, M. Pihan Dufeuilay; chargé du cours de physique, M. Pellerin, agrégé des sciences physiques.

— M. Laënnec, professeur d'hygiène et de médecines légale à l'École de médecine et de pharmacie de Nantes, est nommé, pour une période de trois années, directeur de ladite École, en remplacement de M. Pihan Dufeuilay, qui est nommé directeur honoraire.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS. — Un concours sera ouvert le 6 novembre 1876, pour un emploi de chef des travaux chimiques à ladite École.

COURS DE LA FACULTÉ. — Le docteur Ball, agrégé de la Faculté, a commencé la deuxième partie de son cours sur les *maladies mentales et nerveuses*, lundi dernier, 29 mai, à huit heures du soir, dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine, et le continuera les lundis et jeudis suivants, à la même heure.

État sanitaire de Paris :

Du 19 au 25 mai 1876, on a constaté 907 décès, savoir :
 Variole, 5. — Rougeole, 21. — Scarlatine, 3. — Fièvre typhoïde, 9. — Erysipèle, 4. — Bronchite aiguë, 33. — Pneumonie, 96. — Dysentérie, 0. — Diarrhée cholériforme des enfants, 5. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 9. — Croup, 13. — Affections puerpérales, 4. — Autres affections aiguës, 236. — Affections chroniques, 402, dont 158 dus à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 40. — Causes accidentelles, 22.

SOMMAIRE. — PARIS. La méthode antiseptique de Lister. — TRAVAUX ORIGINAUX. Pathologie externe : Des kystes périostiques du maxillaire supérieur au point de vue de leur pathogénie et de leur traitement. — CORRESPONDANCE. Fièvre larvée à forme hystérique. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Académie de médecine de Belgique. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — Société de thérapeutique. — REVUE DES JOURNAUX. *Andryenne* de la crosse de l'orie. — De l'action des sols biliaires sur la peau, la tension, la respiration, la température. — BIBLIOGRAPHIE. Index bibliographique. — VARIÉTÉS. Chronique de l'étranger. — Les plantes carnivores. — Service de santé militaire. — FEUILLETON. La science arabe en Occident, ou autrement sa transmission par les traductions de l'arabe en latin.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

— OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

De la *fièvre de l'anus*, par le docteur Ducamp. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 1 fr. 50

Variation du nombre des globules blancs du sang dans quelques maladies, par le docteur Bonin. In-8, avec 13 tableaux lithographiés. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 2 fr. 50

Leçons sur les *kratitites*, précédées d'une étude sur la circulation, l'innervation et la nutrition de l'œil, et de l'exposé des divers moyens de traitement employés contre les ophthalmies en général, par le docteur F. Panas, chargé du cours complémentaire d'ophtalmologie, rédigées et publiées par H. Buzoi, revues par le professeur. 4 vol. in-8, avec figures dans le texte. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 4 fr.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président*; BLACHEZ, A. HÉNOQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 8 juin 1876.

LA LOI SUR LA LIBERTÉ DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR. — PROPOSITION DE LOI RELATIVE A L'EXERCICE DE LA MÉDECINE EN FRANCE PAR LES MÉDECINS ÉTRANGERS. — *Société de biologie* : NOTE SUR L'ÉCORCE DE MANCONE ET L'ERYTHROPHLEUM CUMINGA, PAR MM. GALLOIS ET E. HARDY. — RECHERCHES SUR LA TEMPÉRATURE DES PARTIES PÉRIPHÉRIQUES.

La loi sur la liberté de l'enseignement supérieur.

Après les divers articles consacrés, dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE, à la question de la liberté de l'enseignement supérieur, nous n'insisterons pas longuement sur l'importance du projet de loi que vient d'adopter la Chambre des députés. Nous plaçant toujours à un point de vue d'intérêt général et non au point de vue des intérêts particuliers de telle ou telle catégorie de citoyens, nous persistons à approuver les articles de la loi du 12 juillet 1875 qui assurent la liberté de l'enseignement. Cette loi, il est vrai, n'a profité jusqu'à ce jour qu'au seul clergé catholique, et seules des universités fondées par les évêques ont pu s'ouvrir. Mais nous répéterons à ceux qui redoutent cette concurrence que c'est à l'État, plus riche encore que l'Église, de lutter à son tour avec plus d'activité et de courage et que c'est à la masse des citoyens de se défendre là où elle se croira menacée. Nous ajouterons d'ailleurs que les paroles si énergiques et si pleines de franchise du nouveau ministre de l'Instruction publique sont bien faites pour rassurer les amis de l'Université et leur faire attendre avec patience ces grands changements qui doivent donner une *vie nouvelle* aux établissements d'enseignement supérieur. Nous espérons que ces réformes auront surtout pour but de rendre la liberté plus complète encore en facilitant l'accès de l'enseignement dans l'Université et en rendant applicable en France l'article 22 de la Constitution prussienne qui déclare que « chacun est libre d'enseigner, de créer et de diriger des établissements d'enseignement, après avoir fourni aux autorités constituées par l'État des preuves suffisantes de son aptitude morale, scientifique et technique. »

D'autre part, nous restons d'accord avec ce que la GAZETTE HEBDOMADAIRE a toujours soutenu en affirmant qu'en principe le droit de conférer les grades ne doit appartenir qu'à l'État et qu'il serait inconséquent d'admettre « que l'État, qui trouve bon d'imposer à l'exercice de la médecine des garanties de capacité, livrât ces garanties au hasard, ne fût-ce qu'exceptionnellement, » (*Gaz. hebdom.*, 1875, page 386.) Nous devons en conséquence applaudir à la suppression de cet étrange amendement Paris qui, en laissant aux élèves le choix entre un jury mixte et le jury officiel de l'État, cumulait les inconvénients reprochés à tous les systèmes. Son maintien comme

article de loi eût très-certainement abaissé le niveau des études.

Mais, après avoir condamné le jury mixte, plusieurs de nos confrères ont protesté contre le jury exclusivement composé de professeurs officiels. S'attaquant directement aux Facultés de l'État, ils ont réclamé l'institution d'un jury spécial en demandant qu'on n'imposât aux nouveaux examinateurs qu'une seule condition : celle de n'avoir jamais été professeurs. Nous ne saurions être de cet avis. Nous croyons, au contraire, qu'il est singulièrement inconséquent de proclamer l'incompatibilité entre le mandat d'examinateur et celui de professeur. Il nous semble de toute nécessité qu'un examinateur soit au courant de la science et qu'il sache, pour les avoir souvent rencontrées lui-même, toutes les difficultés qu'on éprouve parfois à exposer avec précision et clarté certaines questions scientifiques. D'ailleurs, puisqu'il s'agit ici non d'une question de principe mais d'une question de faits et d'expérience, nous nous bornerons à demander s'il est possible de soutenir de bonne foi qu'un seul étudiant ait été mis, par suite de la partialité de ses juges, dans l'impossibilité d'acquérir le diplôme de docteur en médecine. La facilité accordée à la plupart des élèves de passer leurs examens devant la Faculté qui semble leur offrir le plus de garanties ; la possibilité de choisir leurs jurys ou tout au moins leurs présidents de thèse ; les roulements fréquents qui amènent comme examinateurs et placent les uns à côté des autres les hommes ayant les opinions les plus diverses ; toutes ces raisons et bien d'autres encore montrent que les plus sérieuses garanties sont données même à ceux qui mettent en doute l'impartialité des professeurs de nos Facultés. A-t-on voulu les accuser d'être trop bienveillants pour leurs élèves et pense-t-on qu'ils leur accorderaient trop facilement le diplôme de docteur ? Nous ne pourrions admettre cet excès d'indulgence que dans le cas peu probable où l'on multiplierait d'une manière exagérée le nombre des Facultés de l'État. Alors, il est vrai, les jurys divers pourraient, dans les Facultés méridionales surtout, rivaliser entre eux d'indulgence. Mais nous aimons à penser que l'administration supérieure attendra que les Facultés de Lille, de Lyon et de Bordeaux aient pu ouvrir leurs cours avant de songer à autoriser la création de nouvelles écoles à Toulouse ou à Marseille.

D'ailleurs il est facile de répondre à ceux qui critiquent avec tant de vivacité les jurys d'examens formés exclusivement de professeurs de l'État en montrant ce que pourrait être un jury d'État nommé par le ministre directement ou d'après certaines listes de présentation. Si les juges chargés de conférer les diplômes de docteur sont inamovibles et surtout s'ils sont, comme on l'a demandé, choisis en partie parmi d'anciens professeurs, le niveau des études ne tardera pas à s'abaisser. Ce jury inamovible condamnera en effet l'enseignement à s'immobiliser par l'examen ; les juges ne se tiendront plus au courant de la science, et leurs questions, revenant invariablement et

régulièrement dans le même ordre, seront bientôt connues d'avance. Dès lors la préparation hâtive et mécanique de ces examens ira contre le but que doit se proposer le législateur. Si le jury est amovible et si les juges nommés par le ministre sont révocables tous les cinq ou six ans, il deviendra presque impossible de recruter des examinateurs à la fois éclairés, expérimentés et intègres. Ceux-ci d'ailleurs pouvant être révoqués par le ministre n'auront pas l'indépendance nécessaire pour que leur impartialité soit à l'abri de toute objection. L'État, c'est-à-dire le ministre nommé par le parti qui sera au pouvoir, se verra contraint d'imposer un enseignement officiel en dictant à ceux de ses fonctionnaires qui seront chargés de la collation des grades des programmes toujours variables, incessamment modifiés selon que telle ou telle doctrine sera celle de la majorité de nos représentants. Nous le demandons en toute sincérité à ceux de nos confrères dont nous combattons en ce moment les idées: est-il possible d'admettre que le jury d'État nommé par M. de Camont ou par M. Wallon soit composé de médecins que M. Waddington ou tout autre ministre libéral est songé à investir de ces fonctions si importantes? Et ne serait-il pas souverainement regrettable de voir l'enseignement de la médecine et la collation du grade de docteur suivre les fluctuations de l'opinion politique? Nous nous résumons donc en demandant que l'État, qui a l'obligation morale de protéger la santé et la vie des citoyens et qui se charge du soin de revêtir de certains titres officiels ceux auxquels il réserve le monopole de la profession médicale, conserve aussi le droit exclusif de la collation du grade de docteur en médecine.

C'est en nous plaçant à ce point de vue que nous donnons aussi notre pleine et entière adhésion à la proposition de loi présentée par M. Roger-Marvaive dans la séance du 29 mai dernier. Ce projet de loi (1) a pour but de demander l'abrogation de l'article 4 de la loi du 19 ventôse an XI relative à l'exercice de la médecine en France par les gradués des Facultés étrangères. En vertu de cet article, quelques étrangers ont été autorisés à exercer la médecine dans toute la France; d'autres fort nombreux, car on les compte par centaines, ont reçu les droits attribués aux officiers de santé et n'ont été admis à pratiquer que dans le département où ils désiraient s'établir; d'autres enfin ont reçu une autorisation plus limitée et ne doivent exercer que dans certaines villes, en particulier dans celles qui servent de stations hivernales. Cette faculté laissée au gouvernement d'accorder le droit de pratiquer la médecine en France à ceux qui présentent un diplôme étranger est en contradiction formelle avec le but que se propose la loi sur la collation des grades. Dans plusieurs pays étrangers, en effet, le diplôme de docteur ne donne pas droit à la pratique légale; ce diplôme, qui n'a aucune valeur scientifique, est parfois accordé *honoris causâ* ou même *in absentia*, les examens et l'honneur étant remplacés par une

simple rémunération pécuniaire. De plus, la réciprocité n'est pas admise, et le titre de docteur en médecine d'une faculté française ne donne pas à celui qui le possède l'espoir d'obtenir à l'étranger l'autorisation d'exercer la médecine. Il est donc parfaitement légitime de soutenir que la France doit conserver, comme les nations voisines, le droit de n'accorder qu'à ceux-là seuls qui peuvent offrir des garanties de savoir et d'expérience, la faculté de pratiquer sur son territoire. Les examens auxquels ils seraient soumis ne sauraient d'ailleurs être pour eux qu'une simple formalité s'ils sont réellement dignes de la faveur qu'ils sollicitent.

Il est non moins naturel d'interdire plus sévèrement que par le passé l'usurpation d'un titre dont la collation est entourée par la loi de tant de garanties. Or il arrive trop fréquemment que, pourvus ou non d'un diplôme acheté à l'étranger, certains officiers de santé pensent pouvoir usurper le titre de docteur. La Cour de cassation ayant déclaré que cette usurpation n'est qu'un acte de vanité repressible mais non délictueux, il importait de faire cesser de semblables abus. C'est ce qui donne sa raison d'être à l'art. 2 de la proposition de loi que nos confrères de la Chambre des députés ne sauraient manquer de défendre et que nous recommandons spécialement à leur attention.

L'écorce de *Mancône* et l'*Erythrophæum Cumingii*.

Le nombre des poisons du cœur devient chaque jour plus grand, et non moins quand on les cherche parmi les alcaloïdes végétaux. Après la *digitale*, l'*Upas Antiar*, le *Mboundou*, l'*Inée* ont tour à tour été étudiés sous le rapport de leurs propriétés physiologiques et ont montré qu'ils produisaient la mort par arrêt du cœur. Or, à côté de ces deux dernières plantes on trouve dans les mêmes pays (Afrique occidentale), et employé aux mêmes usages, c'est-à-dire à empoisonner les flèches et aux preuves judiciaires, le *Mancône*, jouissant comme elles de propriétés toxiques extrêmement actives. Peu étudié en France jusqu'à ce jour, le *Mancône* avait seulement été l'objet d'une communication provisoire à l'Académie des sciences en 1875 (voy. *Gaz. heb.*, 1875, n° 21, p. 327) par MM. Gallois et Hardy. Aujourd'hui ces auteurs soumettent à la Société de biologie le résultat de recherches nombreuses qu'ils ont faites depuis cette époque et établissent d'une façon indiscutable que le *Mancône* est un poison musculaire d'une manière générale, un poison cardiaque spécialement. Ils ont suivi la marche indiquée par Fraser, par MM. Carville et Pellaillon dans leurs travaux sur l'*Inée* (voy. *Gaz. heb.*, 1873). Nous n'insisterons pas sur leurs résultats, qu'on trouvera exposés tout au long à la Société de biologie; mais nous ferons remarquer que ce n'est pas seulement avec l'écorce, ce qui est avec différentes parties de l'*Erythrophæum Guineense* que les auteurs ont pu obtenir l'arrêt du cœur; qu'avec les fruits et les feuilles d'une espèce voisine, l'*Erythrophæum Cumingii*, ils sont arrivés aux mêmes résultats. Nous appellerons encore l'attention de nos lecteurs sur la localisation géographique de ces plantes: *Inée*, *Mboundou*, *Mancône* vivent au Gabon, et jusqu'à présent on n'en a pas rencontrés sous les mêmes latitudes dans les autres continents. Mais ce sont des plantes peu étudiées et qu'on retrouvera peut-être ailleurs quand elles seront mieux connues.

En parcourant le travail de MM. Gallois et Hardy, on sera frappé du soin qu'ils ont mis à bien établir qu'il s'agit d'un poison musculaire; on remarquera combien ils ont multipliés les

(1) Nous reproduisons ici les deux articles du projet.

PROPOSITION DE LOI.

Art. 1^{er}. — L'article 4 de la loi du 19 ventôse an XI relative à l'exercice de la médecine est modifié ainsi qu'il suit :

Le Ministre de l'Instruction publique peut accorder aux gradués des Universités étrangères et aux médecins étrangers, sur le vu de leur titre, la dispense de la scolarité.

Un étranger ne peut être autorisé à exercer la médecine ou la chirurgie sur le territoire de la République qu'après avoir subi les examens probatoires prescrits par la loi française.

Art. 2. — Nul dans l'exercice de la profession médicale ne peut prendre le titre de docteur, s'il n'a obtenu ce titre devant une Faculté française.

L'usurpation du titre de docteur est punie d'une amende de 50 francs à 1000 francs et d'un emprisonnement de six jours à six mois. L'article 468 du Code pénal est applicable.

expériences pour éviter les causes d'erreur. On peut donc considérer leurs résultats comme incomplets peut-être, mais comme définitifs sur les points principaux. Si cette méthode eut toujours été suivie, moins de sels minéraux eussent été signalés comme poisons musculaires, moins de travaux eussent été contredits et annulés par des recherches ultérieures.

H. CHOUFFRE.

— Nous appellerons encore l'attention sur la communication de M. Couty, qui a étudié la température des parties périphériques dans plusieurs maladies fébriles. Les premiers résultats sont intéressants. Peut-être y a-t-il là des faits importants à trouver au point de vue du pronostic et même du diagnostic de certaines affections, surtout sous le rapport des maladies intercurrentes et des complications (Voy. p. 364).

Nous comptons apprécier la discussion soulevée à l'Académie de médecine par M. le professeur Bouillaud et relative au bruit de soufflet dit *placentaire*. Mais après l'argumentation, lucide et abondante comme toujours, du savant académicien, M. Depaul a fait savoir à l'Académie que M. Glénard, dont un mémoire avait été l'origine du débat, se proposait de venir prochainement à Paris, où il reproduirait ses expériences devant les membres de l'Académie qui voudraient bien y assister.

HISTOIRE ET CRITIQUE

DE L'HÉMIANESTHÉSIE ET DE L'HÉMICHORÉE.

Dans un article précédent (*Gaz. hebdom.*, 10 mars 1876), nous avons étudié l'anatomie pathologique des lésions qui déterminent l'hémi-anesthésie; nous avons cherché à déterminer le lieu exact de ces lésions, et d'après les recherches cliniques et expérimentales de MM. Charcot, Vulpian, Veysière, Raymond, Pierret, etc., Turck, Weir-Mitchell, Meynert, etc., nous avons conclu que l'hémi-anesthésie était due à une lésion du pied de la couronne rayonnante de Reil et de la capsule interne. MM. Rendu et Gombault, dans un excellent article sur les localisations cérébrales (*Revue des sciences médicales*, avril 1876), n'ont pas été moins affirmatifs que nous dans leurs conclusions quant au lieu même de la lésion. Nous voulons passer en revue aujourd'hui les symptômes propres de l'hémi-anesthésie, montrer la similitude de ces symptômes, qu'elle en soit la cause déterminante, que cette hémi-anesthésie soit due à une lésion cérébrale (hémorrhagie, ramollissement, etc.) ou à une névrose, comme l'hystérie, le saturnisme et l'alcoolisme; nous rechercherons ensuite les rapports qui existent si souvent entre l'hémi-anesthésie et l'hémichorée.

L'hémi-anesthésie est un symptôme qu'il faut chercher, a dit avec raison M. Lasègue. C'est, en effet, un symptôme souvent fugace, parfois peu prononcé et qui peut passer inaperçu malgré son importance pour les localisations cérébrales. Au milieu du dernier siècle, quelques observateurs avaient cependant attiré l'attention sur ces troubles de la sensibilité consécutifs à une hémiplegie; ainsi Borsieri (cité par M. Charcot : *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1872, p. 272) raconte l'histoire d'un malade qui, trois mois auparavant, avait été frappé d'apoplexie, et chez lequel l'anesthésie

existait encore, bien que la motilité fût revenue. Il joint à cette observation d'autres faits empruntés à divers auteurs de la même époque (Borsieri, *Inst. Pract.*, t. VIII, p. 76), mais il est loin de se rendre compte de l'importance de ces symptômes, et surtout de la localisation de ces lésions. On peut donc dire que l'étude en est récente, et si l'on n'est pas encore absolument fixé sur la connaissance exacte de la marche et du mode d'apparition de ces symptômes, peut-être qu'en examinant avec soin les observations publiées depuis celles de Turk (*Sitzungsber der Kais. Akademie des Wissenschaften zu Wien*, 1859) et de Demeaux (*Société anatomique*, 1842) jusqu'aux dernières publiées cette année, on pourra peut-être arriver à une description exacte de la lésion et de ses symptômes.

Nous n'avons pas à insister sur la description de l'anesthésie, l'étude en a été très-bien faite par M. Rendu (*Des anesthésies spontanées*, thèse d'agrégation, 1875). Ainsi que son nom l'indique, ce trouble de la sensibilité n'atteint qu'une moitié du corps, il siège depuis le bord du sternum en avant jusqu'aux apophyses épineuses en arrière; on trouve à ces régions ce qu'on a appelé la zone neutre. Tantôt l'hémi-anesthésie débute brusquement à la suite d'une hémorrhagie, hémorrhagie qui le plus souvent, nous constamment cependant, comme nous le verrons plus loin en étudiant le mode de nutrition de la capsule interne, s'accompagne de troubles de la motilité (hémiplegie plus ou moins complète) du côté de l'hémi-anesthésie, c'est-à-dire du côté opposé à la région cérébrale; tantôt elle est plus lente dans son évolution et met un certain temps pour arriver à la disparition complète de la sensibilité, comme dans le ramollissement ou lorsqu'elle est due à une compression de la capsule interne par suite de la formation d'une tumeur des régions voisines. Cette hémi-anesthésie atteint la peau, les muscles, les muqueuses, les organes des sens (ouïe, vision, odorat et goût) qui perdent leurs propriétés fonctionnelles; parfois aussi les organes profondément situés (ovaire, etc.).

Voici du reste un résumé d'une observation inédite qui présente un intérêt particulier par l'ensemble des symptômes que nous venons de signaler :

Obs. — François D..., âgé de soixante et un ans, est trouvé, le 1^{er} mars 1876, sur la voie publique vomissant du sang, dont ses vêtements sont encore trempés au moment où on l'apporte à l'hôpital. Il est très-faible, mais il répond distinctement aux questions qui lui sont posées. Il crache un sang très-noir; on constate alors une hémiplegie avec hémi-anesthésie de la moitié gauche du corps. Le lendemain matin, le crachement de sang avait cessé. Voici les renseignements qu'il donne sur son état antérieur.

Jusqu'en 1870, il a toujours joui d'une si bonne santé qu'il ne se rappelle pas avoir été jamais malade, bien que sa vie ait été des plus pénibles. Pendant onze ans soldat en Afrique, il a toujours été en campagne ou en expédition. Il ne savait avoir eu des habitudes d'alcoolisme à cette époque, mais il ne se grisait pas; il buvait régulièrement beaucoup plus que de raison. Jamais de fièvre, de dysentérie ou de syphilis.

A sa sortie du service, il se maria et eut un enfant bien portant. Au moment de la déclaration de la guerre, il s'engagea, lui et son fils, âgé de dix-huit ans. A la bataille de Gravelotte, son fils fut tué et il reçut une balle dans la poitrine en arrière, au niveau de l'angle de l'omoplate. Le trajet de la balle était oblique de dehors en dedans, vers la colonne vertébrale. Le malade tomba sur le coup en éprouvant une vive douleur, surtout dans les membres inférieurs, mais il ne perdit pas complètement connaissance; il se souvint parfaitement d'avoir vomé une quantité assez considérable d'un sang très-âcre. Transporté à l'ambulance, on essaya à plusieurs reprises de retirer la balle, une de ces tentatives fut même suivie

d'une hémoptysie abondante. Il n'avait alors aucun trouble de la sensibilité et de la motilité.

L'amélioration fut lente; cependant au mois de février 1871 il pouvait marcher. Au moment de l'évacuation des blessés il ne fut pas compris dans le convoi; il éprouva alors un violent chagrin et une grande colère. Dans la journée, il eut une céphalée intense et des étourdissements, et le soir il tomba tout à coup sur le sol en vomissant du sang. En revenant à lui, il s'aperçut qu'il était paralysé de tout le côté gauche et de plus que de ce côté la sensibilité était abolie. En même temps il eut une surdité complète de l'oreille gauche et aussi une perte absolue de la vision du même côté. Depuis cette époque ces deux phénomènes (surdité et cécité) ne se sont jamais modifiés, alors même que l'hémiplégie (paralysie du mouvement et de la sensibilité) s'atténuait.

A la suite de cette première attaque, il reste plus de cinq semaines sans pouvoir faire un seul mouvement du côté gauche; ses membres étaient inertes et la sensibilité était complètement abolie; puis peu à peu la paralysie du mouvement s'atténuait, mais sans que la sensibilité suivit la même marche. La perte de la sensibilité persistait à ce point qu'il ne sentait pas les coups qu'il se donnait et dont il voyait les traces.

Le 2 juillet, le malade commençait à marcher; à la fin du mois d'août, il put travailler chez Godillot: on l'employait à faire des commissions; mais il traînait la jambe et était maladroit de sa main gauche, dont la force musculaire avait très-notablement diminué, bien qu'il n'y eût pas d'amaiçrissement du membre de ce côté. Lorsqu'il portait quelque chose dans sa main, il était obligé de la regarder pour ne pas laisser tomber l'objet qu'il tenait, parce qu'autrement, ne le sentant plus, il le laissait échapper. De plus il ne sentait plus le sol. La sensation à la température était aussi abolie du côté gauche.

Au mois d'octobre 1872, deuxième attaque; six mois après, troisième attaque; au mois de septembre 1873, quatrième attaque; au mois de juin 1875, cinquième attaque; enfin la sixième, celle qui l'amène dans le service (service du docteur Oulmont, Hôtel-Dieu). Toutes ces attaques ont débuté de la même manière: étourdissements, vertiges, vomissement de sang et perte de connaissance suivie d'une aggravation dans les troubles moteurs et sensitifs.

Nous constatons que l'intelligence est intacte, bien que le malade se plaigne de perdre la mémoire. Les mouvements sont abolis dans tout le côté gauche; ni hémichorée, ni contracture. La sensibilité cutanée, de même que la sensibilité musculaire, est complètement abolie (piqûre, température, etc.), mais si l'on pince la peau, le malade est pris immédiatement d'un mouvement choréiforme de tout le côté droit, côté opposé à l'hémiplégie: ce mouvement choréiforme a ceci de particulier que si l'on pince le bras gauche, par exemple (les yeux bandés), le bras droit est pris d'un mouvement convulsif, choréiforme, qui s'exagère peu à peu, puis toute la moitié correspondante est prise du même tremblement. La vue et l'audition sont complètement abolies du côté gauche, la cornée est insensible, il n'y a pas de contraction pupillaire. Il en est de même pour la sensibilité de l'appareil nasal: si l'on introduit un stylet dans le nez, on ne produit pas de chatouillement; ou augmente simplement la sécrétion des larmes. La sensibilité gustative de toute la moitié gauche est abolie. Du côté du système cutané, on trouve une hémianesthésie complète; la zone neutre existe.

Nous remarquons à plusieurs reprises que les mouvements choréiformes du côté droit n'apparaissent que lorsqu'on agit sur la sensibilité cutanée: si l'on serre fortement toute la couche musculaire du bras, par exemple, il n'y a pas de mouvement choréiforme du côté opposé, ni de mouvements réflexes.

La sensibilité olfactive est essayée avec de l'ammoniaque; de même pour la langue, sur laquelle nous plaçons des acides sans provoquer aucune sensation douloureuse. Du côté droit, au contraire, la sensibilité est parfaitement normale. Craignant une simulation, nous avons à plusieurs reprises essayé la sensibilité par les moyens les plus divers: nous sommes toujours arrivés au même résultat. Ainsi nous avons touché le côté gauche de la langue avec un stylet fortement chauffé sans que le malade fût prévenu de ce

que nous allions faire sans provoquer le moindre mouvement qui montre une apparence de sensibilité.

Du côté des yeux, nous ne trouvons aucune différence entre l'œil droit et l'œil gauche, dont la vision est perdue: la pupille seule paraît un peu dilatée. Sécrétion abondante de larmes.

L'audition de l'oreille gauche est aussi abolie; rien à noter du côté de l'oreille droite.

Aucun trouble du côté des sphincters.

Cet état se prolonge presque sans aucune modification jusqu'au 22 mars, jour où nous le perdons de vue, si ce n'est du côté de l'hémiplégie, car bien que les mouvements soient encore très-difficiles, il commence à pouvoir se servir de ses membres; la marche est très-difficile. La sensibilité est toujours abolie du côté gauche (sensibilité cutanée et organes des sens); de plus, en pincant fortement le côté hémianesthésié, on provoque toujours un tremblement choréiforme des membres du côté où la sensibilité a été conservée. (Hôtel-Dieu, service de M. Oulmont.)

On sait que toute lésion des corps opto-striés entraîne à sa suite une paralysie du mouvement dans les membres du côté opposé; l'hémiplégie motrice est la règle et le membre supérieur est plus atteint que le membre inférieur; mais y a-t-il un centre spécial pour ces deux membres? Jusqu'à présent on ne peut l'affirmer. Quant à localiser encore la lésion dans le corps strié ou dans la couche optique, malgré les subtilités cliniques auxquelles s'est livré M. Ch. Bastian, les observations et les expériences de MM. Charcot et Vulpian ont fait voir que les distinctions admises par M. Bastian entre les hémorrhagies de la couche optique et du corps strié étaient inadmissibles; que ces convulsions, qui selon Bastian accompagnaient l'hémorrhagie de la couche optique et qui servaient par cela même à distinguer l'hémorrhagie de la couche optique de celle du corps strié, étaient constantes dans les deux cas, lorsque l'hémorrhagie s'était produite au voisinage de l'épendyme. Ces lésions peuvent s'accompagner d'hémianesthésie; ainsi, comme le font remarquer MM. Rendu et Gombault, « l'hémianesthésie des membres et de la face peut se rencontrer dans certaines lésions des pédoncules cérébraux; mais dans ce cas les sens spéciaux supérieurs restent inaltérés; la vue est bonne, l'odorat intact. L'anosmie, tout comme l'altération de la vision des couleurs, sont la preuve indubitable qu'il existe une lésion ou un trouble fonctionnel du faisceau sensitif de la couronne rayonnante au point où elle va s'épanouir dans les hémisphères cérébraux. » C'est ce que nous verrons en étudiant les troubles des organes des sens dans l'hémianesthésie.

L'hémianesthésie se rencontre comme symptôme dans un certain nombre d'affections, les affections saturnines (Raymond, *Société de biologie*, 1875), l'alcoolisme (*Gaz. hebdom.*, 1873: *De l'hémianesthésie de la sensibilité générale dans l'alcoolisme chronique; Des diverses formes de délire alcoolique*, 1874), l'hystérie et la chorée. Dans tous ces cas elle offre les mêmes caractères. Nous n'avons donc pas à insister sur ce point; notons cependant que dans la chorée sa présence peut rendre le diagnostic plus difficile. Nous venons, en effet, en étudiant l'hémichorée, de voir que l'hémianesthésie l'accompagne presque toujours; mais ce qui permettra de distinguer l'hémichorée de la chorée simple, ce sont d'abord les désordres moteurs bien limités à une moitié du corps et le mode du début; l'existence d'une hémiplégie et le début subit des accidents.

Dans l'hystérie, l'hémianesthésie est un symptôme assez fréquent (93 fois sur 400 cas, 70 fois à gauche contre 20 à droite; Briquet, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, 1859), elle présente de plus les mêmes caractères que

l'hémianesthésie de cause cérébrale; elle envahit même la face, malgré l'opinion contraire de Briquet, qui voulait faire de l'absence d'anesthésie de la face un signe différentiel, et comme l'hémianesthésie de cause cérébrale elle atteint la surface cutanée, les muqueuses, les muscles, les articulations et même les organes des sens: ces derniers troubles sont à la vérité assez rares, mais comme ils ont été constatés, il faut donc en tenir compte (Landolt). Le diagnostic peut, on le voit, offrir quelques difficultés, surtout lorsque l'hystérie s'accompagne d'hémiplégie, mais il est un phénomène qui peut servir au diagnostic différentiel, nous ne parlons pas de l'anesthésie de la face, qui contrairement à ce qu'on a dit siège du côté que l'hémianesthésie des membres, mais de l'hyperesthésie ovarienne. La compression de l'ovaire du côté malade non-seulement fait naître dans l'hystérie une douleur extrêmement vive, douleur caractéristique de cette affection, mais agit sur l'attaque elle-même en diminuant l'intensité des convulsions. C'est un point sur lequel M. le professeur Charcot a insisté à plusieurs reprises, ainsi qu'un de ses élèves les plus distingués, M. Charles Bouchard (*Clinique de la Charité*, 1873). Cette hyperesthésie ovarienne est importante: dans l'hémianesthésie de cause cérébrale les viscères participent aussi le plus souvent à l'insensibilité, ce qui n'arrive pas dans l'hémianesthésie hystérique. De plus, quand l'hyperesthésie ovarienne est double, il est de règle que l'anesthésie se montre généralisée et occupe par conséquent la totalité ou la presque totalité du corps et le plus souvent la contracture hystérique coïncide avec l'hémianesthésie.

L'hémianesthésie hystérique avait depuis longtemps déjà attiré l'attention d'un certain nombre d'observateurs: Piorry (*Leçons orales de la Pitié*, 1843), Gendrin (*Académie de médecine*, 1846), Landry (*Archives de médecine*, 1852), Briquet et Szokalsky, en Allemagne, l'ont étudiée avec un soin qui permet de considérer cette étude comme définitivement faite; ce n'est que plus récemment que M. Charcot (1872) a montré la similitude des symptômes entre l'hémianesthésie de cause cérébrale et de cause hystérique; M. Duchenne, de Boulogne, de son côté a cherché, en étudiant l'irritabilité musculaire sous l'influence de l'électricité, à distinguer les hémiplégies cérébrales accompagnées d'hémianesthésie des hémiplégies hystériques. Rejetant l'opinion de Marschall-Hall qui soutenait que l'augmentation de l'irritabilité était un signe propre à la paralysie de cause cérébrale, il admet que « la coexistence de la diminution ou de l'abolition de la sensibilité électro-musculaire et de l'intégrité de l'irritabilité, que l'on observe dans la paralysie hystérique, distingue presque toujours celle-ci de la paralysie cérébrale, où la sensibilité électro-musculaire est en général intacte ». (*De l'électrisation localisée*, page 742.) Ce caractère différentiel est le même, pour distinguer l'hémiplégie hystérique de l'hémiplégie cérébrale avec hémianesthésie.

Plus récemment M. Decours (*Hémianesthésie saturnine*, thèse, 1875) et M. Charles Richet (*Société de biologie*, in *Gazette médicale*, 26 février 1876) ont repris cette question, le premier au point de vue de la contractilité des muscles, le second de l'état fonctionnel des nerfs dans l'hémianesthésie hystérique. C'est sous ce dernier aspect que la question offre certainement le plus d'intérêt, et de ses expériences faites sur des malades dont M. Charcot a donné les observations dans ses leçons de la Salpêtrière, M. Richet conclut que l'électricité d'induction donne les mêmes résultats que les courants continus, et que dans les deux cas il y a une sensi-

bilité exactement semblable à droite et à gauche, au côté sain et au côté anesthésique: qu'en électrisant directement les nerfs par l'entremise d'aiguilles enfoncées sous la peau, la douleur est beaucoup plus vive du côté anesthésique que du côté sain où l'électricité a été cutanée; qu'il n'y a pas de lésions anatomiques des nerfs, puisqu'ils sont capables de transmettre aux centres nerveux la sensation électrique, et que leur intégrité anatomique semble indispensable pour qu'ils puissent ainsi entrer en jeu; qu'enfin un nerf peut, sous l'influence d'une perturbation fonctionnelle que nous ignorons encore, rester sensible à l'action de certains excitants, tels que l'électricité. C'est qu'en effet la douleur ne réside pas dans le nerf, mais dans le système nerveux central; le nerf n'est qu'excitable, et ces expériences prouvent que dans certaines conditions pathologiques l'excitabilité du nerf peut être modifiée, de manière à ne pouvoir être mise en jeu que par l'excitation électrique (*Gazette médicale*, page 99).

On a encore invoqué comme cause d'hémianesthésie la syphilis [Mauriac, *Gazette hebdom.*, n° 20, 1876; *Leçons sur l'aphasie et l'hémiplégie droite syphilitiques à forme intermédiaire*; Hayem, malade présentant de l'hémiplégie et de l'hémianesthésie à droite (face comprise) probablement dues à une exostose syphilitique; *Gazette des hôp.*, 28 août 1875], une lésion du nerf optique (observ. de M. Chancel), et enfin une vaste brûlure (Duret, *Gazette médicale*, n° 4, 1876). Cette dernière observation offre un intérêt particulier pour le diagnostic de la cause déterminante: à la suite d'une vaste et profonde brûlure, le malade, alcoolique, est atteint (onze jours après l'accident) d'une hémiplégie et d'une hémianesthésie de la sensibilité commune et de la sensibilité des organes des sens, symptômes en tous points semblables à ceux que nous avons trouvés dans les lésions cérébrales. Vingt-six jours après, tous ces accidents sensitifs et moteurs ont été produits par une oblitération momentanée de la sylviennne à son origine: oblitération probablement due à une thrombose. Pour M. Magnan, l'hémiplégie et l'hémianesthésie doivent être, chez ce malade, rapportées non à la brûlure mais à l'alcoolisme, car, dit-il, l'alcoolisme s'accompagne souvent d'hémiplégie et d'hémianesthésie (*Société de biologie*, 1875), mais en somme la question étiologique importe peu, et la supposition de M. Duret, oblitération momentanée de la sylviennne à son origine, est certainement la plus vraisemblable: elle résulte des belles recherches qu'il a faites sur la circulation cérébrale, recherches dont nous aurons à dire quelques mots tout à l'heure. Quant à l'observation de M. Landouzy (hémianesthésie générale et sensorielle chez un enfant de douze ans, *Gazette médicale*, 1^{er} janvier 1876), les symptômes observés permettent de la rattacher à la même cause; elle rentre donc dans la même catégorie que celle de M. Duret.

Il ne faut pas croire cependant que l'hémianesthésie soit toujours due aux lésions que nous avons données comme caractéristiques de ce symptôme, l'observation que M. Marot a présentée l'année dernière à la Société anatomique (*Gazette hebdom.*, n° 21, 1876) en est une preuve: il s'agissait d'une malade de quarante ans qui peu à peu a présenté les signes d'une hémiplégie et d'une hémianesthésie gauche, et chez laquelle à l'autopsie on a trouvé deux petites tumeurs, l'une

située assez superficiellement près de la face convexe de l'hémisphère droit, l'autre dans l'épaisseur de la moitié droite de la protubérance : elle faisait saillie dans le quatrième ventricule, et était comprise entre le pédoncule cérébelleux inférieur, le pédoncule cérébelleux moyen déjeté en dehors et le corps testiforme droit rejeté à gauche et comprimé. Elle s'étendait en avant jusqu'au sillon antérieur, et si elle ne paraissait pas dans le quatrième ventricule, elle n'en était séparée que par une très-mince épaisseur de substance nerveuse. Mais il y a dans cette observation un fait important, signalé déjà dans les deux observations publiées par Hermann Weber (*Médec. chirurg. transact.*, vol. XLVI, 1863) et par Fleischmann (*Wiener med. Wochenschrift*, 1871) : c'est que dans ces cas de tumeurs ou de lésions de la protubérance, il n'y a pas de troubles de la vision ni de l'olfaction : le goût et l'ouïe étaient altérés, mais ces derniers sans être d'origine bulbaire, il n'y a pas lieu de s'en étonner. Aussi MM. Rendu et Gombault ont-ils raison de dire que « par l'étude clinique de ce symptôme on peut remonter à la localisation exacte de la lésion. » (*Loco citato*, page 779.) Ajoutons encore que la sensibilité de la face était à peine modifiée du côté même où l'anesthésie était presque complète, ce qui n'arrive pas dans l'hémi-anesthésie causée par une lésion de la capsule interne.

(A suivre.)

J. M.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Clinique de la Pitié.

(Service de M. VERNEUIL.)

CAS DE TÉTANOS VAINEMENT TRAITÉ PAR LE CHLORAL; EXAMEN DES CAUSES DE LA MORT; EXPLORATIONS PNEUMOGRAPHIQUES.

J'ai à plusieurs reprises, et tout récemment encore à propos des observations de MM. Laurens et Bresson (Société de chirurgie, séance du 1^{er} mars), vanté les bons effets du chloral dans le tétanos; mais je reconnais sans-nulle difficulté son impuissance, l'ayant par malheur constatée souvent dans ma propre pratique. Trois fois de suite, ces temps passés, il a complètement échoué entre mes mains.

Persuadé que dans les maladies graves l'étude attentive des causes de la mort est au moins aussi instructive que le récit des succès, je vais relater ces trois revers. J'appellerai tout spécialement votre attention sur certains points de physiologie pathologique dont la connaissance n'est pas sans intérêt pour la pratique, et je vous exposerai le résumé de recherches expérimentales fort curieuses faites dans mon service à l'aide du pneumographe de M. Marcy par un de mes internes actuels, M. Charles Richel, fils de mon éminent collègue à la Faculté.

Ons. I. — *Congélation profonde des deux pieds chez un homme atteint de granulé aiguë; pansement ouaté; soulagement rapide; tétanos aigu; mort seize heures après l'invasion.* — X..., quarante-sept ans, autrefois robuste et bien portant, a subi cet hiver des privations de toute espèce. Mal vêtu, mal nourri, il a maigri et a perdu ses forces. Dans ces derniers temps il s'est mis à servir les maçons et a travaillé dans la neige, le 9 et le 10 février, sans bus et avec des souliers percés. Ses pieds sont devenus d'abord rouges, gonflés et douloureux, et bientôt, la marche étant impossible, X... est venu à l'hôpital, où il est entré le 18 février.

Voici ce que nous constatâmes le lendemain : Rougeur des deux pieds s'étendant jusqu'à la partie moyenne des deux jambes et de là se continuant jusqu'aux genoux sous forme de traînées suivant le trajet des veines sous-cutanées. La teinte est bleuâtre jusqu'à la ligne médio-tarsienne et d'un rouge franc jusqu'au mollet.

L'exploration avec l'épingle révèle une analgésie complète des

orteils et de tout l'avant-pied et une sensibilité très-obtuse de l'arrière-pied et de la région tibio-tarsienne. Dans le premier point la piqûre, même très-profonde, ne donne point de sang; dans le second, elle en fait écouler une gouttelette insignifiante; les orteils sont froids; au talon et au cou-de-pied, au contraire, la température est assez élevée.

La gangrène est confirmée pour la moitié au moins des deux pieds; le reste des tissus malades est dans cet état douteux qu'on désigne sous le nom d'asphyxie locale.

La tuméfaction, médiocre au niveau des parties mortes, est considérable au milieu du pied et de la partie inférieure de la jambe; elle va en s'amoussissant et n'existe plus au voisinage du genou; ganglions inguinaux sensibles au toucher.

Les désordres sont à peu près égaux des deux côtés. Malgré l'analgésie, qui différencie si bien ces lésions du phlegmon ordinaire, le malade ressent depuis plusieurs jours des douleurs violentes dans les parties atteintes; ces douleurs reviennent par accès et sous forme d'élançements rapides dans les intervalles. L'engourdissement des pieds est tel qu'ils ne sont pas sentis. Les mouvements volontaires des orteils et du pied sont abolis. La pression sur le crural et le sciatique est indolente. Nous négligeons d'explorer les artères. L'état général est mauvais : grande faiblesse, soif, inappétence, sommeil troublé par les douleurs, pouls plein; température à 39 degrés. Les chairs sont flasques; la peau est terreuse, couverte, à l'abdomen, aux cuisses et aux avant-bras, de prurigo cœchectique; le malade tousse un peu de temps en temps et depuis quelques semaines. L'auscultation cependant, à l'exception de quelques rares ronchus, ne révèle aucune lésion pulmonaire sérieuse. L'examen des autres viscères est également négatif, de sorte que nous constatons l'état cœchectique sans pouvoir reconnaître la cause matérielle.

Le pronostic nous paraît très-grave. Il est certain que la mortification comprend dès à présent au moins la moitié antérieure des deux pieds, mais que rien n'indique encore sa limitation. Plus tard, en supposant que le sillon se forme entre le mort et le vif, le malade fera difficilement les frais d'une suppuration abondante et prolongée. On doit donc agiter la question de l'amputation prochaine; mais la rougeur et le gonflement remontant presque jusqu'au genou, je recule devant l'idée d'amputer les deux cuisses.

Les congélations étendues étant fort rares dans nos hôpitaux, l'expérience nous manque en ce qui concerne le meilleur traitement; néanmoins les excellents résultats que donne le pansement ouaté dans les brûlures et dans les contusions graves des membres nous engageant à l'appliquer. Deux épais boîtes de coton recouvrent donc jusqu'au-dessus du genou les deux membres inférieurs. On prescrit de plus de petites doses d'opium, du bon vin et une alimentation légère.

Le soulagement est très-prompt et dès le lendemain le malade, délivré de ses souffrances, nous remercie vivement.

Le 21 février, nous défaisons l'appareil d'un côté, pour examiner l'état local. Le sphacèle de l'avant-pied se confirme, mais la rougeur et le gonflement ont beaucoup diminué. Les deux tiers supérieurs de la jambe sont revenus à l'état normal; la sensibilité y est naturelle.

Nous ne regardons pas l'autre membre, et nous réappliquons l'appareil.

La fièvre toutefois n'a pas faibli, car les soirs précédents la température a atteint 40°,5. Cependant le malade éprouve toujours un grand bien-être; il mange un peu et ne présente pas de trouble fonctionnel notable.

Les choses durent ainsi jusqu'au 23, mais alors le tableau change brusquement. Vers trois heures du matin, X... se réveille et appelle l'infirmier; il ressent des élançements dans les deux jambes, une roideur considérable dans le cou, et peut à peine ouvrir les mâchoires. Il avale avec beaucoup de difficulté quelques gouttes de tisane.

A six heures, la religieuse constate le trismus, la dysphagie et la contracture des muscles de la nuque. Elle administre sur-le-champ 1 gramme de chloral.

Nous voyons le malade à neuf heures et demie. Il ne souffre plus et sa figure exprime le contentement. Cette expression du visage est due manifestement à une légère contracture des muscles labiaux et palpébraux, telle qu'elle se montre dans le sourire; les mâchoires s'écartent encore de plus de 1 centimètre, mais l'opisthotonos est déjà très-marqué, surtout dans la région cervicale. Nous avons peine, pour pratiquer l'auscultation, à associer le malade, dont tout le tronc et la paroi abdominale sont rigides. Dès qu'elle n'est plus soutenue, la tête se porte en extension forcée; dans le décubitus dorsal même elle s'enfonce profondément dans les oreillers; on ne

peut ni la fléchir, ni la tourner en aucun sens. En revanche, nulle douleur ni dans les membres, ni au cou; aucune convulsion cloïque. Intelligence intacte, parole claire, facile, nulle inquiétude; la respiration est presque normale, 28 à 30 par minute; le pouls à 80; la température, qui la veille au soir était à 40°, est brusquement descendue à 37°,4. La miction se fait sans peine, les urines sont normales.

Nous apprenons que la nuit précédente déjà des élanements passagers comme des éclairs ont été ressentis dans les jambes pendant une heure environ et ont troublé le sommeil. Le malade n'en avait point parlé, mais s'en était réjoui, croyant y voir l'annonce heureuse du retour de la vie dans les parties engourdis.

Le symptôme le plus menaçant est à coup sûr la dysphagie. En effet, la salive et les liquides doux, pris en très-petite quantité, sont assez aisément déglutis, mais le choral passe très-mal et détermine sur-le-champ une aggravation dans la contracture du cou. Il est donc à craindre que le spasme musculaire, qui a épargné jusqu'ici l'appareil respiratoire, ne s'étende bientôt aux muscles du larynx.

Bien que la combinaison d'une lésion antérieure fort grave par elle-même et d'un tétanos à invasion rapide laisse bien peu d'espoir, nous faisons les prescriptions suivantes: enveloppement général du corps dans la ouate, pour éviter tout refroidissement et favoriser la transpiration; chloral à hautes doses par la bouche ou par le rectum; injections de morphine en cas de convulsions et de contractures douloureuses.

En dépit de tous ces moyens l'état s'aggrave rapidement; on compte à quatre heures 42 respirations, et à cinq heures 56; à sept heures la mort arrive. Voici le résumé des symptômes deux heures avant:

Tous les muscles des membres étaient agités de tremblements fibrillaires et parfois de crampes douloureuses et de convulsions; tout le tronc était rigide, l'épisthotonos cervical poussé à l'extrême; les yeux étaient fermés par la contracture énergique des orbiculaires, et quand on essayait de les ouvrir l'impression de la lumière était extrêmement pénible; rire sardonique; trismus complet; déglutition absolument impossible; exspiration très-laborieuse d'un mucus qui semblait obstruer l'arrière-gorge; respiration purement diaphragmatique et sonore, comme s'il s'agissait d'un rétrécissement du larynx.

L'articulation des sons était très-difficile; cependant le malade indiquait par des signes qu'il comprenait les questions; il se plaignait d'avoir très-froid, bien que son corps fût baigné de sueur; la température axillaire était à 38°,2 seulement. Au moment des crises de convulsions, il poussait des gémissements. Les urines étaient fortement colorées et très-rares; les cuisses étaient moins contractées que les autres régions; le toucher et la pression n'y provoquaient ni douleurs, ni convulsions.

Autopsie. — Le 25 février, on examine avec soin le cerveau et ses enveloppes, la moelle épinière et les nerfs sciatiques, sans pouvoir constater à l'œil ni de lésions appréciables. — L'examen histologique de la moelle sera fait par M. Hayem. — Reins très-congestionnés. Foie sain. Cœur flasque. Intestins et estomac sans hyperhémie. On examine la glotte de haut en bas après avoir détaché avec précaution le larynx. Son ouverture est béante et aussi large que d'habitude; point de lésion de la muqueuse laryngée.

On trouve dans les poumons l'explication du mauvais état général dont on n'avait pu pendant la vie découvrir la cause. Des deux côtés et du haut en bas, indépendamment d'une congestion générale, on constate une éruption de granulations tuberculeuses disséminées, dont l'apparition, suivant toute probabilité, avait eu lieu simultanément et remontait à quelques semaines. Cause ou résultat de l'altération profonde de la constitution, la lésion pulmonaire condamnait inévitablement ce malheureux à une mort plus ou moins prompte; elle explique comment le froid avait amené si facilement une congélation si profonde et si étendue. Elle en aurait empêché à coup sûr la guérison et rendu stérile toute intervention chirurgicale active. Avant cette découverte nous avions un instant regretté de n'avoir pas pratiqué la trachéotomie, mais il est bien certain que l'ouverture de la trachée n'aurait amené aucun résultat.

L'examen des nerfs et des vaisseaux au voisinage et au centre même des parties mortifiées ne révèle aucune particularité remarquable. Les vaisseaux étaient contractés, mais sans traces d'inflammation et sans thrombose.

Obs. II. — Plaie par écrasement de la main. Pansement ouaté. Suites immédiates très-bénignes. Tétanos le dixième jour. Mort quarante-six heures après. — A. D., âgé de quinze ans, relieur,

un peu chétif, mais habituellement très-bien portant, a la main gauche prise dans un engrenage le 16 février à quatre heures et demie du soir. Il entre immédiatement à l'hôpital de la Pitié (salle Saint-Louis, n° 3).

M. Maunoury, interne de service, le voit aussitôt; il constate un arrachement complet du médus, un écrasement grave de l'annulaire, enfin une plaie contuse large comme une pièce de cinq francs à la face dorsale de la main. L'enfant accuse des douleurs très-vives; l'écoulement de sang est minime. Température 37°,2.

L'appareil ouaté est appliqué sur-le-champ.

Le 17 février au matin, les douleurs ont duré toute la nuit, mais commencent à se calmer. Il n'y a point de fièvre, mais le soir le thermomètre monte à 39° degrés.

Le 18, les souffrances ont cessé presque complètement; la face est vultueuse, le pouls fréquent, la température est à 38°,6. L'enfant mange et reprend sa gaieté. La fièvre tombe dans le reste du jour.

Le 19, cessation absolue des douleurs et de la fièvre. Bon sommeil, appétit, état général excellent. Les choses vont si bien les jours suivants que le petit malade reste levé toute la journée avec son bras au écharpe.

Il paraît que le 25 au soir, vers cinq heures, l'enfant, en prenant son repas, s'est plaint d'une douleur très-passagère en avalant, mais le 26 au matin et même jusqu'à quatre heures et demie il n'eut aucun symptôme fâcheux.

Une heure plus tard, la religieuse de service envioie chercher M. Maunoury et lui annonce l'invasion subite du tétanos. En effet, en prenant son repas, l'enfant a été saisi d'un accès de dysphagie intense. Il est couché sur le dos, la tête fortement portée en arrière, le visage ridé au niveau du front et du nez, les yeux demi-clos par la contraction des orbiculaires. Ni douleur, ni convulsions, ni contracture dans le membre blessé, la compression des branches du plexus brachial au-dessus du bandage ouaté est absolument indolente. L'enfant n'accuse d'aucun souffrance qu'à la nuque et au niveau du pharynx. Le sterno-mastoldien gauche est un peu rigide. L'examen du fond de la gorge avec une cuiller est péniblement supporté, mais ne montre en ce point ni rougeur ni gonflement.

La contracture du cou n'est pas invincible, car le malade peut encore fléchir et incliner la tête en divers sens; température 37°,0. M. Maunoury prescrit le choral à dose hypnotique; on donne une première cuillerée d'une solution assez concentrée, mais l'impression sur l'arrière-gorge est très-désagréable et provoque instantanément du spasme, de la cyanose, et l'apparition de salive écumeuse à la bouche. Le même phénomène s'étant représenté une seconde fois, le chloral sera administré par le rectum en quarts de lavements, renfermant chacun 2 grammes du médicament.

À la première dose l'enfant s'endort profondément, et dans une attitude tout à fait naturelle. Le visage est tranquille et sans rides; pouls calme et régulier, respiration normale, aucune convulsion; un léger degré d'opisthotonos cervical persiste encore. Un second lavement de chloral est administré quelques heures plus tard.

La nuit est assez bonne; il y a seulement trois accès provoqués tous par l'ingestion des boissons. La bouche à peine ouverte se referme si brusquement que la langue et les joues sont mordues.

Le matin cependant l'état n'est point mauvais; l'enfant est très-gai, plaisante sur son état et ne souffre de nulle part; mais si on veut le faire boire la face rongit, la suffocation survient, et une douleur vive est accusée en arrière et sur les côtés du cou. Après plusieurs essais on arrive cependant à faire ingérer du lait chaud sucré avec le sirop de morphine. Température 37°,4.

M. Maunoury juge à propos de défaire le pansement. Une très-petite quantité de pus fétide baigne la plaie qui du reste est en bon état, sans trace de gonflement ni d'inflammation.

L'exposition de cette plaie à l'air provoque immédiatement une douleur violente ressentie surtout dans l'annulaire broyé; en même temps convulsions énergiques du membre supérieur qui portent la main dans la flexion et dans l'adduction. Les convulsions se reproduisent coup sur coup; la plaie est promptement lavée avec l'eau phéniquée tiède et on réapplique le pansement ouaté qui fait immédiatement cesser tous ces symptômes.

Du reste le ventre est souple, l'urine facilement rendue, la peau moite, point d'élevation notable de la température, respiration et circulation tout à fait normales. La contracture laryngée a presque cessé; en tout-cas ne s'est pas étendue. Le chloral en lavement sera continué ainsi que le sirop de morphine.

Cinq heures du soir, la journée a été calme; nulle douleur au bras; un oedème pénible au talon. L'opisthotonos est toujours assez marqué, le sterno-mastoïdien gauche un peu tendu, mais le visage est sans rides et les yeux grands ouverts; 112 pulsations; température 37°.6. Respiration normale.

Dix heures du soir, secousses douloureuses, exagérant l'opisthotonos, revenant toutes les minutes environ et portant brusquement la tête en arrière. Face rouge, yeux fermés, douleur au cou, arrachant parfois des cris, paroi abdominale antérieure rigide; rien dans les membres. Pouls régulier, un peu vite, trente respirations; transpiration cutanée; on ajoute au chloral, dont six grammes ont été pris dans la journée, une injection hypodermique pratiquée à la nuque, avec 1 centigramme de chlorhydrate de morphine. Les crises se calment aussitôt. Le reste de la nuit est passable; un lavement de chloral est donné un peu avant le jour.

Le 28 au matin, les crises de convulsions douloureuses se renouvellent à diverses reprises; nous trouvons l'enfant dans l'état suivant à l'heure de la visite. Face injectée, opisthotonos cervical persistant, mais facile à vaincre; trismus presque nul; les yeux fermés s'ouvrent aisément quand on interroge le malade dont l'intelligence d'ailleurs est entière; membres souples, abdomen un peu rigide, nulle douleur, nulle convulsion, coma vigile tel que le donne habituellement le chloral à hautes doses. Si la contracture est modérée, quelques symptômes moins rassurants s'observent. La dysphagie est toujours extrême, le pouls est à 104, la température brusquement élevée à 39°.8; 31 respirations à la minute.

Les mêmes prescriptions sont continuées et je fais, de plus, préparer une pile à courant continu pour le cas où se montreraient des signes de suffocation. L'état reste stationnaire jusqu'à une heure de l'après-midi. A ce moment l'enfant pousse un cri, appelle la religieuse et lui dit qu'il tombe de son lit. Aussitôt il devient extrêmement pâle et ne parle plus; il n'a ni convulsions, ni symptômes d'asphyxie, ni délire, ni suffocation, mais au contraire une tranquillité de mauvais augure. La respiration est brève, saccadée parfois comme dans le sanglot; à trois heures la température monte jusqu'à 41°.8. La pâleur absolue persiste; la mort survient une demi-heure après, quarante-six heures après le début du tétanos, sans convulsions et par affaiblissement progressif de la respiration. A cinq heures les muscles, sans être en résolution complète, ne sont néanmoins pas notablement contracturés.

L'autopsie est faite seulement quarante-neuf heures après la mort, par un temps froid. Le corps n'offre pas d'odeur de putréfaction. Rigidité cadavérique très-forte; le col est dans l'extension forcée, les avant-bras fléchis; les mains également, avec adduction.

Cavités crânienne et rachidienne. — Liquide céphalo-méridien abondant. Mêmes parafentes saines, sans granulations, épaississement, ni adhérences; elles ne sont point congestionnées mais plutôt ischémiques. Les seissures de Sylvius examinées avec le plus grand soin n'offrent rien d'anormal. Carveau ferme, non injecté; des coupes très-multipliées n'y découvrent aucune lésion. Point de liquide dans les ventricules.

Le bulbe et la moelle épinière sont enlevés et portés au laboratoire de M. le professeur Charcot pour y être soumis à un examen histologique complet; mais l'œil ne constate point d'altérations dans les méninges qui les recouvrent.

Cavité thoracique. — Adhérences anciennes des deux poumons, partielles à droite, générales à gauche; dans les points où le plevre est libre on voit sur le feuillet viscéral un assez grand nombre de petites échymoses sous-séreuses de 1 à 2 millimètres de diamètre et d'un rouge vif. Les coupes pratiquées sur le tissu pulmonaire le montrent parsemé de très-petits foyers hémorragiques qu'acquièrent de dimensions plus considérables que dans les lobes inférieurs. Du reste ni congestion intense ni surtout trace d'hépatation. Le parenchyme pulmonaire est partout crépitant et laisse écouler sur les coupes un mélange d'air et de sang rutilant. Nous sommes assez surpris de trouver dans les deux sommets une éruption tuberculeuse, discrète à la vérité, mais que les apparences de santé du petit malade n'aurait jamais fait soupçonner; quelques granulations sont transparentes, mais d'autres déjà opaques et comme caseuses.

Le cœur est d'une fermeté remarquable; ses cavités sont revenues sur elles-mêmes comme dans la systole complète; on ne peut s'empêcher de songer à une contracture du muscle cardiaque. Les cavités ne renferment qu'une très-petite quantité de sang liquide.

Le péricarde ne contient point de liquide; sur ses deux feuillets on constate un nombre assez considérable d'échymoses, l'une assez large au niveau des gros vaisseaux, une autre également étendue sur le bord droit du cœur, plus beaucoup d'autres plus petites disséminées sur les faces ventriculaires.

Cavité abdominale. — Rien au foie, aux reins ni à la rate. En dehors du point blessé nul gonflement, nulle inflammation aux doigts respectés, à la paume de la main et à l'avant-bras. Le nerf cubital disséqué au niveau du poignet n'offre aucune lésion.

D^r L.-H. PETIT.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 29 MAI 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

LE CAUCASE ET SES EAUX MINÉRALES. Note de M. J. François. — Voici le résumé de ce mémoire :

Les excursions dans les steppes de la Kouma ont conduit à la constatation, à Koumagorsk, d'eaux sulfureuses sodiques rappelant celles des Pyrénées, et de chlorosulfatées sodiques et magnésiennes, à Karras, à Lissagorsk et à Kiskily. Ces sources sont remarquables par leur composition, leur abondance et leur diversité. Koumagorsk, c'est Luchon dans la steppe sous-caucasique; Lissagorsk et Karras, c'est Pullna et Sedlitz. Ainsi, sur un espace restreint de 30 à 45 kilomètres d'écart, les quatre groupes du Nord-Caucase, y compris les groupes nouveaux désignés ci-dessus, présentent dans leur ensemble les analogies les plus remarquables avec les eaux magistrales de l'Europe occidentale (Vichy, Vals, Luchon, Spa, Schwalbach, Aix-la-Chapelle, Kissingen, Marienbad, Pullna, etc.).

De telles ressources, qui peuvent être notablement augmentées, mettent la Russie en mesure de réaliser, quand elle le voudra, le projet depuis longtemps médité et poursuivi par son gouvernement, de prendre un rang considérable dans l'exploitation hydrominérale.

ÉLECTRICITÉ ANIMALE. — M. Ch. Pigeon adresse une note sur l'électricité accumulée dans l'économie animale. Cette communication sera soumise à l'examen de M. Becquerel.

VARIATIONS DE L'ÉTAT ÉLECTRIQUE DES MUSCLES DANS LA CONTRACTION VOLONTAIRE ET LE TÉTANUS ARTIFICIEL, ÉTUDIÉES À L'AIDE DE LA PATTE GALVANOSCOPIQUE. Note de MM. Morat et Toussaint. — Les auteurs ont fait sur ce sujet, dans le laboratoire de M. Chauveau, un grand nombre d'expériences en se servant de la grenouille et en enregistrant l'une au-dessus de l'autre, à l'aide d'un myographe double, la contraction du muscle inducteur et celle du muscle induit. Voici ce qu'ils ont observé :

Très-fréquemment, les mouvements accomplis volontairement par la grenouille ne donnent lieu à aucune réaction de la patte induite, même quand on s'est assuré que celle-ci réagit très-vivement à la moindre secousse inductrice provoquée artificiellement. Quand la contraction volontaire agit sur la patte galvanoscopique, l'effet produit est une secousse simple, très-brève, coïncidant avec le début de la contraction volontaire. D'autres secousses semblables apparaissent parfois, soit à la fin de la contraction, soit encore, mais beaucoup plus rarement, pendant le cours de cette contraction. Cette réaction de la patte induite ne paraît en rapport ni avec l'intensité ni avec la durée de la contraction volontaire. L'observation démontre qu'elle dépend d'une seule condition, la brusquerie avec laquelle surviennent les changements d'état du muscle, soit au départ de la contraction volontaire, soit à sa fin, soit pendant son cours. On peut dire qu'en somme la contraction induite provoquée par la contraction volontaire n'est jamais qu'une sorte d'accident.

Les auteurs n'en concluent pas néanmoins que la contraction volontaire soit un acte complexe, composé de secousses fusionnées. Pour arriver à l'explication des résultats de leurs expériences sur la contraction induite, ils ont étudié l'influence exercée sur cette contraction par le nombre et par la durée des secousses simples composant le téτανos d'un muscle inducteur dont le nerf est excité par une série de flux électriques instantanés. Ils ont constaté qu'une fréquence relativement peu considérable des excitations, mais suffisante pour provoquer le téτανos du muscle inducteur, on induit, dans la patte galvanoscopique, un téτανos plus ou moins semblable, dans lequel le plus souvent les secousses mal fusionnées se reconnaissent encore. Si l'on augmente graduellement la fréquence des excitations, on voit d'abord le téτανos induit devenir plus parfait et se maintenir aussi longtemps que le téτανos inducteur; puis ce téτανos induit paraît ne se manifester que pendant la première période du téτανos inducteur; puis enfin, la fréquence des excitations étant très-grande, il ne se produit plus qu'une contraction induite initiale brève, n'ayant guère plus de durée que si elle avait été provoquée par une secousse simple. Les auteurs étudient enfin l'influence de la durée individuelle des secousses qui composent le téτανos inducteur.

« Pour obtenir des secousses brèves, le moyen le plus sûr, c'est d'exciter, par la méthode unipolaire, le nerf du muscle inducteur, après l'avoir sectionné ou tout au moins après avoir coupé la moelle épinière en arrière de l'encéphale. Si le nerf communique avec l'encéphale, la secousse provoquée par l'excitation avec un flux électrique instantané peut s'allonger considérablement, comme l'a démontré M. Chauveau, même quand l'organe excité n'a pas encore subi la moindre fatigue. A plus forte raison, cet allongement de la secousse se produit-il sûrement si le nerf est fatigué par des excitations répétées ou par son exposition à l'air. Quelles que soient les conditions dans lesquelles est obtenu cet allongement des secousses, s'il est considérable, il a toujours la même conséquence relativement à la contraction secondaire de la patte galvanoscopique. Cette conséquence, c'est la disparition du téτανos induit. Le téτανos inducteur est, au contraire, très-facilement engendré, même avec un petit nombre de secousses; mais il ne provoque plus dans la patte induite qu'une contraction initiale brève, ressemblant beaucoup à celle qui est provoquée par la contraction volontaire. »

Quand on interprète ces expériences au point de vue des renseignements qu'elles fournissent sur l'état électrique des muscles en état de contraction, un fait d'une certaine importance se dégage. Le téτανos, artificiellement provoqué par les courants interrompus, comprend deux types séparés par une foule d'états intermédiaires. Dans l'un de ces types (téτανos composé de secousses brèves et relativement peu nombreuses), les oscillations de l'état électrique sont encore brusques et d'une certaine ampleur, malgré la fusion complète des secousses qui provoquent les oscillations. Celles-ci sont donc toutes capables d'exciter le nerf d'une patte induite; elles se traduisent alors par un téτανos induit, plus ou moins semblable au téτανos inducteur. Dans le second type (téτανos composé de secousses longues et nombreuses), le courant musculaire reste en variété négative à peu près constante. Les oscillations de l'état électrique du muscle étant très-peu accentuées ne provoquent plus de réaction dans la patte galvanoscopique. Ce n'est que quand la variation négative s'établit, c'est-à-dire au moment même où commence le téτανos inducteur, que le nerf de la patte induite peut être excité.

Appliqués à l'étude de la contraction volontaire, ces données prouvent que la permanence de la variation négative indiquée par le galvanomètre ne tient pas exclusivement à l'inertie de l'appareil, mais représente au moins en partie un phénomène réel. Il y a tout lieu de croire qu'un appareil d'une extrême mobilité donnerait des indications analogues.

Une conclusion d'un autre ordre ressort encore de ces expériences, c'est que la contraction induite n'a pas la valeur

qui lui a été attribuée pour déterminer, à l'aide de ses caractères, si tel mouvement musculaire est une secousse simple ou une contraction composée de plusieurs secousses.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 6 JUIN 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. le ministre de l'Agriculture et du commerce transmet à l'Académie : a. Le compte rendu négatif des épidémies pour le département de la Drôme pendant l'année 1875. (*Commission des épidémies*). — b. Le tableau des vaccinations pratiquées pendant l'année 1875 dans le département de la Mosue. (*Commission de vaccine*.)

L'Académie reçoit : a. Une lettre de candidature de M. le docteur Jaccard pour la section de pathologie médicale. — b. Une note de M. le docteur Pigeon sur les causes de la rage spontanée dans l'espèce humaine. — c. Une note de M. le docteur Souquet sur la présence de la chlostridie dans le lait. (*Le lait et surtout le lait des mammifères*). — d. Une note de M. le docteur J. Mascarel sur les effets de lavements simplifiés donnés par erreur dans un cas d'entéro-cérite aiguë.

M. H. Rayer dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Amussat fils : 1° Une brochure sur les sondes à demeure. — 2° Une collection de brochures du même auteur sur la galvanisation-caustique thermique.

M. Depoix offre à l'Académie : a. Au nom de M. Henri Bennet (de Londres), une série d'ouvrages ayant pour titres : 1° LA CORNE ET LA SANGAINE; 2° PATHOLOGIE UTÉRINE; 3° WINTER AND SPRING IN THE SHORES OF THE MEDITERRANEAN; 4° TRAITE PRATIQUE DE L'INFLAMMATION DE L'UTÉRUS, DE SON COL ET DE SES ANNEXES; 5° RECHERCHES SUR LA PHTHISIE PULMONAIRE (rouvées) à la section des correspondants étrangers). — b. Au nom de M. le docteur Masson, LA CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE DE M. LE DOCTEUR WEGGER.

SOUFFLE PUERPÉRAL. — M. Bouillaud donne lecture d'un travail sur l'identité du bruit de soufflet dit placentaire avec le bruit de soufflet des grosses artères et sa localisation dans les artères intra-utériniennes.

Il revient d'abord sur cette idée que ce qui a manqué aux auteurs des théories qui ont été successivement émises, acceptées et rejetées sur l'acoustique obstétricale, c'est une notion suffisante des bruits des artères et du cœur en dehors de la grossesse, tant à l'état normal qu'à l'état anormal. Il croit donc utile de revenir sur ces deux variétés de bruits.

Les bruits normaux, qu'on entend du reste assez difficilement à l'auscultation, sont dus soit au jeu des artères elles-mêmes, soit aux frottements de l'ondée sanguine contre les parois artérielles. Les premiers coïncident avec la diastole et la systole artérielle, et sont comme elles séparés par des repos ou des silences. Ces bruits sont donc doubles ou dicrotes comme le pouls artériel, et sont produits par les vibrations de l'artère pendant la secousse brusque et alternative que lui impriment la diastole et la systole. La seconde variété de bruit est due au frottement de l'ondée sanguine qui circule dans les tubes artériels sous l'impulsion de la systole du cœur ou des artères, mais il n'est vraiment appréciable que lorsqu'il existe des conditions capables d'augmenter l'intensité du frottement.

Quant aux bruits anormaux, si nombreux et si variés, qu'on peut entendre dans les artères : bruits de soufflet proprement dits, bruits de mugissement, de sifflement, de diable, de piaillement, etc., ces bruits peuvent prendre les caractères les plus divers, suivant le degré de compression exercé par le stéthoscope sur l'artère; quelquefois même il suffit pour les modifier d'un simple changement dans les rapports de l'artère avec les parties voisines. Il faut toutefois, pour déterminer nettement ces phénomènes, choisir des artères d'un certain volume, telles que les carotides, les sous-clavières, la crosse de l'aorte, la terminaison de l'aorte abdominale, etc.

Ces bruits anormaux se reproduisent à peu près avec les mêmes caractères dans les tubes inertes, comme des tuyaux d'arrosage comprimés convenablement. On peut leur donner toutes les variétés de timbre des bruits artériels et ils disparaissent dès qu'on cesse la compression. M. Bouillaud a obtenu les mêmes phénomènes sur des cadavres en injectant de l'eau dans les artères et en les comprimant avec le stéthoscope. Il n'y a là, suivant lui, qu'un fait purement mécanique, aussi n'accepte-t-il pas la théorie de Laënnec, qui attribue ces bruits sur le vivant à une modification de l'innervation, à une

anomalie de l'influx nerveux, à un véritable spasme des artères.

L'observation clinique, confirmée plus tard par l'expérimentation, a démontré de plus qu'en dehors de ces conditions purement mécaniques ces bruits anormaux se produisaient dans certains cas d'altérations du sang, lorsque le chiffre des globules sanguins tombe bien au-dessous de la proportion normale, ainsi qu'on le remarque chez les anémiques, les chlorotiques ou les chloro-anémiques.

Après ces préliminaires, indispensables pour bien saisir le mécanisme des bruits de souffle dans l'état puerpéral, M. Bouillaud passe successivement en revue les différentes théories émises sur la nature et le mode de production de ce bruit.

1^{re} Théorie placentaire. — M. de Kergardec, qui signala le premier la présence du souffle puerpéral, lui donna le nom de *battement avec souffle ou bruit placentaire*, parce que, d'après lui, il avait son siège dans le placenta, au point d'insertion de cet organe avec la matrice. C'était une simple vue de l'esprit qui ne se basait du reste sur aucun fait d'expérience ou d'observation. Laënnec accepta en partie cette théorie, qu'il modifia d'après cette affirmation du docteur Ollivry, que ce bruit de souffle disparaît lorsqu'on coupe le cordon ombilical, et d'après lui ce bruit de souffle était produit par la branche artérielle qui sert principalement à la nutrition du placenta. Cette doctrine n'est pas acceptable pour plusieurs raisons : d'abord le bruit ne cesse nullement après la section du cordon ombilical, il persiste même après la délivrance; en outre, l'artère ombilicale ne fournit aucune branche artérielle destinée spécialement à la nutrition du placenta; enfin les pulsations de l'artère ombilicale sont isochrones à celles du cœur du fœtus, tandis que ces pulsations avec souffle sont isochrones au pouls et aux battements du cœur de la mère.

2^e Théorie utérine. — En 1831, Paul Dubois, dans un rapport sur l'auscultation obstétricale, émit cette opinion que les battements perçus par l'oreille chez la femme enceinte n'avaient pas leur siège dans le placenta, mais dans l'appareil vasculaire de l'utérus; c'est un bruit analogue au bruit de souffle qu'on entend dans les varices anévrysmales; il est déterminé par les mêmes causes. M. Bouillaud déclare cette théorie aussi inadmissible que celle de Kergardec et de Laënnec; il est impossible que les différentes colonnes liquides qui traversent les sinus utérins puissent, par leur passage ou leur rencontre, produire un bruit aussi intense que le souffle puerpéral.

3^e Théorie iliaque. — Pour M. Bouillaud, ce bruit de souffle si analogue au bruit de soufflet perçu dans les grosses artères ne peut avoir son siège ailleurs que dans des vaisseaux artériels, mais dans des artères en dehors de l'utérus et du placenta, dans les gros troncs artériels sur lesquels l'utérus gravide exerce une compression plus ou moins directe. M. Depaul n'accepta qu'en partie cette théorie et plaça le siège de ce bruit de souffle dans les artères utérines elles-mêmes. Ce bruit n'est pas absolument comparable à celui qu'on entend sur le trajet des artères; il a des caractères qui lui sont propres. Quant à ses modifications, ses irrégularités, ses intermittences, ils trouvent leur explication dans la disposition particulière du système artériel de l'utérus et dans les modifications que lui font subir les mouvements actifs de l'enfant.

4^e Théorie épigastrique. — M. Glénard, rejetant toutes les doctrines émises avant lui, croit que le siège du bruit dit placentaire n'est ni dans l'utérus ni dans l'artère iliaque, mais dans une de ses branches, dans l'épigastrique. Il base sa théorie sur l'expérience suivante : la compression d'un cordon vasculaire pulsatile que la palpation permet de reconnaître en des points correspondant exactement au trajet de la première partie de l'artère épigastrique, fait instantanément et totalement disparaître le souffle maternel. Quels que soient le rythme (franchement intermittent ou continu saccadé), l'intensité ou le timbre de ce souffle; quelle que soit la distance

qui sépare le point de la compression du foyer stéthoscopique observé, le souffle reparait aussitôt qu'on cesse la compression.

L'artère épigastrique est le siège exclusif du souffle de la grossesse. M. Glénard ajoute que c'est encore à la compression de l'épigastrique, et il n'y a pas d'autres explications plausibles, qu'il faut attribuer le bruit de souffle qu'on entend dans les cas de fibromes utérins. Il conclut de ses recherches que les doctrines du souffle placentaire, du souffle utérin ou des artères intra-pelvienne, admises depuis un demi-siècle, doivent faire place à la sienne.

M. Bouillaud trouve M. Glénard trop radical dans ses conclusions et par trop insuffisant dans ses démonstrations. Sa théorie n'est pas seulement difficile à comprendre, elle est physiquement impossible, l'artère épigastrique n'ayant aucune des conditions nécessaires pour la production d'un bruit de souffle *identique* sous tous les rapports avec le souffle dit placentaire. Elle peut sans doute, comme toutes les artères, être le siège d'un bruit de souffle si elle est convenablement comprimée, mais elle ne peut donner lieu à un bruit de la force et de la grosseur du souffle puerpéral.

En résumé, M. Bouillaud conclut de sa communication que le bruit propre à l'état puerpéral, isochrone au pouls de la femme enceinte, n'est autre chose qu'une espèce *locale* de bruit de souffle des grosses artères, auquel on l'a comparé et assimilé avec raison. Il a pour siège les artères intra-pelviennes (artère iliaque primitive interne ou externe), et la preuve c'est que :

1° Son maximum d'intensité siège dans les régions de l'abdomen correspondantes à celle des artères indiquées sur laquelle s'appuie nécessairement l'utérus gravide; 2° ce souffle disparaît aussitôt que l'utérus est revenu à son volume normal; 3° sous le rapport de sa grosseur ce souffle ne peut se passer dans aucune des artères de la cavité abdominale autre que les artères iliaques primitives internes ou externes; 4° un souffle semblable est produit par les tumeurs de la cavité abdominale capables d'exercer sur ces artères la même compression que l'utérus. M. Bouillaud propose de lui donner le nom de *souffle artéro intra-pelvien puerpéral*.

M. Depaul annonce qu'il a reçu une lettre de M. Glénard, fort ému des critiques de M. Bouillaud. Il demande à ce qu'on ajourne la discussion et se propose de venir répéter ses expériences devant ces contradictoires.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 31 MAI 1876. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

PANSEMENT DE LISTER. — ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE. — INFLUENCE DES MALADIES CHIRURGICALES SUR LA GROSSESSE ET RÉCIPROQUEMENT.

M. Lucas Championnière offre à la Société de chirurgie un livre ayant pour titre : *MANUEL DE CHIRURGIE ANTISEPTIQUE*. L'auteur décrit le mode d'emploi du pansement de Lister et les résultats obtenus.

Une discussion s'engage sur les résultats obtenus avec le pansement antiseptique. M. Verneuil fait remarquer que les essais tentés par les chirurgiens français sont trop peu nombreux pour qu'on puisse discuter utilement la méthode. La Société décide que la discussion sera reprise ultérieurement.

M. Gillette est nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

M. Guéniot continue sa communication sur l'influence des maladies chirurgicales sur la grossesse. Il a pu réunir 240 observations. La plupart de ces faits sont dépourvus de signification ou sont contradictoires. M. Verneuil a dû être impressionné par cette remarque, et c'est pour cela qu'il fait appel à de nouvelles recherches. Selon M. Guéniot, les observations futures n'ajoutent rien au sujet.

La grossesse peut être normale ou compliquée. Les complications sont d'ordre différent. D'un autre côté, les trauma-

tismes sont de diverses formes : contusions, commotions, plaies, etc. ; tous ces éléments n'ont pas, au point de vue qui nous occupe, l'importance qu'on serait disposé à leur accorder.

Aujourd'hui M. Guéniot s'occupe de l'influence des traumatismes sur la grossesse. Il ne fait que mentionner la rétroversion de l'utérus gravidé suite de chute, la rupture de l'œuf extra-utérin suite de traumatisme de l'abdomen, les blessures directes de l'œuf ou de la matrice.

Deux particularités sur lesquelles il faut insister : le mode d'irritabilité de la matrice et les conditions dans lesquelles se trouve l'œuf au moment de l'accident. Une femme à utérus irritable aura facilement un avortement ; chez une autre, un grand traumatisme ne déterminera pas d'accidents.

Qu'est-ce que l'irritabilité utérine ? C'est la propriété de la matrice de répondre par sa contractilité aux excitations extérieures ou intérieures, directes ou indirectes. Dans les grossesses normales, cette irritabilité semble sommeiller ; puis, à l'époque de la délivrance, elle se réveille pour expulser l'œuf, comme si c'était un corps étranger. On la met expérimentalement en jeu quand on provoque l'accouchement prématuré, et cela est plus ou moins facile. Il ne faut pas confondre l'irritabilité avec la contractilité : l'une peut exister sans l'autre.

On comprend l'intérêt qu'il y a à étudier les causes de ce réveil de l'irritabilité.

1^{re} Maladies de l'œuf. — Si l'œuf est malade, l'irritabilité ne se reposera pas pendant neuf mois ; l'avortement aura lieu. Il en sera de même si le fœtus est mort, si le placenta est apoplectique, s'il y a hydramnios, etc.

2^o L'albunurie peut être cause d'avortement spontané, comme la syphilis, etc. Avant de juger l'influence du traumatisme, il faut donc savoir si la grossesse était indemne de tout cela, ou s'il y avait disposition morbide de la femme ou de l'œuf. Prenons une femme saine et un œuf sain, que vont faire les traumatismes ? Il est merveilleux de voir alors l'impuissance du traumatisme à provoquer l'avortement.

M. Guéniot cite quelques exemples. Une jeune fille enceinte se jette du haut d'un pont dans la Seine ; elle n'avorte pas (Cazeaux). Une autre fait une chute de voiture (Gendrin) et il n'en résulte rien de fâcheux. Maurice raconte qu'une femme enceinte de sept mois, surprise par un incendie, se jeta du troisième étage et tomba sur le pavé : elle se cassa les bras et les jambes et l'accouchement eut lieu à terme. M. Tardieu, M. Guibout racontent des cas aussi extraordinaires. Le traumatisme contusion n'est donc pas une cause essentielle de fausse couche ; il ne peut donc être qu'une cause adjuvante.

Fractures et luxations. — Il y a des exemples de fractures de tous les os, et même de la colonne vertébrale, de fractures par armes à feu avec résections. Ces accidents ne furent pas suivis d'avortement.

Plaies accidentelles. — Une femme tombe de vingt pieds de haut dans un puits ; elle se fait au ventre une plaie de 33 centimètres d'étendue et de 3 centimètres de profondeur. La plaie se comporta bien et la cicatrisation était en bonne voie, quand, treize jours après l'accident, la malade mourut du choléra. La grossesse n'avait pas été arrêtée par le traumatisme, et à l'autopsie on ne trouva aucune lésion du côté de l'utérus.

Plaies chirurgicales, etc. — M. Nicaise a fait la désarticulation de l'épaulé sur une femme enceinte : la grossesse ne fut pas troublée. Chez une autre femme, amputation de cuisse par M. Labbé ; guérison et continuation de la grossesse. Opérations d'ovariotomie (Pollok, Marion Sims, Spencer Wells), amputation d'un col cancéreux (Walton Todd), et toujours la grossesse continue son cours. Le traumatisme chirurgical n'est donc pas une cause essentielle de fausse couche.

Il faut excepter cependant les plaies situées dans la sphère génitale. Quelles sont les limites de cette sphère ? Est-ce la région inguinale et la partie supérieure de la cuisse ? Dans la

thèse de Masset on voit sept opérations de hernies étranglées sur des femmes enceintes, et il y a un seul cas d'avortement et de mort. M. Gosselin a ouvert un abcès de l'aîne chez une femme syphilitique, et il n'y eut pas avortement. Amputation de cuisse à la partie supérieure et continuation de la grossesse. Provisoirement, la région inguinale et la partie supérieure des cuisses ne sont pas tout à fait dans la zone génitale. La paroi abdominale n'y rentre pas plus facilement.

Du côté du périnée et de la vulve, sur 17 cas d'ablations de végétations, il y a trois avortements. De même pour l'anus et le rectum. Les opérations pratiquées dans ces régions sont souvent causes de fausses couches ; la zone génitale serait donc limitée au conduit vulvo-utérin et à la région ano-périnéale. Les traumatismes de cette région sont des causes directes d'avortement.

M. Guéniot continuera sa communication dans la prochaine séance.

Société de biologie.

SEANCE DU 3 JUIN 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CLAUDE BERNARD.

ÉTUDE DES PROPRIÉTÉS CHIMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES DE L'ÉCORCE DE MANGÔNE : MM. GALLOIS ET HARDY. — HÉMORRHAGIE MÉNINGÉE EXPÉRIMENTALE ; DÉVIATION CONJUGUÉE DES YEUX DU CÔTÉ OPPOSÉ À LA LÉSION : M. LABORDE. — RAGE HUMAINE TRAITÉE PAR LES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES D'HYDRATE DE CHLORAL : M. FÉVOST (DE GENÈVE). — FAITS RELATIFS AUX ALTÉRATIONS DES HUMEURS DANS L'ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE : M. BOUCHARD. — NOUVEAU PROCÉDÉ DE DOSAGE DE L'ACIDE SILFURIQUE ET DES SELFATES SOLUBLES : M. CADYET. — NOUVEAU SIGNE MÉDICO-LÉGAL TIRÉ DE L'EXAMEN DES OREILLES DU NOUVEAU-NÉ : M. GELLÉ. — RECHERCHES COMPARATIVES SUR LA TEMPÉRATURE CENTRALE ET LA TEMPÉRATURE DES EXTRÉMITÉS DANS LES MALADIES FÉBRILES : M. COUTY.

M. Gallois communique, au nom de M. Hardy et au sien, la note suivante :

L'*Erythrophloeum guineense*, désigné sous le nom de *Mancône* des Portugais, Bouranne des Floups, Tali, etc., appartient à la famille des légumineuses, à la sous-famille des césalpiniées et à la série des dimorphandrées. C'est un grand arbre, qui croît en Sénégalie et sur divers points de la côte occidentale d'Afrique. Son bois, très-dur et incorruptible, est précieux pour la charpente et pour les usages domestiques.

D'après M. Baillon, ses feuilles sont bippinées, alternes, à folioles opposées, vertes et luisantes, peu nombreuses, assez larges et coriaces. Les fleurs, dont l'odeur attire les abeilles, sont disposées en grappes ramifiées au sommet des rameaux. Le fruit est une gousse aplatie, bivalve, oblongue, coriace ou ligneuse, dont les graines sont entourées d'une pulpe plus ou moins épaisse.

L'écorce, qui est employée par les indigènes à empoisonner les flèches et à préparer des liqueurs d'épreuves destinées aux criminels, se présente sous la forme de morceaux aplatis, irréguliers, d'un brun rougeâtre, à surface inégale. Elle est dure, fibreuse, inodore, et détermine de violents éternuements quand on la pulvérise.

Cette écorce renferme un alcaloïde que nous avons extrait et auquel nous proposons de donner le nom d'*érythrophloïne*. Nous l'avons obtenu par divers procédés, et entre autres par le procédé de Stat, en substituant l'éther acétique à l'éther sulfurique, après la saturation par le bicarbonate de soude.

L'*érythrophloïne* se présente sous un aspect cristallin et offre les réactions générales des alcaloïdes. Elle donne un chlorhydrate d'*érythrophloïne* cristallin et un chlorhydrate double d'*érythrophloïne* et de platine, aussi également cristallisé.

C'est une substance toxique très-énergique, et ce qui la caractérise tout particulièrement c'est qu'elle constitue un nouveau poison du cœur. Injectée sous la peau de la patte d'une grenouille, à la dose de 2 milligrammes, elle provoque l'arrêt du ventricule du cœur dans l'espace de cinq à huit mi-

notes. Le ventricule s'arrête en systole; les oreillettes contiennent à battre pendant un temps variable, quoique toujours très-restreint, et s'arrêtent habituellement en diastole. L'effet est plus rapide quand l'érythrophléine est appliquée directement sur le cœur. A l'arrêt du muscle cardiaque succède, au bout d'un temps variable, un engourdissement progressif, qui va jusqu'à la résolution complète des muscles et pendant la durée duquel la mort a lieu. Chez les animaux à sang chaud l'érythrophléine détermine des secousses convulsives et de la dyspnée consécutive aux troubles de l'hématose. Quant au chlorure double d'érythrophléine et de platine, il a donné sur la grenouille les mêmes résultats que la base elle-même.

Nous avons obtenu les mêmes effets toxiques avec les feuilles de l'*Erythrophleum guineense* qu'avec l'écorce, et il est certain qu'il en serait de même avec les graines, que nous n'avons pu nous procurer.

L'*Erythrophleum Comminga*, ou *Koumango*, espèce voisine du Mancôm, est aussi un arbre au port élevé, et qui atteint la grosseur du Tamarinier. Il est originaire des Seychelles, et toutes ses parties sont vénéneuses.

D'après M. Baillon, ses feuilles sont alternes, bipinnées, à segments opposés, à folioles aternes, courtement pétiolées. Les fleurs n'ont pas encore été décrites. Le fruit est un légume bivalve, à pédoncule épais, inégalement oblong, très-comprimé, atténué à la base, un peu obtus au sommet, étroitement marginé le long du placenta, à bord droit ou inégalement rétréci entre les graines. Les valves sont subligneuses, noires extérieurement (sur le sec) et à veines rugueuses, intérieurement d'un jaune pâle. Les graines sont en petit nombre, orbiculaires comprimées, glabres, larges d'environ 3 centimètres.

Avec un fruit et une feuille que M. Baillon a eu l'obligeance de nous confier, nous avons préparé des extraits qui, injectés à des grenouilles, ont déterminé rapidement l'arrêt du cœur. Dans ces mêmes extraits, nous avons constaté l'existence d'un alcaloïde, dont la composition chimique peut être très-voisine de l'érythrophléine, si toutefois elle n'est pas identique avec elle.

A l'autopsie, on trouve habituellement le cœur mou et rempli de sang et, dans ce dernier liquide, les réactifs démontrent la présence de l'érythrophléine.

— M. Laborde présente l'encéphale d'un chien chez lequel il a fait une hémorragie méningée; dans ce cas, la déviation conjuguée des yeux avait lieu du côté opposé à la lésion. M. Laborde rappelle que, dans tous les cas d'hémorragie méningée artificielle qu'il a faits, il a toujours vu cette même exception à la loi énoncée par M. Prevost. Il ne veut pas, quant à présent, donner une théorie, il se borne à rappeler que dans ces hémorragies méningées il y a deux périodes bien distinctes: 1° une période d'excitation, avec vomissements, convulsions, déviation conjuguée des yeux; cette période est passagère; 2° une période caractérisée par des phénomènes de compression et de paralysie, qui dure jusqu'à la mort.

M. Prevost émet l'idée que, dans les cas observés par M. Laborde, il existait peut-être quelques lésions de l'isthme. Dans ces conditions il n'y a plus de lois régulières pour la déviation conjuguée des yeux.

— M. Prevost (de Genève) communique une observation de rage humaine qu'il a observée dans son service, à l'hôpital:

Une femme fut mordue, au mois de juillet 1875, par un chat atteint d'hydrophobie rabique. L'animal prit la fuite et disparut, après avoir mordu sur son passage des lapins et des poulets; disons de suite que ces animaux moururent, mais que l'on ne possédait aucun renseignement de quelque valeur sur les accidents qu'ils ont présentés.

Cette femme, aussitôt après la morsure, fut cantharisée avec l'ammoniaque et ne subit aucun autre traitement. Mais, à partir de ce moment, elle devint triste, poursuivie du pressentiment

qu'elle deviendrait enragée. Cependant, la santé générale était bonne, la petite plaie était fermée depuis longtemps et tout à fait indolente quand, six semaines après la morsure, elle y éprouva de nouveau des douleurs accompagnées de suppuration; elle devint nerveuse, irritable, les pressentiments redoublèrent, et après quelques jours de ces prodromes elle fut prise d'accès de rage parfaitement caractérisés et transportée dans le service de M. Prevost. Les paroxysmes étaient d'une violence extrême et très-rapides. On employa les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine sans obtenir de résultats; le chloroforme dut être cessé sans avoir amené de calme. Ce fut alors que l'on pratiqua une injection de chloral dans la veine pélicée, 4 grammes une première fois, puis l'on fit des injections successives pendant vingt-quatre heures et l'on obtint ainsi un sommeil assez calme; cependant la malade s'affaiblit de plus en plus et mourut, mais sans avoir eu de nouveaux accès. A l'autopsie, on ne put examiner que la moelle, qui était saine.

M. Hanot rappelle qu'il a, en 1874 (voy. *Progrès médical*, 1874), obtenu par le même procédé du calme pendant vingt-quatre heures chez un homme enragé.

— M. Bouchard rapporte des faits relatifs aux altérations des humeurs dans l'ataxie locomotrice progressive. Il a remarqué que, dans plusieurs cas d'ataxie, les malades présentaient une altération des dents au voisinage des gencives, avec salive acide. D'autres malades, avec crises gastriques, présentaient, quelques jours avant l'invasion de la crise, des urines albumineuses et peu riches en urée; ces altérations de l'urine disparaissent après les vomissements et quand la crise cesse. Il possède encore trop peu de faits pour établir une relation de cause à effet, surtout n'ayant pas pu encore analyser les matières vomies dans ces conditions.

— M. Cadet indique un nouveau procédé de dosage de l'acide sulfurique et des sulfates solubles, basé sur l'emploi de liqueurs titrées.

— M. Gellé expose un nouveau signe tiré de l'examen de l'oreille du nouveau-né pour établir s'il a respiré. Si l'enfant n'a pas respiré la cavité tympanique est remplie par une matière bruiteuse, sorte de magma gélatineux, formé par la muqueuse boursoufflée et gorgée de sang. Quand l'enfant a respiré pendant deux heures la muqueuse est devenue pâle, muqueuse et la cavité tympanique existe.

Le présentateur regrette, les sujets lui ayant manqué, de n'avoir pu établir s'il suffit d'une ou de deux respirations pour produire le dégorcement de la muqueuse tympanique, ou s'il faut un temps un peu prolongé pour que cet effet soit produit; on comprend du reste que le signe aura, au point de vue médico-légal, une valeur d'autant plus grande qu'il faudra un temps moins long pour opérer le dégorcement.

— M. Conty a fait, dans le service de M. le professeur Villemin, au Val-de-Grâce, des mensurations thermométriques nombreuses, dans le but d'étudier encore une question complètement obscure: celle des variations de température des parties périphériques comparées aux variations centrales.

Sur un grand nombre de malades atteints d'affections fébriles, il a placé successivement le même thermomètre dans l'aisselle et dans la main, aux différentes périodes de la maladie; et il présente à la Société de biologie des courbes comparatives, palmaire et axillaire, de fièvres typhoïdes, rougeoles, scarlatine, fièvre intermittente, infiltrations tuberculeuses, érysipèles, pneumonies, pleurésies, rhumatismes.

Sur toutes ces courbes, on voit la température de la main et celle de l'aisselle être égales ou différer de quelques dixièmes de degré tant que la fièvre, même peu violente, est à la période d'augmentation ou d'état. Dans quelques cas même de pneumonie, érysipèle, et surtout rhumatisme, la température de la main, prise avec soin, a paru être supérieure de 1 à 2 dixièmes à celle de l'aisselle; seulement il est possible que le thermomètre placé dans la cavité axillaire, appliqué inexactement contre ses parois, malgré les précautions prises, n'en ait pas donné la température exacte.

Un premier fait constant d'après ces courbes est donc établi : la température de la main et celle de l'aisselle tendent à s'égaliser pendant la fièvre.

Au contraire, dès que survient la convalescence, les températures, presque égales auparavant, deviennent très-différentes ; quoiqu'elles soient prises en apparence dans les mêmes conditions, le malade restant au lit, et la main étant exposée à l'air, au moment où on y place le thermomètre, la température axillaire tombe à 37°, celle de la main descend à 34°, 32 et même 30 et 28 degrés.

La défervescence de la température palmaire dans certaines espèces morbides a précédé celle de la température axillaire : dans d'autres cas, au contraire, de rhumatisme par exemple, elle a été très-tardive.

Mais M. Couly constate ces faits trop peu nombreux encore, sans établir de division hâtive.

Il se propose du reste de continuer ses recherches ; d'établir de nouvelles courbes ; d'étudier les conditions diverses, physiologiques et extérieures, qui pourraient expliquer cette augmentation de la température périphérique.

Un seul fait est établi par cette première communication : dans toutes les maladies fébriles, à moins de conditions spéciales, le plus souvent nerveuses, qui restent à déterminer, l'augmentation de température est beaucoup plus considérable dans les parties périphériques que dans les parties centrales du corps, et la température de la main et de l'aisselle s'égalisent ou tendent à s'égaliser.

H. CHOUFFÉ.

REVUE DES JOURNAUX

Sur l'inoculation de la varicelle, par M. le docteur STEINER.

Des expériences nombreuses semblaient avoir démontré que la varicelle n'est pas inoculable. M. Dumontpallier le disait encore récemment à la Société de biologie (voy. *Gaz. hebtd.*, 1876, n° 17, p. 265). Il est donc juste de citer les expériences de Steiner, qui semblent prouver le contraire.

L'auteur a fait de nombreuses inoculations de varicelle, et constamment il a produit des vésicules de varicelle, jamais de variole. La période d'incubation a duré huit jours, et dans la moitié des cas l'éruption fut précédée d'une période prodromique de quatre jours caractérisée par de l'anorexie, de la courbature, une élévation du pouls et de la température avec exacerbations vespérales et rémissions matinales, sommeil agité et rougeur vive des muqueuses buccale et pharyngienne. La température maxima a coïncidé avec l'éruption et la vaccination n'a eu aucune influence sur la forme de l'exanthème. (*Wiener medicinische Woch.*, n° 16.)

Emploi du guarana contre la migraine, par WURM.

Le guarana doit toujours, dit l'auteur, être employé avec une grande prudence. Dans les formes complètes de la migraine cette substance est contre-indiquée. Cela tient, d'après Wurm, à ce qu'il augmente la tension artérielle et la température en excitant le cœur et en exagérant les combustions. Même dans la forme névralgique, on observe des phénomènes d'intoxication ou bien un malaise plus pénible que la migraine qui vient de disparaître. Chez un malade atteint de paralysie faciale d'origine centrale qui en avait pris par mégarde, on vit survenir la rougeur de la face, l'éclat des yeux, un peu d'irrégularité du pouls, de la moiteur de la peau, du délire de parole, du vertige, des bourdonnements d'oreilles, de la dureté de l'ouïe et des crampes de la vessie et de l'intestin. L'ischurie est un phénomène fréquent. (*Wärtemb. Corresp.-Bl.*, XLV, 30, 1875.)

BIBLIOGRAPHIE

Thérapeutique des maladies vénériennes et des maladies cutanées, par MM. P. DIDAY et A. DOYON. 1 vol. in-42 de 900 pages. — Paris, 1876, G. Masson.

Un des triomphes de l'écrivain pathologiste est de savoir tracer un tableau des maladies qui soit vrai, c'est-à-dire dans lequel tout apparaisse, se dispose, se suive comme dans la nature, avec la nuance et la valeur propre de chaque chose ; on dirait volontiers avec les reliefs et les méplats nécessaires, car il s'agit d'un portrait. Cette œuvre, dont Arétée est le plus ancien modèle, les bons auteurs du XVIII^e siècle y ont excellé. Souvent préoccupés de systèmes, — comment ne pas l'être en médecine, comme le dit quelque part un des auteurs dont nous annonçons l'ouvrage ? — ils n'en ont pas moins recueilli, sous la dictée de la nature elle-même, des histoires nosologiques, bien imparfaites encore en l'absence de données précises d'anatomie pathologique, mais où, en raison même de ce déclin du cadavre, on sent vivre et palper la maladie. Ce qui manque et devait manquer dans ce genre d'études, c'est une détermination clinique suffisante des bases de traitement, de ce que nous appelons les *indications*. Non pas que nos ancêtres aient méconnu cette condition fondamentale de la médecine pratique ; seulement, pour beaucoup d'entre eux, l'indication se confondait presque avec l'*expérience*, qui n'était qu'un empirisme assis sur de longues observations. On faisait taire le système quand l'expérience parlait trop haut : voilà surtout la sagesse d'un Stoll, d'un Baglivi ou d'un Borsieri. Leurs vraies indications, celles qui méritent ce nom, étaient empruntées particulièrement aux diathèses. Il faut arriver jusqu'aux *éléments morbides* pour rencontrer dans les préceptes de la thérapeutique une adaptation réfléchie des médications diverses aux modalités et à la complexité de la maladie. Mais cette notion féconde ne trouvait alors son application que dans un champ limité, et le bénéfice n'en pouvait être que subordonné à la valeur intrinsèque de la lésion. Aujourd'hui, la thérapeutique, considérée sous le point de vue des indications, s'est agrandie en proportion du diagnostic. Or, rien de plus diversifié, rien de plus vaste que le diagnostic moderne, s'il est bien compris. Diagnostiquer une maladie, ce n'est pas reconnaître qu'elle consiste en une pleurésie, en une phthisie ou un eczéma : c'est se mettre en état, toutes les fois que cela est possible, d'apprécier la valeur clinique de la lésion, de son étendue, de son siège spécial ; celle de la cause éloignée ou prochaine, du tempérament, de la diathèse, de tel ou tel facteur accidentel et local ; celle du signe, du symptôme, de la complication ; celle de l'évolution, lente ou rapide ; celle de l'âge, du sexe, du milieu, des antécédents personnels ou héréditaires, etc., de manière à pouvoir dire non-seulement ce que la maladie est, mais encore ce qu'elle a été et ce qu'elle sera. On a coutume dans les traités classiques de considérer successivement les divers aspects et les divers moments de la maladie ; on passe de la symptomatologie à l'anatomie pathologique, de là à la marche, de là au pronostic, etc. C'est très-bien, mais le praticien doit faire masse de tout cela dans un chapitre idéal, qui ne peut avoir d'autre nom que celui de *diagnose*, lequel est, étymologiquement, le discernement, la connaissance totale du mal qu'il s'agit de guérir.

Voilà déjà une matière assez difficile, et ce n'est pas tout. La thérapeutique, disons-nous, a suivi le diagnostic dans ses développements ; oui, mais elle n'y est pas toute contenue. À côté de la science physiologique, qui rend raison de l'action des remèdes ; à côté du savoir clinique, d'où naît l'empirisme raisonné qui satisfait aux indications, il y a encore cette *expérience pure*, cet empirisme pur dont nous parlions à l'instant, et qui a pour source la simple observation ; c'est cet empirisme-là qui apprend que le quinquina guérit la fièvre intermittente, plus efficace dans certains types que dans d'autres ;

que le mercure guérit la syphilis et ne la guérit qu'à une certaine période de son évolution; que tel topique convient à telle maladie cutanée et non à telle autre, et, dans la même maladie, à ce sujet-ci plutôt qu'à celui-là. Si l'on étend cette vue à la thérapeutique entière, on peut juger du bagage qu'il faut avoir amassé pour être en mesure d'en traiter pertinemment.

À parler rigoureusement, il n'existe pas, que nous sachions, de traité général de thérapeutique. On possède bien des ouvrages, et des plus importants, où il est amplement parlé de la thérapeutique; mais les termes du sujet y sont renversés: on y va du remède à la maladie, et non de la maladie au remède, et c'est pour cela que ces ouvrages s'intitulent ou traités de thérapeutique et de matière médicale, comme ceux de Giacomini et de M. Pidoux; ou commentaires de thérapeutique comme celui de M. Guibler; ou simplement *Le médicament*, comme celui de M. Fossagrives. On imagine aisément le résultat de cette disposition, tel d'ailleurs que les auteurs l'ont voulu: c'est une série de notions sur l'action propre de chaque médicament et de préceptes contenant son emploi thérapeutique. En parcourant l'ouvrage entier on y ramasserait toutes les armes que la matière médicale peut offrir contre une maladie donnée; on serait en état d'instituer contre elle une *médication*, mais jamais un *traitement*. Ce qui manque, ce qui pourrait être tenu, c'est un livre de thérapeutique embrassant la nosologie entière et dans lequel le problème si complexe du traitement serait étudié, à l'égard de chaque maladie, avec les développements que ne présentent jamais et que ne comportent guère les ouvrages synoptiques de pathologie.

À défaut de traités généraux de thérapeutique, on en possède un assez grand nombre de partiels, limités à certaines classes de maladies ou même à certaines maladies particulières, et au premier rang desquels se placera celui de MM. Diday et Doyon. On ne pouvait souhaiter pour l'œuvre qu'ils ont entreprise une plus heureuse élaboration que celle d'un des syphiligraphes les plus distingués de notre pays et celle du médecin inspecteur des eaux d'Uriage, traducteur de l'ouvrage d'Hébra sur les maladies de la peau et directeur du *JOURNAL DE DERMATOLOGIE*. Tous deux expliquent leur but dans de courts avant-propos placés en tête des parties du livre dont ils sont respectivement chargés. « Une seule chose m'a préoccupé, dit M. Diday: décrire les *médications nécessaires* avec assez de détails et les rattacher à leurs *indications*, souvent si complexes, avec assez de précision pour que, en aucun cas, le praticien ne puisse être arrêté par une difficulté sérieuse; pour que, en un mot, autant qu'il se peut, au sortir de ces pages, le lecteur, initié, soit fait spécialiste. » *Et verbum caro factum est*! voilà bien l'opération à accomplir. Pour en revenir à une comparaison de tout à l'heure, les peintres disent qu'il faut entrer dans la peau de ses modèles: si avec sa grande expérience, sa clarté d'exposition, la souplesse et les attrayantes fantaisies de sa plume, M. Diday parvient à insinuer sous la peau de ses lecteurs, il en aura fait à coup sûr des maîtres. Pour M. Doyon, cette incarnation était plus difficile. « Je me suis borné, écrit-il aussi, à donner au préalable dans chaque chapitre une idée succincte de la maladie. Ce tableau nosologique, sorte d'introduction au traitement, n'est destiné qu'à rappeler au praticien les *indications* de tout ordre qui doivent le guider dans le choix des moyens curatifs. À ce point de vue, j'ai dû insister particulièrement sur l'étiologie, sur les causes directes et éloignées, étude dont l'influence bien comprise domine toute la thérapeutique. » Les deux auteurs partent donc du même point et suivent la même direction; mais ils ne marchent pas sur le même terrain, et le terrain réservé à M. Doyon est, nosologiquement, moins bien défini, moins bien cadastré, si l'on peut le dire, que celui de M. Diday: la preuve en est que l'auteur est obligé de commencer par une classification, en déclarant que celle-ci ne saurait être homogène. Thérapeu-

tiqnement, son terrain est beaucoup plus disputé. La syphilis est un coin de la pathologie mal connu sans doute de beaucoup de praticiens, mais un coin aujourd'hui bien éclairé dans ses lignes principales et où les ressources médicamenteuses et hygiéniques sont en grande partie aussi spéciales que le mal lui-même. Qu'une main habile tire le rideau; que l'attention du médecin soit appelée principalement sur les points conquis par l'expérience pratique; que des formules lui soient données contre les manifestations diverses de la maladie, et le néophyte pourra devenir un « initié ». Il n'en va pas tout à fait de même en pathologie cutanée. Des dissidences profondes existent encore, nous venons de le dire, sur le caractère nosologique de certaines formes; l'étiologie est souvent contestée, même dans ses attaches les plus étroites avec les méthodes de traitement. Nous parlons ici des états diathésiques. Nous nous permettrons même à ce propos d'exprimer le regret qu'un chapitre n'ait pas été consacré à une étude générale du rôle des diathèses dans l'étiologie et le traitement des dermatoses. Ce rôle, il est vrai, n'est pas négligé dans les considérations propres aux maladies particulières de la peau; mais autre chose est de noter une succession d'indications circonscrites, autre chose de faire ressortir à grands traits des indications d'ensemble, et l'un ne remplace pas l'autre. Les diathèses sont aux altérations de la peau ce qu'est précisément la syphilis aux lésions qu'elle peut produire dans les divers tissus ou organes de l'économie, et M. Diday n'a manqué, comme il le rappelle, à aucune des questions générales que soulève le traitement de la syphilis.

Quoi qu'il en soit, voici à peu près l'économie du livre dans ses deux parties principales.

Il faut d'abord savoir de quoi l'on parle. Débuter d'emblée par l'exposé des remèdes applicables à la blennorrhagie, au chancre, à l'eczéma, à l'impétigo, au lupus, eût été s'exposer à de nombreux malentendus entre l'auteur et le lecteur. Tout lecteur qui cherche à s'instruire sur le traitement d'une maladie n'est pas présumé par cela seul, quelque respect qu'on ait pour lui, connaître cette maladie à fond; que s'il la connaissait, encore faudrait-il lui dire comment on la comprend soi-même, puisque de l'idée qu'on s'en est formée va dépendre le traitement qu'il s'agit de conseiller. Les auteurs débent donc par un court tableau de la maladie, de ses symptômes objectifs et subjectifs, de ses signes caractéristiques, avec détermination de la place qu'elle occupe dans l'ordre nosologique auquel elle appartient: affections vénériennes non spécifiques; affections syphilitiques; accidents primitifs; accidents consécutifs; dermatoses bulbeuses, vésiculeuses, pustuleuses, parasitaires, etc.; rapports des formes entre elles, leurs mélanges, leurs complications.

La maladie ainsi spécifiée, d'où vient-elle? Comment s'est-elle formée? Se rattache-t-elle à un état constitutionnel? Est-elle d'origine diathésique? Est-elle contagieuse? Quelles sont les circonstances qui en provoquent l'apparition, l'aggravation ou l'entretien? Voilà pour l'étiologie.

Vient enfin le traitement. Ici les auteurs recueillent et rassemblent toutes les données contenues dans les considérations précédentes pour en tirer des règles générales et pratiques et des indications particulières. S'agit-il, par exemple, de la blennorrhagie? M. Diday en fait une histoire spéciale à l'usage du praticien, en l'envisageant successivement aux diverses périodes de début, à l'état de maturité et de chronicité: de là, pour le thérapeutiste, une blennorrhagie *abortible*, une blennorrhagie *irrépressible*, une blennorrhagie *repressible* et une blennorrhagie *stationnaire*; et chaque période commande la direction thérapeutique et le choix des moyens. Le chapitre de la *chancrelle* (un mot de M. Diday) est aussi des plus instructifs. Pour en établir le vrai caractère, l'auteur a dû rappeler les combats livrés pour ou contre le chancre non infectant; et l'a fait très-brièvement et avec raison, car c'est de l'histoire rendue bien vieille par les travaux de M. Rollet et de M. Diday lui-même. Pourquoi seulement se moque-t-il,

avec la grâce qui lui est propre, de cet argument des *conditions individuelles* que l'école unitéiste faisait valoir contre l'innocuité de certains ulcères vénériens? A l'époque où il était produit, cet argument ne valait pas moins pour l'unitéisme qu'il ne vaut aujourd'hui, dans le livre même que nous analysons, pour l'explication du phagédénisme. « En inoculant du pus de chancrelle phagédénique à un sujet sain, dit l'auteur, on ne lui donne qu'une chancrelle simple et non phagédénique; d'autre part, en inoculant du pus de chancrelle non phagédénique à un sujet actuellement porteur de chancrelle en cours de phagédénisme, on fait développer au point inoculé une chancrelle phagédénique. Ce double fait prouve clairement que le phagédénisme provient non d'un principe morbide spécial, mais d'une cause inhérente à l'individu » (p. 184). Il est vrai que cette cause M. Diday la trouve dans le froid, la misère, les excès de table, etc.; mais comme il avoue en même temps qu'elle n'est pas toujours constatable, il donne en plein dans la thèse des unitéistes.

Dans la partie consacrée aux dermatoses, prenons au hasard un chapitre : l'*eczéma*, le *lichen* ou l'*urticaire*. Même sûrêté dans les bases du traitement, même soin à les emprunter au tempérament, à l'âge, à la période du mal, à son siège, à son degré d'acuité, à quelque symptôme isolé, tel que le prurit ou l'induration de la peau. L'état gastrique, l'état dyspeptique est souvent rappelé comme source d'indication; peut-être ne l'est-il pas encore assez, car c'est à lui qu'il faut souvent remonter en passant par dessus l'état diathésique. De la dyspepsie à l'état herpétique, de l'herpétisme à l'eczéma il y a une échelle. Il nous semble que les troubles divers des fonctions digestives ont dans la production de quelques dermatoses aiguës ou chroniques une part un peu plus forte que celle qui leur est attribuée par M. Doyon : de celles-là est l'urticaire, dans l'étiologie de laquelle il ne mentionne la dyspepsie qu'en termes négligents et seulement pour l'urticaire aiguë, déclarant que « l'on ignore le plus souvent les causes qui entretiennent » l'urticaire chronique. Nous croyons que ces causes doivent être cherchées « le plus souvent » dans le mauvais état des fonctions digestives. Ce n'est là, du reste, qu'une faute exceptionnelle (si c'est une faute) dans l'œuvre de M. Doyon. Les médications usuelles y sont jugées avec beaucoup de sagesse. On sait la vogue actuelle de la médication arsénicale; l'auteur, qui y revient fréquemment, ne manque aucune occasion de la ramener à ses applications légitimes, de spécifier et les maladies et les périodes ou les circonstances spéciales des maladies dans lesquelles elle a le plus de chance de réussir. Nous remarquons à cette occasion que, pour le mode d'administration, il ne se range pas au précepte donné par plusieurs praticiens, surtout par M. Devergie, à qui l'on doit pourtant d'avoir bien méthodisé la médication arsénicale : le précepte d'administrer le médicament à jeun. M. Doyon insiste, au contraire, pour qu'on le fasse prendre au milieu du repas, et nous pensons, en effet, que la présence d'aliments dans l'estomac, en atténuant l'action locale de la substance toxique, n'en contrarie pas sensiblement l'action dynamique et curative.

Il ne faudrait pas supposer d'après ce court aperçu que les auteurs bornent leur exposé thérapeutique aux moyens qui ressortent directement des caractères symptomatiques et étiologiques des maladies; ils descendent jusqu'aux plus petites particularités, jusqu'à celles qui rentrent dans le domaine du pur empirisme, jusqu'aux détails les plus minutieux de la pratique. Opérations à pratiquer, choix des substances médicamenteuses, mode d'emploi, formules, *petits moyens*, comme s'exprime un des auteurs, tout ce qui touche enfin à la pratique est relevé avec soin. N'y a-t-il pourtant aucun oubli dans ce long et minutieux répertoire? On n'oserait l'affirmer. Et même, en manière d'exemple et pour nous procurer une de ces petites satisfactions qui chatouillent le critique, nous demanderons à M. Diday pourquoi, au chapitre de l'*épididymite* et de l'*orchite*, il a passé sous silence l'influence de la position.

Ce qui a attiré notre attention là-dessus, ce sont précisément les excellentes remarques de l'auteur sur ces deux affections si douloureuses, notamment sur les récidives de l'épididyme et sur l'efficacité remarquable des sachets de glace dans l'orchite. Il est parfaitement exact que l'inflammation de l'épididyme et du cordon, après avoir été rapidement atténuée par une application de sangsues, récidive souvent, et que cette sorte d'oscillation peut se reproduire deux ou trois fois. Cette récidive, ajoute M. Diday, est spontanée, et elle se produit vers le quatrième ou le cinquième jour : c'est une sorte de loi en pathologie. Nous le voulons bien; mais nous croyons pouvoir soutenir que, en dehors de ce mouvement spontané de la maladie, la douleur et bientôt l'inflammation se ravivent quelquefois, sans cause apparente, à des intervalles très-irréguliers, surtout quand l'épididyme et le testicule sont pris à la fois, et alors il nous a paru que ce retour tenait fréquemment au défaut de suspension du testicule et au tiraillement du cordon. On croit la suspension bien opérée par un tampon placé derrière les bourses; mais souvent il n'en est rien; le tampon s'affaisse ou se dérange et le testicule pend à l'insu du malade. Une pratique bien simple arrête quelquefois tout court les nouveaux accidents : elle consiste à faire coucher le sujet sur le côté et à poser le testicule malade sur le haut de la cuisse, qui lui sert de coussin; dans cette position le poids de l'organe est nul et le cordon est relâché.

Un mot seulement sur la forme de cet ouvrage. Partout où paraît la plume de M. Diday, on est sûr de trouver une manière originale, un style vif, rapide et nous ne savons quel mélange de grâce et de sans-gêne; on dirait d'une fille chaste qui montrerait sa gorge. Dans certains chapitres qui touchent à des sujets délicats, comme ceux qui ont pour titres : *Les syphilitiques en famille* (ce chapitre, une des originalités du livre, est en dialogue), *Jeunesse et génésie*, *Pertes de semence*, *Impuissance*, une gaze d'expressions réservées et de termes délicats voire parfois heureusement ce que la pensée peut avoir de scabreux; mais le plus ordinairement, là et ailleurs, c'est un mot cru ou une remarque plaisante; ainsi le *blennorrhagien* simplement *herpétique* de M. Diday, chez qui la douleur ne dépasse pas la semaine, est atteint d'un *septennat constitutionnel*; son paraphimosis ne peut plus *décaloter* et ce malheureux peut arriver également au *chancrelleux*. De même, un client reçoit la recommandation expresse de ne pas *aigrir* la nourrice de son enfant, *elle et son lait*, par la menace d'un procès. Ce ne sont là que des échantillons. Quant à M. Doyon, opérant d'ailleurs sur une matière qui prête peu à rire, son style garde la placidité et le sérieux de cette figure de la science qu'on met sur les pendules, et s'il s'est permis de dire (après Cruvellier, il est vrai) que telle maladie cutanée exige surtout de la racine de *patience*, il est facile de diagnostiquer dans cette petite échappée un effet de contagion.

A. DECHAMBRE.

VARIÉTÉS

FIÈVRE LARVÉE A FORME HYSTÉRIQUE. — M. le docteur Ricoux nous prie d'ajouter à l'observation publiée, sous ce titre, dans le dernier numéro de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, la note complémentaire suivante :

Aux dernières nouvelles, ma malade, après trente-deux jours de séjour à Marseille, n'avait pas eu la moindre crise, et ce résultat a été obtenu sans médication d'aucune sorte. Je crois donc qu'il faut rapporter la guérison tout entière au changement de climat, ce qui vous paraîtra, comme à moi, une preuve de la spécificité tellurique. Au moment où je rédigeais mon observation il n'y avait que dix-sept jours de calme; cette période est aujourd'hui doublée avec le même résultat favorable.

30 mai 1876.

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR. — La Chambre des députés a adopté, dans la séance du 7 juin, l'article unique du projet de la commission. Le scrutin sur l'ensemble a donné 357 voix pour et 123 contre. Voici cet article :

« Article unique. — Sont abrogés les dispositions des articles 13, 14, 15 de la loi du 12 juillet 1875, et ceux-ci remplacés par les suivants :

« Art. 13. — Tous les examens et épreuves préparatoires qui déterminent la collation des grades ne peuvent être subis que devant les Facultés de l'État.

« Art. 14. — Les élèves des Facultés libres qui voudront subir des examens tendant à l'obtention d'un grade devront justifier qu'ils ont pris, dans la Faculté dont ils ont suivi les cours, le nombre d'inscriptions voulu par les règlements et qu'ils se trouvent dans les conditions déterminées par l'article suivant.

« Art. 15. — Les élèves des Facultés libres sont soumis aux mêmes règles que ceux des Facultés de l'État en ce qui concerne les conditions d'âge, de grades, d'inscriptions, de stage dans les hôpitaux, les délais obligatoires entre chaque grade et les droits à percevoir.

« Un règlement, délibéré en conseil supérieur de l'instruction publique, déterminera les conditions auxquelles un étudiant pourra passer d'une Faculté dans une autre. »

LA COLLATION DES GRADES EN BELGIQUE. — La loi sur la libre collation des grades a été votée le 8 avril par la Chambre des représentants. En vertu de la nouvelle loi, les Universités ont le droit de conférer les grades ; mais les diplômés de ces grades, pour être valables, devront être entérinés par une commission dont les membres, nommés pour un an, seront désignés par le gouvernement, et qui sera ainsi composée : deux conseillers de la Cour de cassation ; deux membres de l'Académie de médecine ; deux membres de l'Académie des sciences, des lettres et arts. La loi, en admettant qu'elle soit également votée par le sénat belge, ne sera exécutoire qu'en 1878.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec le plus vif regret la mort de M. le docteur Pétrequin (de Lyon). Notre savant confrère, à qui l'on doit de si nombreux et de si divers travaux de science et de littérature médicale, paraît avoir succombé à une affection pulmonaire chronique, pour laquelle il était allé passer l'hiver dernier à Nice. En ce moment même, une traduction faite par lui d'une des œuvres d'Hippocrate est en composition à l'Imprimerie nationale.

— M. le docteur Edward Alling, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient de mourir à Alger. Cette nouvelle malheureusement prévue depuis longtemps n'en affectera pas moins ses anciens collègues qui tous restèrent ses amis. D'une intelligence remarquable, Alling arriva un des premiers au concours de l'internat ; il débuta plein d'espoir et d'énergie, aspirant aux épreuves de l'agrégation que son intelligence, son travail et sa verve lui permettaient de mener à bien ; mais frappé par l'affection qui devait l'enlever, ne se faisant aucune illusion sur la gravité de son état, il comprit qu'il fallait sacrifier ses espérances, et passant rapidement sa thèse (*de l'absorption par la muqueuse vésico-urétrale*, 1871), il partit pour Alger où il obtint au concours une place de chirurgien à l'hôpital civil. Les adieux que lui ont adressés ses collègues d'Alger nous montrent que là-bas aussi il sut, comme à Paris, se faire aimer et estimer.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES. — Il est créé à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes : une chaire de physiologie par dédoublement de la chaire d'anatomie et de physiologie ; une deuxième chaire de clinique externe ; une deuxième chaire de clinique interne ; une chaire d'histoire naturelle et matière médicale.

— Sont nommés : M. Lefeuve, professeur d'anatomie (emploi nouveau) ; M. Robiou du Pont, professeur de physiologie ; M. Petit, professeur de pathologie externe et médecine opératoire, en remplacement de M. Toulmouche, admis à la retraite ; M. Dayot, professeur titulaire de la deuxième chaire de clinique externe (emploi nouveau) ; M. Louveau, professeur d'histoire naturelle et matière médicale ; M. Regnaud, professeur de clinique interne (chaire nouvelle) ; M. Pitois, professeur de thérapeutique, en remplacement de M. Regnaud ; M. Bruté, professeur de pathologie interne, en remplacement de M. Pitois.

— Des concours seront ouverts : le 6 novembre 1876, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Rennes ; le 14 novembre 1876, pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle ; le 20 novembre 1876, pour un emploi de chef des travaux anatomiques. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

CONSEIL MUNICIPAL. — Par décret en date du 27 mai 1876, MM. Lauth et Clavel, membres du Conseil municipal de Paris, ont été nommés membres du Conseil de surveillance de l'Administration générale de l'assistance publique, en remplacement de MM. Trélat et Fremyn, qui ont cessé de faire partie du Conseil municipal.

LES MÉDECINS DU SÉNAT ET DE LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS. — Une réunion extra-parlementaire des médecins qui sont sénateurs et députés a dû avoir lieu hier dans l'un des bureaux de la Chambre. Cette réunion est convoquée par les soins des docteurs Laussedat, Soye et Liouville, tous les trois membres de la Chambre des députés. L'ordre du jour de convocation porte : « Constitution du bureau ; discussion des questions qu'il faudra mettre les premières à l'étude. » Cette réunion extra-parlementaire se propose d'examiner toutes les questions se rapportant à l'hygiène et à l'assistance publique.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés officiers de l'instruction publique : MM. Le Roy de Méricourt, médecin en chef de la marine ; Hélet (Frédéric), pharmacien en chef de la marine, à Brest ; Védérès, médecin principal de l'armée.

LÉGION D'HONNEUR. — M. le docteur Pré (Joseph-Henri), maire de Chef-Boutonne, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

SOCIÉTÉ DE SECOURS DES AMIS DES SCIENCES. — La Société des Amis des sciences, fondée par Thénard, a tenu sa dix-septième séance publique annuelle, sous la présidence de M. Bertrand, membre de l'Institut, le jeudi 8 juin, à huit heures très-précises du soir, à la Sorbonne, dans le grand amphithéâtre de la Faculté des lettres.

MARIAGES CONSENSUANS. — Une statistique de M. le docteur Saint-Martin, de Madrid, tend à prouver que les mariages consensuels ont une influence peu marquée, si même ils en ont une, sur certains inconvénients qu'on leur reproche. — Voici le résultat des relevés qu'il a faits : Sur 161 mariages consensuels, 12 sont sans enfants ; les 149 autres ont eu 551, dont 300 bien portants, 236 morts et 15 malades. Ces derniers présentaient les affections suivantes : 5 sourds-muets, 2 idiots, 6 scrofuleux, rachitiques ou tuberculeux, et 2 hémiplegiques.

COURS. — M. le docteur Hubert, ancien interne des hôpitaux, commencera, le vendredi 16 juin, son cours pratique d'ophtalmologie, à quatre heures de l'après-midi, 41, place Saint-André-des-Arts, et le continuera les mardi et vendredi de chaque semaine, à la même heure. — Ce cours est essentiellement pratique. Le mardi sera consacré à l'étude des affections externes de l'œil, le vendredi à la pratique de l'ophtalmoscope.

État sanitaire de Paris :

Du 26 mai au 1^{er} juin 1876, on a constaté 964 décès, savoir : Variole, 13. — Rougeole, 26. — Scarlatine, 0. — Fièvre typhoïde, 7. — Erysipèle, 3. — Bronchite aiguë, 28. — Pneumonie, 107. — Dysentérie, 1. — Diarrhée cholériforme des enfants, 6. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 45. — Croup, 20. — Affections puerpérales, 3. — Autres affections aiguës, 253. — Affections chroniques, 428, dont 166 dus à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 38. — Causes accidentelles, 16.

SOMMAIRE. — PARIS. La loi sur la liberté de l'enseignement supérieur. — Société de biologie : Note sur l'écorce de Macoué et l'Érythrophagum Camargo. — Histoire et critique de l'épidémiologie et de l'étiologie. — COURS CHIRURGICALS. Clinique de la Phtis : Cas de lésions valvulaires traités par le chloral ; examen des causes de la mort. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — REVUE DES JOURNAUX. Sur l'inoculation de la varicelle. — Emploi du guarana contre le migraine. — BIBLIOGRAPHIE. Thérapeutique des maladies vénériennes et des maladies cutanées. — VARIÉTÉS.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

HISTOIRE ET CRITIQUE

DE L'HÉMIANESTHÉSIE ET DE L'HÉMICHORÉE.

(Fin. — Voyez le numéro 23.)

Une des premières questions que l'on doit se poser, c'est la cause de la coexistence si fréquente de ces deux symptômes : hémianesthésie et hémichorée. L'expérimentation a permis de se rendre compte de ce phénomène, ce sont les recherches de M. Veysièrre et de M. Raymond qui nous donnent l'explication de cette coexistence des deux symptômes. Pour M. Raymond, ainsi que nous l'avons déjà dit (*Gazette hebdomadaire*, p. 148, n° 10, 1876), la lésion qui détermine l'hémichorée se situe en dehors de la couche optique, dans la capsule interne; par conséquent les fibres dont la lésion amènerait l'hémichorée sont superficielles par rapport à celles qui déterminent l'hémianesthésie. Ces deux systèmes de fibres sont contigus, l'un recouvre l'autre, mais ils sont assez indépendants l'un vis-à-vis de l'autre pour que les fibres superficielles puissent être lésées, sans que pour cela les fibres les plus profondes le soient nécessairement. Sur 30 observations d'hémichorée, M. Raymond rapporte une dizaine de cas où l'autopsie a été faite, et dans toutes on a trouvé la lésion qu'il nous signale comme la cause déterminante de l'affection qui nous occupe. Mais par suite même des rapports directs des fibres superficielles et profondes, on voit qu'il n'est pas étonnant que la lésion les atteigne presque toujours toutes deux simultanément et occasionne par conséquent ces deux phénomènes sur lesquels M. le professeur Charcot, dont les belles recherches ont fixé des points importants de l'étude des affections cérébrales et du système nerveux, a attiré l'attention en ces termes :

« Il existe dans la clinique des maladies organiques des centres nerveux un appareil symptomatique peu connu, peu remarqué encore, je le crois du moins, et dont j'ai l'occasion de vous entretenir quelque jour en détail. Il s'agit là d'une sorte de convulsion rythmique qui occupe tout un côté du corps, la face y compris, du moins fort souvent et qui revêt tantôt les apparences de la secousse clonique de la chorée, tantôt celles du tremblement de la paralysie agitante. Ce tremblement unilatéral se montre quelquefois primitivement; d'autres fois il succède à une hémiplegie dont le début a été subit, et il commence à apparaître dans ce dernier cas, à l'époque où la paralysie motrice commence à s'amender. La lésion consiste dans la présence, soit d'un foyer d'hémorragie ou de ramollissement, soit d'une tumeur. Dans tous les cas de ce genre que j'ai observés jusqu'ici, et dans les faits analogues que j'ai recueillis dans les auteurs, elle occupait la région postérieure de la couche optique et les parties adjacentes de l'hémisphère cérébral situées en dehors de celle-ci...

Or, l'hémianesthésie est un accompagnement assez habituel, mais non constant toutefois de cet ensemble de symptômes, et elle siège du même côté que le tremblement. » (*Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1872, p. 270 à 281.)

Voilà ce qu'écrivait M. Charcot en 1872; le premier il signalait la coïncidence des deux symptômes hémichorée et hémianesthésie, sur lesquels il revenait plus complètement en 1875 dans son cours de l'École de médecine. C'est un de ses élèves, M. Raymond, qui en 1874 et 1875 (*Société de biologie*, Mémoire pour le concours de l'internat, thèse, 1876) est venu signaler le lieu exact de la lésion déterminante.

A l'étranger, Hughlings Jackson (1) et Tuckwell (*Saint-Barthol. Hospital Reports*, vol. V) signalaient, comme nous le verrons, cette hémichorée sous le nom de chorée hémiplegique. Weir Mitchell (*Americ. Journ. of medical sciences*, oct. 1874) comprit aussi l'importance de l'hémichorée dans les affections cérébrales, mais il ne signale qu'incomplètement les relations qui existent entre l'hémichorée et l'hémianesthésie, et il confond le tremblement des hémiplegiques avec les mouvements choréiformes. C'est en France que cette étude a été faite avec le soin qu'elle méritait. Sur quatorze observations rassemblées par M. Veysièrre, six fois on constate l'existence simultanée du tremblement et de l'insensibilité du même côté. Nous ne savons combien de fois M. Raymond a constaté le même fait, mais il a réuni vingt-deux observations où, à la suite d'affections cérébrales diverses, il a constaté l'hémichorée et l'hémianesthésie. Sur ces vingt-deux observations, neuf sont accompagnées de l'autopsie, et ces autopsies sont venues confirmer le siège de la lésion, siège que nous avons déjà étudié et sur lequel nous n'avons pas à revenir. Mais si fréquente que soit cette concomitance des deux symptômes, ils peuvent exister l'un sans l'autre, l'observation de M. Pierret en est la preuve (*Société anatomique*, 23 oct. 1874). Dans ce cas d'hémorragie cérébrale avec lésion localisée dans le noyau lentillaire du corps strié, hémorragie suivie d'hémianesthésie du côté opposé, il n'y a pas eu d'hémichorée, ni même de vertiges, rien qui ressemble à des mouvements convulsifs. Nous relevons de plus dans cette observation un fait important, c'est la conservation des fonctions des organes des sens : la conjonctive et la cornée seules étaient insensibles, mais la vision, l'odorat, le goût et l'ouïe ne présentaient aucun trouble fonctionnel sensible.

M. Raymond donne aussi, dans sa thèse, une observation d'hémichorée sans hémianesthésie (obs. XXII). Chez cette malade, l'hémichorée avait débuté brusquement sans phéno-

(1) Dans un excellent rapport (*West Riding Lunatic asylum medical Reports*, 1874, t. III), cet auteur a résumé les faits principaux de ses recherches, et il nous le dit (p. 477) que les lésions limitées destructives de quelques parties des hémisphères cérébraux ne donnent naissance à aucun symptôme apparent, tandis que les lésions déchargeantes de ces mêmes parties produisent des symptômes très-fréquents. Il considère ensemble l'hémichorée, l'hémianesthésie et ce qu'il désigne par l'hémicontracture (un composé de paralysie et de spasme) comme la contre-partie de l'hémiplegie, et il appelle hémicontractures ces symptômes moteurs multiples. (Voy. sur ce sujet : Lépine, *De la localisation dans les maladies cérébrales*, Paris, 1876, p. 133.)

mêmes précurseurs; elle ne s'accompagnait d'aucun trouble de la vision. A l'autopsie, on trouvait de nombreuses lacunes à droite et à gauche, entre la substance grise des circonvolutions de l'insula de Reil (coupe frontale) et l'avant-nur, dans la substance blanche.

Les recherches de M. Duret sur la circulation cérébrale donnent l'explication de la marche de ces symptômes et de la cause de leur apparition. Bien que nous ne puissions faire ici l'anatomie de la circulation des portions de l'encéphale dont nous décrivons les lésions, il est difficile néanmoins de ne pas dire en quelques mots le mode de nutrition de ces centres dont la lésion amène l'hémianesthésie et l'hémichorée, sans laisser une grande obscurité dans l'étude des symptômes que les recherches de MM. Duret, en France, et Heubner, en Allemagne, viennent expliquer. Ces deux auteurs ont, à la même époque, presque le même jour, par une concordance bizarre, publié deux mémoires qui, reposant sur les mêmes recherches, concluaient, à peu de chose près, l'un comme l'autre. (Duret, *Société de biologie*, décembre 1872; *Progress médical*, 1873; *Archives de physiologie*, 1874; Heubner, *Centralblatt*, décembre 1872.) Il résulte de ces recherches, particulièrement de celles de M. Duret, que l'artère sylvienne fournit à la plus grande partie du noyau caudé, au noyau lentulaire, à une portion de la couche optique, à toute l'étendue de la capsule interne, que l'artère cérébrale antérieure fournit quelquefois des branches à la tête du noyau caudé, que la cérébrale postérieure fournit à la partie interne et postérieure de la couche optique, aux tubercules quadrijumeaux, et à l'étage supérieur du pédoncule; quant aux artères striées (artères lenticulo-striées, artères lenticulo-optimiques, branches de la cérébrale antérieure, artère optique postérieure interne, artère optique postérieure externe, branche de la cérébrale postérieure), leur nom indique assez leur terminaison pour n'avoir pas à insister sur leur particularité anatomique qu'on trouvera si clairement exposée dans les leçons de M. Charcot (n° 29, *Progress médical*, 1875), mais il importait de noter ces divisions artérielles, car si la lésion est sous la dépendance de l'artère lenticulo-striée, elle siègera donc dans les deux tiers antérieurs de la capsule, il n'y aura dans ce cas (Charcot, *Progress médical*, n° 32) que des troubles de la motilité, la sensibilité n'est pas atteinte; mais si au contraire la lésion envahit le domaine des artères lenticulo-optimiques, elle porte sur le tiers postérieur de la capsule, dans la région où celle-ci passe entre l'extrémité postérieure du noyau lentulaire et la couche optique, la présence de l'hémianesthésie cérébrale sera, pour ainsi dire, chose fatale. Tels sont les phénomènes distincts selon le point cérébral lésé; ils peuvent, on le voit, apparaître l'un sans l'autre puisque la motilité et la sensibilité ont un siège propre de localisation, mais ce sont là, il faut le reconnaître, des faits exceptionnels; le plus souvent les deux symptômes, troubles de la sensibilité, troubles de la motilité, sont concomitants par suite de la propagation de la lésion aux deux portions de la capsule interne, la portion antérieure et la portion postérieure. La connaissance de cette région, au point de vue de la structure comme au point de vue de la nutrition par suite du mode de la distribution des vaisseaux artériels, permet donc de préciser davantage les symptômes, et de déterminer exactement, pour ainsi dire, le lieu où siège la lésion.

Bien que les symptômes de l'hémichorée ne soient pas toujours constants dans leur mode d'apparition; qu'ils ne se succèdent pas toujours de la même façon dans tous les cas; que quelques-uns manquent ou qu'ils soient plus complexes

par suite de la concomitance d'autres symptômes dus à des affections des ventricules, à l'atrophie partielle du cerveau, qui produit souvent l'hémianesthésie permanente lorsqu'elle date de la première enfance (thèse de Cotard, Paris, 1868; observation Charcot, *Progress médical*, 6 février 1875), etc., on peut dire d'une façon générale que l'hémichorée est caractérisée par une sorte de convulsion rythmique « qui occupe tout un côté du corps, la face y compris, du moins fort souvent, et qui revêt tantôt les apparences de la secousse clonique de la chorée, tantôt celles du tremblement de la paralysie agitante, avec ce caractère que les mouvements sont involontaires et irréguliers, jamais du même sens.

L'hémichorée qui accompagne l'atrophie cérébrale présente quelques caractères particuliers qui donnent une grande importance aux deux observations recueillies à la Salpêtrière par M. Bourneville, et publiées par M. Raymond (*Etude anatomique, physiologique et clinique sur l'hémianesthésie, l'hémichorée et les tremblements symptomatiques*, Paris, 1876).

La malade qui fait l'objet de la première observation a été prise à seize mois de convulsions; aux convulsions succédèrent la faiblesse des membres, puis une atrophie du bras droit. Les convulsions étaient fréquentes, les accès se renouvelaient tous les jours; au début ils survenaient aussi bien le jour que la nuit, mais plus tard ils devinrent nocturnes. Leur durée était d'une heure à deux. Les convulsions étaient plus fortes dans les membres paralysés, le bras était secoué, l'évacuation des selles et des urines était involontaire. Régulée à dix-sept ans, son état ne présentait plus aucune modification. Examinée avec un grand soin, on ne trouve aucun trouble de la sensibilité générale (piqûre, chatouillement, température). Il n'y a de plus aucun trouble du côté des sens, c'est là un point sur lequel nous avons déjà insisté. Elle entend aussi bien d'un côté que de l'autre. La vue, l'odorat et le goût ne présentent non plus aucune modification dans leurs fonctions. Mais les mouvements présentent des troubles importants: du côté paralysé, la main est toujours à l'état instable, les doigts remuent et s'écartent, plus rarement ils s'étendent ou se fléchissent, le reste du bras est en général presque immobile, il n'y a que de légers mouvements du poignet coïncidant avec les moments où les mouvements des doigts sont plus étendus. Lorsque les mouvements sont intentionnels, le désordre choréiforme se manifeste « dans l'action de boire: elle prend le verre avec hésitation, la main titube en quelque sorte, puis elle le saisit brusquement, semble serrer tant qu'elle peut; elle le dirige d'abord vite vers la bouche, puis il y a une sorte d'arrêt, elle le porte plus lentement, et à cet instant le désordre choréique est augmenté; le bras pour s'y opposer se colle contre le tronc. La bouche s'étend comme pour aider le mouvement et en diminuer le champ; le verre arrive à la bouche, frappe plusieurs fois les dents, qui finissent par le briser. »

Dans la seconde observation, nous constatons à peu de chose près les mêmes phénomènes, avec le même mode de début (convulsions); aussi n'y a-t-il pas lieu d'insister autrement que pour noter encore que l'hémianesthésie fait défaut et que les organes des sens sont absolument intacts. Nous devons noter cependant qu'au repos la main est constamment agitée par des mouvements involontaires, qu'elle est portée successivement dans la pronation et dans la supination, et qu'en même temps l'index et l'annulaire se fléchissent et s'étendent; parfois la main se fléchit sur l'avant-bras et de temps à autre on observe des secousses convulsives dans le bas. Dans les mouvements volontaires les mouvements choréiformes présentent les mêmes caractères que dans l'obser-

vation précédente. Le membre inférieur ne présente au repos que quelques mouvements à peine perceptibles mais qui s'exagèrent dans la marche.

On voit donc par ces deux observations qu'il y a absence, dans l'hémichorée produite par une atrophie cérébrale, de plusieurs phénomènes qui sont à peu près constants dans l'hémichorée produite par une lésion de la capsule interne, comme l'hémianesthésie (1), les troubles des organes des sens et les mouvements choréiformes de la face. Mais les mouvements choréiformes dont M. Bonnevillat a donné une description si exacte dans l'observation analysée plus haut présentent absolument les mêmes caractères que dans les hémichorées produites par les autres causes que nous allons énumérer; ils ont les caractères spéciaux qui permettent de les distinguer du tremblement hémio-latéral qui existe parfois, mais rarement il est vrai, dans l'atrophie cérébrale, puisque sur vingt cas d'atrophie cérébrale M. Raymond ne l'a constaté que deux fois : ce tremblement, dit M. Raymond (p. 96), diffère du mouvement de l'hémichorée en ce sens qu'il ne survient que provoqué ou dans l'exercice des mouvements volontaires; de plus, le tremblement est toujours du même sens, accompli de la même façon, et jamais il n'est, comme dans l'hémichorée, composé de mouvements involontaires, irréguliers, commandés tantôt par tel groupe des muscles, tantôt par tel autre groupe.

Le plus souvent l'hémichorée succède à une hémorragie cérébrale, dont nous connaissons maintenant le siège précis. On sait, en effet, combien l'hémichorée est rare dans l'hémorragie des ventricules et de la masse céphalique, et aussi dans le ramollissement partiel du cerveau. Dans ces cas, il y a hémiplegie avec ou sans contracture, selon le siège et la gravité de l'hémorragie; mais ou bien le malade meurt avec son hémiplegie, ou bien ces troubles de la motilité s'amendent peu à peu au point de disparaître. Tels sont les faits que l'on constate dans ces cas, l'hémichorée est une exception qui ne peut venir infirmer la règle, puisque M. Charcot ne l'a rencontrée que cinq ou six fois au plus dans sa carrière médicale. Dans l'hémichorée signalée dans les cas d'atrophie partielle du cerveau (Cotard, *loc. cit.*), l'hémianesthésie manque presque toujours; la sensibilité est conservée même du côté où l'on constate l'hémichorée. Et dans ces faits, qui sont exceptionnels, l'hémichorée n'est-elle pas due à une compression de la couronne rayonnante par suite de l'accumulation du liquide sanguin épanché? N'y avait-il donc pas là, par suite de cette compression, la lésion que nous considérons comme cause déterminante de l'hémichorée, hémichorée qui aurait disparu avec la résorption graduelle de l'épanchement, qui par conséquent aurait été passagère?

Plusieurs observations recueillies par M. Raymond viennent à l'appui de ces suppositions: quelques-unes lui sont personnelles, d'autres ont été déjà publiées.

Dans un cas où, à l'autopsie, on trouvait un abcès siégeant dans le côté droit du pont de Varole, la malade avait présenté de l'hémianesthésie et de l'hémichorée (C. May, *Reports of the reading pathological Society, in Med. Journ.*, novembre 1874); dans un autre, à l'autopsie on trouvait une tumeur du plancher du quatrième ventricule (gliôme) englobant le noyau commun de la sixième paire et du facial, et pendant la vie le malade avait présenté des mouvements choréiformes de la main gauche et des deux membres inférieurs, principalement

à droite (*The Lancet*, 10 décembre 1874); enfin dans les autres cas cités par M. Raymond, l'hémichorée avait succédé à une selrose de la corne d'Ammon (ni ramollissement, ni hémorragie), à un sarcome de la gressure d'une noix situé dans le thalamus gauche (mouvements choréiformes du bras droit, pas de troubles de la sensibilité), à un tubercule de la gressure d'une noisette dans le corps strié à gauche et dans la paroi supérieure du quatrième ventricule (mouvements choréiformes de la moitié droite de la face et des muscles des extrémités du même côté), à un tubercule volumineux, unéiforme, situé dans l'hémisphère gauche, tubercule dont la base touchait la surface externe du cortex et la pointe était dirigée contre le ventricule latéral. Chez ce dernier malade les mouvements choréiformes avaient disparu au moment même où l'hémiplegie était survenue. M. Raymond place, dans les observations d'hémichorée symptomatiques de tumeurs, une observation curieuse dont M. Veysièrre avait déjà donné le commencement dans sa thèse; cette femme, âgée de soixante-neuf ans, n'a jamais eu d'apoplexie ni de perte de conscience.

En 1871, elle fut prise d'un tremblement du bras droit, en même temps le bras était atteint d'un affaiblissement régulièrement progressif. Au repos, le bras est agité par une légère trémulation qui s'accroît dans les mouvements: ce tremblement est régulier, ne s'accompagne pas de grands mouvements involontaires; et si on la fait écrire, on voit que sa signature ne présente pas le tremblement des jambages caractéristique de la paralysie agitante. Lorsque la malade lève le bras, elle éprouve une douleur qui s'irradie de l'épaule à tout le membre supérieur. Quant aux troubles de la sensibilité, ils sont très-nets (1871); il y a une anesthésie prononcée dans toute la moitié droite du corps, à la face, au cou, sur les membres; du côté des organes des sens, la sensibilité générale est affaiblie dans la moitié droite de la langue, dans la narine droite, mais la sensibilité gustative et la perception des odeurs sont intactes, même du côté droit où il y a une diminution si prononcée de la sensibilité générale. Cette malade, examinée de nouveau en 1875, présente ceci de particulier, c'est que les troubles de la sensibilité et de la motilité se sont singulièrement amoindris, principalement l'hémianesthésie; l'hémichorée persiste encore, mais il n'y a plus que quelques mouvements légers d'élevation et d'abaissement de la main, mouvements s'exagérant un peu lorsque la malade lève le bras. A quelle lésion sont dues l'hémianesthésie et l'hémichorée chez cette femme? Est-ce bien à une tumeur cérébrale? C'est l'autopsie seule qui permettra de se prononcer avec certitude. Mais ce qu'on peut dire, c'est qu'il y a eu lésion de la capsule interne en un point spécial que nous avons cherché à préciser, et sur lequel M. Charcot avait déjà attiré l'attention en disant: « Je crois, mais c'est une hypothèse, qu'à côté, en avant sans doute, des fibres qui dans la couronne rayonnante servent de voie aux impressions sensitives, il est des faisceaux de fibres douées de propriétés motrices particulières et dont l'altération déterminerait l'hémichorée. » C'est cette hypothèse que les recherches de M. Raymond sont venues confirmer. L'hémichorée est donc un symptôme rare de l'hémorragie cérébrale, l'hémianesthésie est un symptôme plus fréquent, mais elle existe le plus souvent seule, tandis qu'au contraire l'hémichorée sans hémianesthésie est l'exception.

Il est cependant des cas, rares il est vrai, où, au lieu de succéder à l'hémorragie, l'hémichorée la précède au contraire, ainsi que le montrent quelques observations, principale-

(1) Dans un cas d'atrophie cérébrale dont M. Raymond ne donne malheureusement pas l'observation, l'hémianesthésie existait seule; il n'y avait pas de mouvements choréiformes.

ment celle de M. Veysière (service de M. Vulpian, 1862). Cette observation, prise à une époque où l'attention des observateurs n'avait pas encore été attirée sur ce point, présente donc un intérêt particulier; elle a été reproduite dans le mémoire de M. Raymond avec trois autres cas qui viennent confirmer l'existence de l'hémichorée précédant l'attaque. On voit donc que selon le mode de début il a été possible de diviser les hémichorées en deux groupes, selon qu'elles ont précédé ou suivi l'attaque: d'un hémichorée pré-hémorragique et hémichorée post-hémorragique. Ces deux classes importantes au point de vue du pronostic n'offrent aucune différence dans la manifestation du tremblement; dans l'une et l'autre, en effet, les mouvements choréiformes, rythmiques, présentent les mêmes caractères.

Hémichorée pré-hémorragique. — L'hémichorée pré-hémorragique précède l'attaque, avons-nous dit; tantôt elle la précède de quelques heures, tantôt de plusieurs jours. Parfois les symptômes sont assez peu marqués pour ne pas attirer l'attention, c'est du reste ce qui explique que cette affection ait pu rester si longtemps méconnue, d'autant plus que dans ces cas où la marche de l'hémichorée est lente, l'hémi-anesthésie peut manquer; parfois, au contraire, le tremblement est assez net pour ne pas permettre d'illusions sur la forme que va revêtir la lésion cérébrale. Lorsque les symptômes choréiformes débute plusieurs jours avant l'hémorragie, ou bien ils s'aggravent peu à peu, c'est-à-dire qu'au lieu de l'étourdissement, des vertiges du début, le tremblement choréiforme s'accroît, les attaques se renouvellent plus souvent, ou bien ils cessent subitement et l'hémorragie survenant s'accompagne d'hémiplégie et des troubles de la motilité et de la sensibilité, qui indiquent nettement qu'un épanchement s'est produit et qui permettront aussi de localiser la lésion (1). Ces mouvements choréiformes sont le plus souvent précédés d'étourdissements, de vertiges, puis le malade est pris dans un des membres supérieurs, parfois dans la main seule, parfois dans le membre supérieur et le membre inférieur du même côté, de mouvements choréiformes caractérisés par de petits mouvements spasmodiques des muscles. Ce tremblement s'accroît surtout lorsque le malade veut faire des mouvements, mais au repos il offre aussi une certaine instabilité; ainsi dans l'observation Debove et Exchaquet (*Progrès médical*, article DOURNEVILLE, 1873), la malade mouvait malgré elle les doigts les uns après les autres; l'avant-bras était agité par de petites secousses et avait toujours de la tendance à se fléchir sur le bras. Les mêmes symptômes, secousses, soubresauts, demi-flexion, se trouvaient dans le membre inférieur du même côté. Nous trouvons les mêmes phénomènes dans plusieurs observations, principalement chez deux malades de M. Charcot (thèse Veysière, obs. III et IV, p. 43 et 47). Dans la première observation, le tremblement était caractérisé par des mouvements rythmés de latéralité et des mouvements antéro-postérieurs; ils augmentaient pendant les mouvements volontaires; ainsi, par exemple, si l'on faisait tenir un verre à la malade, elle le serrait avec vigueur sans le laisser

échapper. Ce dernier caractère est important, il permet, parfois, de faire une distinction entre les mouvements des hémichorées et des choréiques ordinaires. Mais, pour établir le diagnostic différentiel entre ces deux tremblements d'origine diverse, le mode de début et la marche du tremblement offrent plus de certitude. Dans l'hémichorée symptomatique le tremblement est nettement limité à une moitié du corps, il a été précédé ou suivi d'hémiplégie; il s'accompagne, de plus, de troubles des organes des sens, principalement de la vue, ce qui n'arrive pas dans l'hémichorée ordinaire.

On a aussi confondu l'hémichorée symptomatique avec le tremblement de la paralysie agitante: il y a cependant des différences telles qu'il est permis de dire que l'erreur ne peut, à la rigueur, être commise que dans un seul cas, lorsqu'un malade atteint de paralysie agitante est frappé d'une hémorragie cérébrale suivie d'hémiplégie. Les mouvements cessent alors de ce côté, tandis qu'ils persistent du côté opposé; mais la forme spéciale du tremblement de la paralysie agitante, si bien étudiée par MM. Claretot et Vulpian (*Gaz. hebdom.*, 1861-1862), permettra de le distinguer du tremblement de l'hémichorée. Dans la paralysie agitante, en effet, l'évolution du tremblement est lente, il n'envahit pas d'emblée les membres du même côté, comme dans l'hémichorée; les oscillations, d'abord passagères, deviennent continues pendant la veille et cessent pendant le sommeil; elles diminuent momentanément sous des influences accidentelles, telles que les questions imprévues, une volonté énergique, etc. (Woillez, *Diagnostic médical*, p. 734). Indépendamment de ces signes différentiels tirés de la coordination des mouvements, il y a un signe propre à la paralysie agitante, c'est « la propulsion irrésistible qui fait que le malade ne peut marcher sans courir après son centre de gravité » (Charcot et Vulpian). Tels sont les caractères différentiels qui permettront de distinguer nettement la cause du tremblement dans l'un et l'autre cas.

En étudiant ce caractère différentiel des mouvements choréiformes, M. Charcot fait une réflexion qui indique nettement la distinction que nous cherchons à établir: « Il est, dit-il, un caractère important qui sépare foncièrement ces mouvements choréiformes du tremblement de la sclérose en plaques, de la trépidation des hémiplégiques, de l'incoordination des ataxiques, etc., et qui, en revanche, les rapproche de la chorée: c'est l'existence, alors que le malade ne veut aucun mouvement, d'une instabilité des membres affectés. Ces membres dans ce cas même, c'est un point qu'il importe tout à fait de mettre en évidence, sont animés par de petits mouvements involontaires, analogues à ceux qui dans les mêmes circonstances se voient dans la chorée ordinaire... il y a une contraction brusque et involontaire des muscles. » (*Charcot, Progrès médical*, 1875, p. 38.)

Ces mouvements spasmodiques peuvent envahir la face, rarement il est vrai, plus rarement que dans l'hémichorée post-hémorragique. Ajoutons enfin qu'après l'attaque hémorragique le malade présente en général les mêmes symptômes; de pré-hémorragiques, les attaques deviennent post-hémorragiques. C'est encore ce que nous trouvons dans l'observation Debove et Exchaquet. Dans l'observation à laquelle M. le professeur Charcot fait allusion dans sa clinique (*loc. cit.*, p. 70), l'hémi-anesthésie était concomitante avec l'hémichorée. A l'autopsie, on trouvait un foyer d'hémorragie, du volume d'une petite noix, qui distendait dans sa moitié postérieure la couche optique. Il est probable que dans ce cas l'hémichorée et l'hémi-anesthésie étaient dues non pas direc-

(1) Dans la séance de biologie du 20 janvier 1876, M. Brown-Séquard étudiant l'anesthésie dans ses rapports avec la paralysie, soutint tout d'abord que l'anesthésie sans paralysie à la suite d'une lésion cérébrale est un fait extrêmement rare, que dans les cas de paralysie directe il y a généralement anesthésie du côté paralysé, et enfin que parfois l'anesthésie et la paralysie peuvent être du même côté que la lésion cérébrale, quels que soient le siège, la nature et l'étendue de la lésion. Pour cette dernière opinion, il s'appuie sur les faits de Dompéring, Ang. Olivier (comme optique anesthésiée sous l'influence d'un caillot migrateur, s'accompagnant de perte de la sensibilité du côté correspondant à la lésion). Albrecht, Nasse, Mohr, Wundt et Boulet.

tement à l'hémorrhagie de la couche optique, mais à la compression que celle-ci exerçait sur la capsule interne et le pied de la couronne rayonnante.

Hémichorée post-hémorrhagique. — L'hémichorée post-hémorrhagique est de beaucoup plus fréquente que celle que nous venons d'étudier. A la suite d'une hémorrhagie [nous prenons le cas le plus fréquent, car il ne faut pas oublier que ces symptômes peuvent être dus à une tumeur, sur une affection saturnine, à la syphilis (Mauriac, *Leçons sur l'aphasie et l'hémiplégie droite syphilitique à forme intermittente*, in *Gazette hebdomadaire*, n° 14 et 20, obs. XXXII, Raymond, *loco citato*, p. 75)], le malade est atteint d'un hémiplégie plus ou moins complète, s'accompagnant le plus souvent d'hémi-anesthésie du même côté : « Pendant quelques semaines, quelques mois, la paralysie motrice persiste sans modification, sauf un peu de contracture, puis les mouvements reparaissent graduellement dans le membre inférieur d'abord, puis dans le membre supérieur. C'est à ce moment précis que commence à se montrer l'hémichorée. » (*Des localisations cérébrales*, par Rendu et Gombault, *loco citato*, p. 776.) C'est déjà sur ce point que M. Charcot avait attiré l'attention en disant que lorsque l'hémichorée succédait à une hémiplégie dont le début avait été subit, elle apparaissait alors à l'époque où la paralysie motrice commence à s'amender (Charcot, *loco citato*, p. 280). Le mode d'apparition a donc, on le voit, une importance réelle; elle en a aussi au point de vue du pronostic. Contrairement, en effet, à l'hémiplégie et à l'hémi-anesthésie, qui l'un et l'autre peuvent s'amender jusqu'à disparaître, l'hémichorée, au contraire, persiste jusqu'à la mort du malade. C'est la terminaison que nous trouvons dans trois observations de M. Raymond. Dans deux de ces cas, l'hémichorée datait de cinq ans, dans l'autre de six ans (voy. obs. X et XI de la thèse Lepère, p. 89 et 90; obs. XVII de la thèse Veysièrre). Quant aux trois malades qui ont fait le sujet de la leçon de M. Charcot sur l'hémichorée post-hémorrhagique (*Progrès médical*, 23 janvier 1875), chez la première, l'apparition des premiers symptômes choréiques remontait à dix ans. Notons à ce propos un fait qui peut servir dans le diagnostic différentiel, c'est que dans l'hémichorée il n'y a, quelle que soit la durée de l'affection, ni atrophie des muscles, ni déformation des membres; M. Charcot ajoute même qu'il n'y a pas de contracture; il existe cependant plusieurs observations où la contracture a été notée; mais il est juste de dire que cette contracture peu caractérisée n'était que passagère.

Il est un fait important à signaler à propos de ces mouvements choréiformes : c'est que ces mouvements s'exagèrent lorsqu'on veut faire faire des mouvements au malade; ils peuvent disparaître pendant le sommeil. C'est ce qu'on observait chez une malade de M. Vulpian (Louise Dorly, thèse Veysièrre, p. 67) : les mouvements choréiformes, très-prononcés chez cette malade pendant la veille, disparaissaient complètement pendant le sommeil.

On voit donc que dans l'hémichorée de cause cérébrale il y a presque toujours deux ordres de faits à examiner : les troubles sensitifs d'une part et les troubles moteurs de l'autre. Nous connaissons déjà les troubles sensitifs, puisqu'ils consistent en hémi-anesthésie et en altérations des fonctions des organes des sens.

Les trois observations de M. Charcot que nous avons citées plus haut sont accompagnées de l'autopsie; dans ces trois cas d'hémichorée ancienne les lésions ont été les mêmes et elles occupent le même siège. La lésion consistait en cicatrices

ochreuses, occupant dans les trois cas l'extrémité postérieure de la couche optique, la partie la plus postérieure du noyau caudé, et à ce propos M. Charcot insiste sur ce point que les deux tiers ou les trois quarts antérieurs de ces noyaux gris étaient restés parfaitement indemnes; enfin la partie la plus postérieure du pied de la couronne rayonnante. Dans deux cas, un des tubercules quadrijumeaux, l'antérieur du côté correspondant au foyer ochreux participait à l'altération. Ce dernier fait est important : on sait, en effet, les relations qui existent entre les nerfs optiques et les tubercules quadrijumeaux, dont l'unique fonction démontre (Magendie, *Leçons sur les fonctions du système nerveux*, 1839, t. II, p. 144) est leur action dans l'exercice de la vision. Quant à l'action des tubercules quadrijumeaux sur les mouvements volontaires, « elle repose sur des expériences imparfaites dans lesquelles on avait lésé des parties étrangères à la substance même de ces tubercules » (Longet, *Traité de physiologie*, t. III, p. 409). Il n'est donc pas étonnant, d'après ce qui précède, que chez les malades à l'autopsie desquels on a trouvé des lésions des tubercules quadrijumeaux antérieurs, on ait constaté pendant la vie les troubles de la vision.

Mais dans un certain nombre d'observations où la lésion des tubercules quadrijumeaux antérieurs manquait, on a constaté cependant les troubles de la vision coïncidant avec l'hémi-anesthésie. A quoi donc est due cette concordance? Est-ce, comme le veut M. Charcot, au trajet des fibres des nerfs optiques dans l'encéphale? Pour lui, en effet, il y a un double entrecroisement des fibres optiques, le premier au niveau du chiasma, le second dans l'intérieur du cerveau pour arriver peut-être au faisceau sensitif de la capsule interne, au pied de la couronne rayonnante : c'est sur ce point que les nerfs sensoriels et sensitifs viennent aboutir en formant un faisceau, faisceau que nous avons déjà signalé (*Gaz. hebdomadaire*, n° 10, 1876) au pied de la couronne rayonnante de Reil.

La connaissance anatomique de la terminaison de ces faisceaux nerveux viendrait donc apporter un élément de plus au diagnostic de cette affection si complète, mais si l'expérimentation n'est pas encore arrivée à un degré de certitude absolue, il y a des probabilités suffisantes pour permettre de considérer le fait comme démontré. Mais quelle que soit la lésion déterminante, nous avons vu, en étudiant l'hémi-anesthésie, qu'elle s'accompagnait de troubles de la vision du côté où siègent les troubles de la sensibilité, que de plus ces troubles étaient absolument semblables, que l'hémi-anesthésie fut due à l'hystérie ou à une lésion de la capsule interne. Le premier, M. Galczowski a attiré l'attention sur ce point, et à propos des lésions de la couche optique il a conclu que ces lésions ne paraissent pas avoir d'influence directe et constante sur la vision; sur 62 observations où il y avait en lésions de la couche optique, il a trouvé 17 fois seulement de l'amaurose, et encore dans ces cas les corps genouillés et les tubercules quadrijumeaux étaient-ils probablement lésés. Plus récemment, M. Landolt a repris la question (*Arch. de physiol.*, 1875, p. 624 et 649; thèse de Lépine, p. 135, et *Progrès médical*, 1875), et, étudiant les troubles de la vision chez les hystériques et chez les hémi-anesthésiques de cause cérébrale, il a prouvé que les phénomènes étaient dans l'un et l'autre cas absolument les mêmes. Chez ces malades il y a :

1° Une diminution ou même une perte absolue de la vision du côté correspondant à l'hémi-anesthésie. Bien que la perte absolue de la vision soit un fait rare, nous l'avons trouvée dans plusieurs observations; nous en avons donné nous-même un exemple au commencement de cet article.

2° La pupille et la rétine ne présentent absolument aucune modification : la vascularisation est la même du côté sain que du côté paralysé.

Mais l'acuité visuelle de l'œil paralysé est réduite de moitié et moins de celle de l'œil sain. Il en est de même de la distinction de la clarté et de la perception des couleurs... il faut une irritation plus forte (intensité de la lumière et des couleurs) pour produire sur l'œil malade la même impression que sur l'œil sain ; de même qu'il faut une pression plus forte pour que les nerfs sensibles de la peau le perçoivent (Landolt, thèse de Lépine, p. 135). De plus, pour la perception des couleurs, perception qui à l'état normal ne se fait pas de la même manière dans toute l'étendue du champ visuel, puisque, par exemple, le violet n'est perçu que par la partie centrale de la rétine, tandis que le bleu, au contraire, a un champ visuel très-étendu, on observe dans les troubles de la vision des hémianesthésiques, des modifications importantes : le champ visuel de chaque couleur diminue concentriquement ; le cercle du violet diminue et disparaît le premier, le bleu persistera le plus longtemps. L'ordre dans lequel les couleurs diminueront ou disparaîtront est le suivant : le violet, le vert, le rouge, l'orange, le jaune et enfin le bleu. Tels sont les troubles de la vue qui sont constants dans l'hémianesthésie, aussi bien dans l'hémianesthésie de cause cérébrale que dans l'hémianesthésie hystérique, saturnine, etc.

J. M.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Clinique de la Pitié.

(Service de M. VERNEUIL.)

CAS DE TÉTANUS VAINEMENT TRAITÉ PAR LE CHLORAL; EXAMEN DES CAUSES DE LA MORT; EXPLORATIONS PNEUMOGRAPHIQUES.

(Suite. — Voyez le n° 23.)

Obs. III. — *Fracture compliquée de l'articulation tibio-tarsienne gauche. — Réduction. — Pansement ouaté. — Tétanos au septième jour. — Pneumonie. — Mort.* — M. L..., âgé de quarante ans, robuste, sobre, d'une excellente santé, fait du haut d'une échelle, le dimanche 5 mars, une chute d'où résulte une fracture des deux malléoles avec large plaie transversale à la face interne du cou-de-pied, et luxation du pied en dehors.

Deux médecins, les docteurs Dupuy et Barbet, voient le blessé peu d'heures après l'accident, réduisent sans difficulté la luxation et appliquent un appareil contentif. Le foyer de la blessure est continuellement arrosé de liquide résolutif.

Je suis appelé en consultation le lundi. Nous agissons la question de la conservation pure et simple du membre, de la résection ou de l'amputation. La bonne constitution du sujet, les conditions favorables du milieu où il se trouve, la terreur que lui inspire l'idée d'une opération, nous font opter pour le premier parti. Un appareil ouaté composé de plusieurs couches de coton, d'un bandage circulaire qui les recouvre, et enfin d'une gouttière de fil de fer, est appliqué séance tenante, et calme rapidement les douleurs qui avaient été assez vives pendant le cours de la nuit précédente. L'apryxie à ce moment était à peu près complète.

Le jour suivant la fièvre traumatique se développe mais reste modérée, la température oscille autour de 38 degrés ; cependant du mercredi au samedi soir elle dépasse quelque peu 39 degrés ; le pouls varie de 80 à 100 pulsations. L'état général est satisfaisant ; aucun symptôme alarmant ne se montre ; les douleurs sont très-moindres, sauf dans les premières heures de la nuit où elles sont un peu plus intenses. Le pansement est légèrement souillé à l'extérieur depuis le deuxième jour ; on touche avec une solution phéniquée forte les points tachés de sang.

Pour calmer les douleurs nocturnes, le malaise qui en résulte et quelques soubresauts du membre blessé, on administre dans

l'après-dîner de samedi 75 centigrammes de sulfate de quinine, qui procurent dans la nuit suivante un notable soulagement.

Le dimanche matin, à neuf heures, le thermomètre atteint 39°,4 ; à six heures du soir il était à 39°,9, mais une complication redoutable avait surgi. A une heure de l'après-midi M. Dupuy constata un resserrement manifeste des mâchoires avec douleurs dans les joues et les tempes, un peu de gêne dans la déglutition et une légère raideur dans le cou tout entier.

Il prescrivit aussitôt une potion avec le chloral, la codéine et la jusquiame, ainsi que la continuation du sulfate de quinine. La soirée et la nuit furent assez bonnes. La peau se couvrit de sueur ; le pouls était à 92.

Le lundi le tétanos n'est que trop confirmé ; le trismus a augmenté, les muscles de la nuque sont rigides sans que toutefois la tête soit renversée en arrière ; il existe un certain degré de dysphagie. Le patient est dans le décubitus dorsal et tout à fait immobile. Il put cependant faire exécuter à la tête divers mouvements qui sont seulement un peu limités. Respiration régulière et tranquille, 24 à la minute, pouls oscillant entre 90 et 96. La température a brusquement baissé. Prise trois fois dans la journée, elle est le matin à 37°,2, à midi 37°,9 et le soir 38°,6. Nous prescrivons le chloral à la dose hypnotique et la continuation du sulfate de quinine dans l'après-midi.

Le coma chloralique a été facilement produit avec 8 grammes du médicament. Nous trouvons le mardi matin le malade calme, accusant à peine quelques douleurs dans le membre, répondant avec précision et clarté, mais retombant aussitôt après dans la somnolence. La contracture n'a point fait de progrès. Elle est toujours limitée aux mâchoires et au cou. Le ventre est souple et le thorax se dilate aisément ; la respiration est large, profonde, et s'effectue par le diaphragme, comme l'atteste le soulèvement régulier de la région épigastrique. Le larynx est tout à fait immobile, je m'en assure par la vue et en plaçant légèrement mon doigt sur la saillie du cartilage thyroïde. Cette dernière exploration, bien que faite fort doucement, provoque à l'instant même une petite crise de suffocation avec spasme et congestion subite de la face. Le même phénomène se reproduit le soir sans attouchement et parce que quelques gouttes de la potion froide sont tombées sur la face antérieure du cou.

Le trismus persiste ; cependant les dents, qui sont au complet, s'écartent encore assez pour permettre l'ingestion des médicaments et des aliments liquides. Bouillon, jus de viande, tapioca léger. La déglutition est assez facile à condition que les substances ingérées soient tièdes et introduites dans la bouche avec précaution et en très-petite quantité à la fois.

La raideur des muscles du cou n'a pas augmenté et, quand on veut faire boire le malade, on peut soulever et fléchir la tête en avant. Les sterno-mastoïdiens sont légèrement tendus ; il n'y a pas d'opisthotonos.

Le phénomène le plus incommode consiste dans des efforts répétés de sputations pour expulser une salive spumeuse trop épaisse sans doute pour être déglutie. Ces efforts se renouvellent deux ou trois fois par heure ; et ils font grimacer et rougir le visage qui dans les intervalles redevient calme et très-pâle. Dans le courant de la nuit la langue est à deux reprises serrée entre les dents et saigne un peu.

Le mercredi l'état reste le même, sans amélioration, ni aggravation ; le sommeil chloralique est bien entretenu, les douleurs du pied à peu près nulles ; le pouls, compté à diverses heures de la journée, oscille entre 92 et 96. Les respirations varient davantage, 32 le matin, 30 à midi, 21 à quatre heures, 24 à neuf heures. La température s'élève progressivement de 38 à 39° ; à la sputation toujours pénible s'ajoute de temps en temps une petite toux sèche qui provoque la contracture des muscles faciaux et le rire sardonique.

Un accès de ce genre se montre plus violent que tous les autres vers neuf heures du soir. La respiration s'embarasse, le malade s'agit, se plaint de douleurs vives dans toute la région cervicale etousse des gémissements.

Cet accident qui alarme beaucoup l'assistance s'explique peut-être. Depuis cinq heures le malade a refusé le chloral à cause de l'impression désagréable qu'il détermine dans l'arrière-gorge.

Après l'accès on question on administre de nouveau le médicament et la nuit se passe tranquillement.

Malheureusement la journée du jeudi fut mauvaise à tous les points de vue. Les douleurs qui jusqu'alors avaient manqué dans les parties contracturées s'éveillèrent dès le matin dans les muscles de la nuque et commencèrent à produire l'opisthotonos cervical. La toux devint fréquente et provoqua chaque fois des

crises de suffocation passagères mais très-pénibles. Les respirations augmentèrent de nombre. On en comptait 44 à huit heures du matin, 40 à midi et à six heures, 36 à huit heures du soir. Le pouls varia beaucoup moins, de 88 à 96. La température resta toujours au-dessus de 39. Bien évidemment le mal au lieu de s'améliorer faisait des progrès non point en se généralisant, car la contracture restait toujours exactement bornée aux muscles de la face et du cou, mais en s'accusant davantage sur l'appareil respiratoire.

Pour combattre les spasmes douloureux de la nuque et le renversement de la tête j'appliquai un courant continu ascendant avec un appareil à quatre éléments volumineux, tel qu'il m'avait été remis par M. Trouv. pour le cas spécial. L'effet fut très-prompt et d'abord décisif. Le pôle négatif fut placé à la nuque et le positif au niveau de la région lombaire. A peine le courant passait-il depuis cinq minutes que la contracture cervicale diminuait beaucoup. Les dents qui chevauchaient s'écartèrent de près de 1 centimètre et nous pûmes faire avaler sans peine au moins 200 grammes de bouillon. La suffocation cessa et le visage reprit son expression habituelle. Nous fondâmes d'abord quelque espoir sur ce moyen, mais dans la journée, en dépit de son emploi persévérant, les accidents revinrent, plus rares peut-être, mais aussi violents. Au lieu de donner par la bouche le chloral qui semblait irriter la muqueuse pharyngienne, je le fis administrer par le rectum. Quatre lavements de 2 grammes chacun produisirent assez facilement le sommeil, mais de courte durée, et non plus ce repos tranquille des deux premiers jours. On donna par la bouche une potion avec la morphine et l'eau de laurier-cerise qui passait bien.

Malgré tout, le vendredi matin la partie me sembla définitivement perdue; on compta dans la journée de 44 à 52 respirations, le pouls monta jusqu'à 132 pulsations et la température dépassa toujours 40 degrés.

Par une contradiction singulière, ni le trismus ni la contracture de la nuque n'étaient considérables; on pouvait écarter quelque peu les mâchoires et imprimer à la tête quelques mouvements d'avant en arrière et d'un côté à l'autre. La déglutition elle-même n'était ni très-difficile, ni très-douloureuse. En revanche la toux était presque continuelle, brève, saccadée, spasmodique; elle amenait une série non interrompue de petits accès de suffocation pendant lesquels la face devenait rouge et grimaçante.

Cependant il n'y avait pas à proprement parler d'apoplexie permanente, car si les accès étaient suspendus pendant 8 à 10 minutes le visage reprenait sa pâleur.

Je songeai un instant à pratiquer comme ressource extrême la trachéotomie; mais j'en fus détourné non-seulement par le type de la toux, mais aussi par les caractères de l'expectoration. De temps à autre, en effet, les crachats laborieusement expulsés se composaient d'un mucus épais, spumeux, nettement colorés en jaune clair. Je pensai qu'il s'agissait des crachats sucrés d'orge de la pneumonie, hypothèse que confirmait l'ensemble des autres symptômes. J'aurais dû sans doute m'en assurer par l'auscultation, mais comme j'étais entouré de toute la famille et que le moindre mouvement provoquait l'explosion d'un accès de toux et de suffocation, je résistai au désir d'explorer directement les poumons.

La mort eut lieu dans le courant de la nuit, un peu moins de six jours complets après le début des accidents.

L'autopsie n'a pas été pratiquée, mais peu de temps après la mort on a examiné la région blessée. Or les choses y étaient dans l'état le plus satisfaisant. La réduction de la fracture s'était parfaitement maintenue; il n'y avait de gonflement ni à la jambe, ni au pied. Nulle trace d'inflammation. Les bords de la plaie étaient en contact et en voie de cicatrisation. Il y avait à peine de pus sur l'ouate qui recouvrait immédiatement la blessure. Le pansement avait donc très-fidèlement rempli sa tâche, et sans la terrible complication la chirurgie conservatrice aurait porté un nouveau et remarquable succès à l'actif de la méthode de notre collègue M. Alph. Guérin.

Pour retracer plus rapidement la marche de la maladie, j'ai laissé de côté quelques détails secondaires. Je vais compléter le récit.

L'invasion fut causée sans doute par l'impression du froid. Le malade était couché dans une chambre fort petite mynie d'une large croisée. Comme l'air se vicifiait aisément, on ouvrait de temps en temps cette fenêtre, et c'est ce qui fut fait le dimanche matin. On avait pris la précaution, m'aurait-on assuré, de couvrir complètement le patient; mais la matinée était

froide, et comme le trismus débuta précisément vers dix ou onze heures, tout porte à croire qu'ici encore le refroidissement joua son rôle ordinaire.

La transpiration cutanée se montra assez abondante le premier et le second jour, mais ne reparut plus dans la suite. On avait bien recommandé de tenir le patient très-chaudement, mais comme il était dans un lit fort étroit et agitait continuellement les bras et la jambe saine, maintes fois nous le trouvâmes insuffisamment couvert.

J'avais pensé à lui prescrire le jaborandé pour provoquer les sueurs, j'en fus détourné par les difficultés extrêmes de la sputation; les propriétés sialagogues de ce médicament me firent redouter que la salive, sécrétée en grande abondance, ne pût être déglutée et n'augmentât encore les accidents. J'ai dit plus haut que les phénomènes de contracture étaient restés exclusivement limités aux régions faciales et au cou, y compris les organes profonds qu'il renferme. En effet, la paroi abdominale, le tronc, les membres restèrent souples jusqu'à la fin. Il y eut un peu de constipation qu'on combattit toujours avec succès par des purgatifs légers au début, puis des lavements laxatifs à la fin. L'urine fut toujours rendue sans difficulté; elle était rare et fortement colorée.

Malgré tout ce qui a été dit sur la température dans le tétanos, il s'en faut de beaucoup que le dernier mot soit dit sur ce sujet. Mes trois malades le prouvent: chez le congelé, et en raison de la lésion grave dont il était atteint, le thermomètre oscillait autour de 40 degrés dans les jours qui précéderent le tétanos. Six heures après le début de celui-ci la température tombe brusquement à 37°,4; deux heures avant la mort elle atteignait seulement 38°,2.

Chez l'enfant, au contraire, la fièvre traumatique primitive était entièrement dissipée depuis longtemps et l'apyrexie était complète quand survint le tétanos. Pendant les vingt-quatre premières heures, on note seulement 37°,4, mais dans les vingt-deux dernières, l'ascension progressive atteint presque 42 degrés (41°,8).

Chez M. L..., la marche de la température fut assez singulière. Pendant les six premiers jours elle dénota l'existence d'une fièvre traumatique assez intense, puisque le thermomètre marquait 38 degrés le matin et 39 le soir.

Le jour de l'invasion du tétanos, trois explorations, faites à neuf heures du matin, six heures et huit heures du soir, donnent 39°,4, 39°,9 et 39°,2.

Le lundi, quand le mal est bien confirmé, les trois mêmes examens montrent une diminution sensible: 38°,5, 38°,8 et 38°,7.

Le mardi le tracé s'abaisse encore: 37°,2, 37°,9, 38°,6.

Le mercredi, pendant tout le jour, il reste à 38 degrés, mais l'accès de suffocation du soir provoque l'ascension à 39 degrés.

Le jeudi, le mal s'aggrave beaucoup; la température oscille tout le jour entre 39 et 40 degrés.

Le vendredi, la contracture diminue beaucoup, mais la poitrine s'embarrasse de plus en plus; on constate toujours jusqu'à la mort 40 degrés et 2 ou 3 dixièmes.

Le tracé du pouls ne suit pas celui de la température; depuis le lendemain de la blessure jusqu'au matin de la mort il oscilla invariablement entre 88 et 96; jamais l'écart ne dépassa 8 pulsations; c'est seulement dans les douze dernières heures que l'on compte 112 et 132 pulsations.

Enfin, le nombre des respirations varia de son côté, mais sans paraître influencé ni par l'élevation de la chaleur, ni par l'accélération du pouls.

Les respirations ne furent comptées que trente-six heures après le début du trismus, et, chose remarquable, tandis que le thermomètre et le pouls montaient régulièrement le soir, au contraire, à cette même époque de la journée la respiration semblait devenir plus lente et plus calme.

Je crois ces comparaisons assez curieuses pour les réunir dans le tableau suivant:

7 mars. — Neuf heures et demie du matin : pouls, 92; température, 38°,4. — Une heure : température, 38°,6. — Six heures : pouls, 92; température, 38°,6.

8 mars. — Neuf heures et demie : pouls, 96; température, 38°,3. — Une heure : température, 38°,5. — Sept heures : pouls, 100; température, 39°,2.

9 mars. — Neuf heures et demie : pouls, 88; température, 37°,2. — Une heure : température, 38°,4. — Six heures et demie : pouls, 96; température, 39°,6.

10 mars. — Neuf heures et demie : pouls, 92; température, 38°,2. — Midi et demi : température, 38°,8. — Six heures et demie : pouls, 92; température, 39°,4.

11 mars. — Neuf heures : pouls, 88; température, 37°,8. — Une heure : température, 38°,4. — Six heures : température, 39°,2.

12 mars. — Neuf heures et demie : pouls, 96; température, 39°,4. — Une heure : température, 39°,4. — Six heures : température, 39°,9. — Huit heures et demie : pouls, 92; température, 39°,9.

13 mars. — Neuf heures : pouls, 96; température, 38°,5. — Trois heures : température, 38°,8. — Huit heures un quart : pouls, 92; température, 38°,7.

14 mars. — Huit heures et demie : pouls, 90; température, 37°,2. — Cinq heures : respiration, 30; pouls, 88; température, 37°,9. — Huit heures et demie : respiration, 21; pouls, 96; température, 38°,6.

15 mars. — Huit heures : respiration, 32; pouls, 92; température, 38 degrés. — Une heure : respiration, 30; pouls, 90; température, 38 degrés. — Six heures et demie : pouls, 92; température, 38°,4. — Neuf heures et demie : respiration, 21; pouls, 96; température, 39 degrés. — Dix heures et demie : respiration, 24; pouls, 96.

16 mars. — Huit heures : respiration, 44; pouls, 88; température, 39°,6. — Midi : respiration, 40; pouls, 96; température, 39°,2. — Six heures un quart : respiration, 40; pouls, 92; température, 39°,2. — Huit heures et un quart : respiration, 36; pouls, 92; température, 39°,5.

17 mars. — Huit heures et demie : respiration, 44; pouls, 92; température, 40. — Midi et demi : respiration, 52; pouls, 112; température, 40°,3. — Trois heures et un quart : respiration, 52; pouls, 132; température, 40°,2. — Six heures et demie : respiration, 40; pouls, 108; température, 40°,3.

Je ne sais véritablement à quoi attribuer toutes ces différences. Chez deux de mes patients l'invasion du tétanos semble abaisser notablement la température; chez le troisième pendant vingt-quatre heures elle ne la modifie nullement.

L'étendue de la contracture est beaucoup plus grande chez le congelé que chez les deux autres, et c'est dans ce cas justement que le thermomètre monte le moins. J'avais pensé jadis que l'ascension ultime de la courbe annonçait le développement d'une inflammation pulmonaire. Le résultat nécroscopique chez l'enfant renverse absolument cette hypothèse, laquelle, au contraire, recevrait un appui dans la dernière observation, où je crois pouvoir admettre l'existence d'une pneumonie.

Tout cela est fort obscur. Je renvoie pour les études thermométriques dans le tétanos à l'important article de Rose (*Ueber den Starrkrampf*, in *Traité de chir.* de Pitha et Billroth, 1870, p. 21); mais je crois indispensables de nouvelles recherches qui tiendraient compte dans l'interprétation du tracé de trois éléments : 1° la contracture; 2° la lésion préexistante; 3° les complications de celle-ci ou du tétanos lui-même.

J'arrive aux résultats fournis par le pneumographe à mon interne M. Richey (voy. *Gaz. méd.*, 4^e avril 1876, p. 159 et la communication de M. Richey à la Société de biologie).

Chez le premier malade atteint de congélation et qui mourut par asphyxie, le tracé respiratoire obtenu quelques heures avant la mort indique à certains moments une pause correspondant à l'expiration : de sorte qu'il y avait un spasme respiratoire dû en apparence à un resserrement de la glotte et à une contracture simultanée des muscles abdominaux expirateurs. Le second malade, au contraire, mourut dans une sorte d'état comateux mal caractérisé, mais sans asphyxie, résultat prévu

par l'inspection seule des tracés respiratoires. En effet, la pause tétanique répondant à l'inspiration est due à une contracture des muscles inspireurs.

Il existe donc, suivant M. Ch. Richey, une différence absolue entre ces deux cas de tétanos. Dans le premier, il y a arrêt dans l'expiration, et la cause est un spasme de la glotte, et des muscles expirateurs; dans le second, il y a arrêt dans l'inspiration, et la cause est un spasme tétanique des muscles inspireurs.

Pour notre jeune confrère, cette distinction n'est pas une simple curiosité de physiologie pathologique. Elle conduit à un pronostic et à une thérapeutique qui diffèrent. Si l'on s'est assuré que le spasme est dû aux muscles inspireurs, la trachéotomie est inutile, et l'on pourra espérer la guérison, car l'hématose sera sulfisante pour permettre aux agents thérapeutiques d'être absorbés et de modifier l'excitation médullaire. Si, au contraire, il y a un spasme de l'expiration, que ce soit un resserrement de la glotte ou une contracture de muscles expirateurs, le pronostic sera beaucoup plus grave, car l'hématose, à un moment donné, sera nulle ou insuffisante, et l'asphyxie prochaine. Alors il faudra songer à la trachéotomie, qui dans quelques cas déjà a rendu la vie à de malheureux tétaniques qui asphyxiaient.

Enfin M. Richey fait remarquer qu'outre ces spasmes si nettement caractérisés qu'à la rigueur on pourrait les observer, quoique d'une manière tout à fait insuffisante, sans le pneumographe, il y a d'autres petits spasmes ou plutôt des irrégularités respiratoires qui n'existent pas à l'état normal; il serait impossible d'en constater l'existence sans un appareil enregistreur, lequel dans les cas douteux devra assurer le diagnostic.

(A suivre.)

D^r L.-H. PETIT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 5 JUIN 1876. — PRÉSIDENTE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

ORIGINE DES FERMENTS ORGANISÉS. — M. L. Pasteur critique une brochure que M. Fremy vient de publier chez M. G. Masson et intitulée *Génération des ferments*.

M. Fremy se borne à répondre qu'il offrira ce travail à tous les membres de l'Académie qui pourront ainsi juger le débat pièces en main.

SUR LA DURÉE DE LA SENSATION TACTILE. Note de M. L. Lalanne.

« La notion de la persistance de la sensation lumineuse résulte d'un phénomène bien vulgaire, de l'effet optique produit par la rotation rapide d'un charbon incandescent. Le cercle lumineux décrit par ce charbon paraît complètement fermé lorsque le mouvement est assez rapide pour arriver à dix tours par seconde. On en conclut que la sensation lumineuse ne s'évanouit qu'un dixième de seconde après la disparition complète de la cause qui l'a produite. On sait d'ailleurs que ce chiffre n'a rien d'absolu. Avec d'autres sources lumineuses et par diverses méthodes, on a trouvé des durées variables entre 1/15^e et 1/20^e (M. Lissajous) et même 1/30^e de seconde. (Foucault).

Il était naturel de se demander s'il n'était pas possible de déterminer la durée de la sensation tactile par un procédé du même genre que l'expérience du charbon ardent. Supposons qu'on imprime à un corps flexible, dont le contact ne soit pas de nature à blesser l'épiderme, un mouvement de rotation rapide autour du bras ou de la jambe tenus immobiles. Si le retour du corps frottant à chacun des points de contact s'opère dans un intervalle de temps suffisamment court et tout au plus égal à la durée de l'impression produite, on pouvait penser que, par analogie avec ce qui se passe pour l'œil dans l'expérience du cercle lumineux complètement fermé, on éprouverait, sur toute l'étendue du trajet soumis au

frottement, une sensation continue, analogue à celle que produirait la pression d'un bracelet ou d'un anneau. Telle était l'induction en vertu de laquelle l'auteur de cette Note a procédé. MM. Ch. Martins et Aug. Le Pileur voudraient bien accepter la tâche d'entreprendre, de concert avec lui, les expériences qui devaient résoudre la question.

Il est vrai que nous ne pûmes obtenir une sensation continue sur l'étendue entière du trajet paronœu; mais, à une certaine vitesse, la continuité de la sensation s'accusait de la manière la plus nette sur un point unique de la périphérie cutanée: nous n'avions donc presque rien à modifier dans notre mode d'opération pour déterminer les conditions de la continuité sur un seul point de l'épiderme, et nous procédâmes à cette détermination pour différentes parties de la main, de l'avant-bras et du bras.

Les circonstances principales de nos trente-trois expériences sont consignées dans un tableau joint à la Note détaillée qui est soumise à l'Académie. Voici quels en sont les résultats:

1° La continuité ne s'est jamais manifestée pour moins de dix tours par seconde. La durée de la sensation tactile observée n'a donc pas surpassé $1/10^e$ de seconde, et dans un certain nombre d'expériences elle a été moindre.

2° La moindre durée observée a été de $1/24^e$ à $1/25^e$ de seconde.

3° Ce minimum de durée varie avec les individus et suivant les parties du corps.

Une équation personnelle, analogue à celle dont les astronomes sont obligés de tenir compte, a donné une quantité variable entre $1/10^e$ et $1/14^e$ de seconde pour la persistance de la sensation, suivant les observateurs, le contact ayant lieu sur la face dorsale de la deuxième articulation de l'index. Sur la partie externe du bras, entre le deltoïde et l'articulation du coude, la durée était pour un des observateurs d'un peu plus de $1/13^e$ de seconde, tandis que pour un autre elle descendait presque à $1/22^e$.

Le cours de ces recherches a été interrompu, et la dispersion des trois collaborateurs qui les avaient entreprises n'a pas permis de les reprendre.

ACTION DE LA DIGITALE COMPARÉE À CELLE DES SELS BILIAIRES SUR LE POULS, LA TENSION ARTÉRIELLE, LA RESPIRATION ET LA TEMPÉRATURE. Note de MM. V. Feltz et E. Ritter. — Ces recherches ont été entreprises sur les indications de M. Bouillaud.

A. Par les sels biliaires et l'infusion de digitale ($1/100^e$) administrés à des doses non toxiques, la température baisse environ d'un degré pour les deux substances, la tension artérielle descend de 2 à 3 centimètres de mercure pour les sels biliaires et de 6 à 7 centimètres pour la digitale; la respiration devient irrégulière dans les deux cas sans grands écarts de la normale; le pouls baisse sous l'influence des deux poisons. La seule différence à noter, c'est que, avec la digitale, la descente extrême dure très-peu et est suivie d'une accélération qui peut se maintenir durant vingt-quatre heures; par les sels biliaires, la diminution du nombre des battements se maintient plus longtemps, mais n'est pas suivie d'une précipitation anormale. Les animaux mis sous l'influence des sels biliaires perdent moins de poids que ceux que l'on digitalise; chez les premiers la diminution ne dépasse pas 300 grammes et atteint près de 800 grammes chez les seconds.

A la suite de section des pneumogastriques et des sympathiques, d'empoisonnement par les sels biliaires et la digitale, le pouls est encore impressionné dans le premier cas et ne l'est nullement dans le second, la température et la respiration continuant à se comporter de même.

B. Pour les doses toxiques, on ne peut comparer que les cas d'empoisonnement biliaire, où la mort se fait attendre quelques heures, à ceux où l'on administre la digitale à haute dose. Chez les animaux qui meurent par intoxication biliaire, la température et le pouls fléchissent régulièrement jusqu'à la mort; on en peut accuser l'altération morphologique du sang et les hémorrhagies qui en sont les conséquences. Chez les chiens digitalisés à raison de 4 centimètres cubes d'infusion par kilogramme de leur poids, la température baisse progressivement et très-régulièrement de 7 à 8 degrés, les pulsations du pouls diminuent après des oscillations plus ou moins fortes jusqu'à la moitié de leur chiffre normal. La tension artérielle fléchit dès le principe de l'expérience et tombe jusqu'à 3 centimètres de mercure. Il y a parfois, dans les cas de digitalisation, mort subite; celle-ci survient toujours à un moment

où le pouls est très-accélééré et très-peut sans que la diminution de la tension artérielle et de la température puisse encore faire prévoir l'agone. On n'observe jamais d'altérations, ni chimiques, ni morphologiques du sang.

C. Le pouls ne fléchissant pas chez les animaux digitalisés après la section des pneumogastriques et des sympathiques, comme cela a lieu chez les animaux intoxiqués par les sels biliaires, le sang ne présentant nulle altération comparable à celle qui est signalée et démontrée dans les empoisonnements par la bile, l'action sur le tissu musculaire curarisé ou non n'étant pas la même dans les deux cas, nous pouvons conclure que l'effet de la digitale s'exerce bien plus sur le système nerveux que sur le sang ou le tissu musculaire, comme cela a lieu pour les sels biliaires. Le genre de mort tend encore à établir cette différence: car, dans toutes nos autopsies d'animaux morts par la digitale, nous avons toujours trouvé le cœur en état de relâchement, renfermant à peu de chose près la même quantité de sang dans chaque ventricule. Nous n'avons jamais trouvé de cœur en état de contraction tétanique, comme c'est la règle dans les intoxications biliaires, et toutes les fois que nous avons eu l'occasion d'examiner un cœur peu de temps après la mort, nous avons pu constater par la pile électrique que le muscle cardiaque n'avait pas perdu sa contractilité.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 13 JUIN 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. le ministre de l'Instruction publique et des cultes adresse à l'Académie l'application d'un décret en date du 5 juin, qui approuve l'élection de M. Léon Le Fort comme membre titulaire de l'Académie dans la section de pathologie chirurgicale, en remplacement de M. Demarquay.

M. le ministre de l'Agriculture et du Commerce transmet à l'Académie: a. Un rapport de M. le docteur Sarrot sur une épidémie d'angine coqueussenne qui a sévi dans l'arrondissement de Saint-Sauveur pendant l'année 1875. (Commission des épidémies.) — b. Les comptes rendus des épidémies qui ont régné pen tant l'année 1875 dans les départements de l'Arèche et de l'Arige. (Même commission.) — c. Le tableau des vaccinations pratiquées pendant l'année 1875 dans les départements de Saône-et-Loire, de la Corse, des Pyrénées-Orientales et de la Vienne. (Commission de vaccine.) — d. Les pièces relatives à une demande faite par le docteur Poque à l'effet d'obtenir l'autorisation d'exploiter une source d'eau minérale, située près du village d'Aïa-Nouïry, département d'Oran (Algérie). (Commission des eaux minérales.) — e. Un rapport général sur les eaux d'Aix pendant l'année 1874. (Même commission.)

f. Un rapport de M. le docteur Laisant sur le service des eaux minérales de Salins et de Brides-les-Bains pendant l'année 1875. (Même commission.) — g. Un rapport de M. le docteur Marbotin sur les eaux de Saint-Aman (Nivern) pour la saison de 1874. (Même commission.)

L'Académie reçoit: a. Une note de M. le docteur Thuaz, sur les vaccinaions et les revaccinations pratiquées dans le 24^e régiment de dragons, du mois d'avril au mois de mai 1876. — b. Un lettre de M. Thuaz, relative à la distribution gratuite des eaux d'Enghien aux dispensaires.

M. Lavey dépose sur le bureau: 1^o au nom de M. le docteur Masse, un travail intitulé: CONTRIBUTION À L'HISTOIRE OÙ THYRUS. — 2^o Au nom de M. le docteur Yvèrines, une brochure avec des planches d'instruments de chirurgie antique.

M. Bouillaud offre, au nom de M. le docteur Lepetitier (de la Sarthe), un TRAITÉ COMPLET DE PHYLOGIE À L'USAGE DES GENS DE MÉTIER ET DES LYCÉES.

M. Bouley présente, du part de M. le docteur Bernard (de Parisienne), un ouvrage intitulé: NOUVELLE DOCTRINE PHYSIOLOGIQUE. (Renvoyé à la commission du prix Barbier.)

M. Legoussé dépose sur le bureau: 1^o Au nom de M. Commaire un mémoire manuscrit sur le café; — 2^o un travail manuscrit sur l'assimilation du carbone par les plantes. — 3^o Au nom de M. Marchand, une étude sur l'emploi du gaz sulfhydrique pour la destruction du Phylloxera vastatrix.

ÉLECTIONS. — L'Académie procède à la nomination des commissions des correspondants nationaux et étrangers.

ACCLIMATATION EN ALGÉRIE. — M. le docteur de Pietra Santa donne lecture d'un travail sur l'acclimatation en Algérie. L'auteur n'ayant pas laissé son manuscrit, nous ne pouvons en donner une analyse.

GRANDE CHARTREUSE ET EAU DE MÉLISSE. — M. le docteur Decaisne communique une courte note sur la liqueur de la Grande-Chartreuse et l'eau de mélisse des Carmes au point de vue de l'alcoolisme.

L'auteur expose le résultat de ses recherches sur les effets de ces deux alcoolats, qui n'avaient pas encore été étudiés au point de vue pathologique et dont l'abus est plus grand qu'on ne croit généralement.

Depuis longtemps il avait la conviction que la liqueur de la *Grande-Chartreuse* est aussi excitante que l'absinthe; mais ses effets n'ont pas attiré l'attention au même degré, parce que la consommation en est relativement modérée. Elle coûte fort cher et n'est bue en général que dans une certaine classe de la société; cependant en 10 ans il a pu réunir 6 observations de sujets alcoolisés par la liqueur de la Grande-Chartreuse, 2 femmes et 4 hommes, dont il donne l'histoire complète. Quant à l'eau de mélisse des Carmes, on y trouve aussi les mêmes plantes que dans l'absinthe, et son usage exagéré peut donner lieu aux accidents consécutifs à l'abus de l'absinthe ou de la grande-chartreuse.

L'auteur croit pouvoir de ses recherches déduire les conclusions suivantes :

1° Les plantes qui entrent dans la composition de la liqueur de la Grande-Chartreuse et dans celle de l'eau de mélisse des Carmes sont à peu près les mêmes que celles qui servent à faire la liqueur d'absinthe. Elles sont rangées dans les familles botaniques suivantes : dans les Umbellifères : l'angélique, la coriandre, l'anis vert; dans les Labiées : l'hysope, la mélisse, la menthe poivrée, le thym, le romarin, la sauge, la marjolaine; dans les Syanthérées : l'arnica, l'absinthe, la balsamite; dans les Callacées : le *Calamus aromaticus*; dans les Laurinées : la cannelle de Chine; dans les Amomées : la cardamome; dans les Myristicées : le macis, la muscade; dans les Myrtacées : le girofle; dans les Salicacées : le peuplier baumier; dans les Légumineuses : la fève de Tonka.

Or ces plantes sont toutes considérées en thérapeutique comme excitantes et présentent les mêmes effets physiologiques. Elles contiennent toutes ou presque toutes des huiles essentielles plus ou moins actives, plus ou moins dangereuses. Leur proportion dans la fabrication des trois liqueurs varie selon la liqueur et le goût que le distillateur veut lui donner. 2° A dose égale ou à peu près, les effets de l'absinthe, de la liqueur de la Grande-Chartreuse et de l'eau de mélisse des Carmes, sont les mêmes sur l'économie, sur le système nerveux en particulier, et produisent de la même façon l'alcoolisme.

3° *A priori*, et des observations ultérieures pourront le démontrer, toutes les liqueurs fabriquées avec les mêmes plantes ou des plantes analogues contenant des huiles essentielles actives et présentant le même degré alcoolique ou à peu près, peuvent produire, quand on en fait un certain abus, les divers accidents qui constituent l'état qu'on a désigné sous le nom d'alcoolisme.

Société médicale des hôpitaux.

SEANCE DU 26 MAI 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LABOULBÈNE.

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT DIÉTÉTIQUE DU DIABÈTE. — CAS DE MANIE RHUMATISMALE. — DÉLIRE AVEC HALLUCINATIONS DANS UN CAS D'ATAXIE LOCOMOTRICE AU DÉBUT. — TRAITEMENT DE LA TRICHOPHYTIE PAR LES APPLICATIONS D'IODE ET DE TANNIN. — OBLITÉRATION DE L'ARTÈRE PULMONAIRE DANS UN CAS D'ALBUMINURIE BRIGTQUE. — ÉLECTION.

M. Lépine présente à la Société un ouvrage du docteur *Cantani* (de Naples), intitulé : LE DIABÈTE SUCRÉ ET SON TRAITEMENT DIÉTÉTIQUE, traduit de l'italien par le docteur *Charvet*, médecin à Vals, ancien interne des plus distingués des hôpitaux de Lyon.

Le livre de M. Cantani, dit M. Lépine, a trait particulièrement à la pathogénie et au traitement du diabète. Il révèle une découverte qui, au point de vue pathogénique, peut prendre un jour une grande importance. M. Cantani, ayant soumis le sérum du sang de quatre diabétiques à la lumière polarisée et à l'analyse chimique, a découvert que ce sang contenait un sucre qui ne dévie la lumière polarisée ni

à droite ni à gauche. Ce sucre, différant en cela du sucre ordinaire que contiennent les urines diabétiques, M. Cantani propose de l'appeler *paraglycose*. Cette paraglycose serait un sucre difficile à brûler dans l'organisme, et il passerait dans les urines, d'où glycosurie : le diabète serait le résultat, non d'une altération quantitative, mais d'une modification qualitative.

Considérant le rein, non comme un simple filtre, mais comme un organe où des oxydations actives ont lieu; s'appuyant sur ce que, dans l'état normal, le sang de l'artère rénale contient du sucre, tandis que le sang de la veine n'en contient plus, et que par conséquent tout le sucre du sang artériel a été brûlé, transformé dans son passage à travers le rein, M. Cantani croit que l'organe uropoétique joue un rôle particulier et peut-être considérable dans la production du diabète sucré.

Au point de vue thérapeutique, le médecin de Naples est partisan du traitement de Bouchardat, mais il le pousse à l'extrême limite. Il ne permet à ses malades que la viande comme aliment. Il prescrit même, avant de commencer cette alimentation univoque, une diète absolue pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures. Dans beaucoup de cas, M. Cantani a vu, après trente-six heures de diète complète, le sucre disparaître entièrement des urines, ce qui est en contradiction avec les assertions de M. Jaccoud, qui prétend que le diabétique mis à la diète continue à fabriquer du sucre aux dépens de sa propre substance.

M. Cantani obtient, par son traitement diététique, par ce régime carné, des guérisons en proportions qui semblent supérieures à celles de nos statistiques. Il reconnaît aussi la grande utilité des alcalins, qu'il associe volontiers à son traitement.

— M. *Laveran* communique une observation de folie consécutive à une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Cette observation se résume ainsi :

Obs. — Un soldat de ligne, exempt de syphilis, non alcoolique, entre au Val-de-Grâce, le 9 février 1876, pour un rhumatisme polyarticulaire aigu, compliqué de pneumonie du côté gauche.

Le 13 février, les signes d'une péricardite grave apparaissent. Cependant, à la fin du mois, les accidents s'amendent et la maladie, ainsi que ses complications, tourment vers la guérison : la fièvre s'abaisse, les jointures sont de moins en moins douloureuses, le souffle du cœur au premier temps diminue, la pneumonie est guérie.

Dans la nuit du 10 au 11 mars, le malade est pris de délire, d'agitation; il se lève sans cesse, il parle, crie. Le lendemain on constate que ses réponses sont brèves, inexactes; qu'il a des hallucinations de la vue (il voit des animaux).

Les jours suivants, l'agitation persiste : le malade parle presque constamment; il crie les commandements militaires. A d'autres instants il tombe dans un mutisme absolu. Aus hallucinations de la vue se joignent des hallucinations de l'ouïe : le malade croit souvent qu'il pleut ou qu'il gèle.

Le 18 mars, l'agitation diminue, mais la pensée est toujours incohérente et la mémoire est très-altérée. Puis le malade tombe dans la tristesse; il pleure souvent, reste dans un mutisme prolongé, offre le faciès de certains lypémaniques; étranger et indifférent à toutes les choses qui se passent en dehors de lui, il ne répond pas aux questions, il est triste et pleure quelquefois à chaudes larmes; il mange et boit machinalement. Pendant ce temps il maigrit sensiblement. Cependant, vers le 25 avril, un mieux se manifeste, il redemande à manger; les nuits sont plus calmes; ses réponses sont plus nettes, plus correctes; les hallucinations diminuent, puis cessent.

L'amélioration s'accroît encore les jours suivants, et le 18 mai le malade, complètement guéri, est renvoyé de l'hôpital.

Ce fait semble, à M. Laveran, constituer un cas de la manie rhumatismale, décrite pour la première fois en France par M. Mesnet, en 1856, et dont M. Ball a réuni dans sa thèse d'agrégation sur le rhumatisme viscéral (Paris, 1866) douze observations. M. Archambault en a vu aussi un exemple;

Pleischl (de Vienne) en a cité cinq cas; enfin M. Vaillard a publié récemment (*Gaz. hebdom.*, 1876) deux cas très-analogues à celui de M. Laveran. Cette folie, consécutive au rhumatisme, se présente dans toutes ces observations sous deux formes : forme dépressive, mélancolique, avec hallucinations de la vue et de l'ouïe, la plus commune; ou forme à excitation plus ou moins intense, avec délire parfois furieux, perte de conscience, etc. Elle frappe particulièrement les jeunes sujets, survient sans fièvre pendant la convalescence du rhumatisme articulaire aigu, et se termine généralement par la guérison. Sur 20 cas publiés, 3 seulement ont été suivis de mort.

Il y a dans cette folie rhumatismale une frappante analogie avec les troubles psychiques que l'on rencontre quelquefois dans la chorée et que Marcé a si bien décrits. Trouseau considérait les antécédents héréditaires d'aliénation ou les excès alcooliques comme jouant un grand rôle dans l'écllosion de ces accidents. Bien que chez le malade de M. Laveran ces causes n'existassent pas, on ne peut nier que, s'il y a une faiblesse native ou acquise des fonctions cérébrales, cela en constitue une forte prédisposition.

Mais, en dehors même de la manie proprement dite qui naît à la suite du rhumatisme articulaire aigu, il semble que les rhumatismes présentent quelquefois des bizarreries de caractère, souffrent d'hallucinations qui peuvent même les pousser au suicide, ainsi qu'il résulte des observations du docteur Faure (*Archives gén. de méd.*, 1870, t. II, p. 306). Ce fait a une grande importance au point de vue médico-légal, bien que jusqu'ici cette question ne soit pas encore complètement étudiée.

Le fait de M. Laveran montre une fois de plus : 1° que la manie ou folie rhumatismale existe et qu'elle constitue une des formes du rhumatisme cérébral; 2° que ces troubles intellectuels peuvent se produire en dehors de toute prédisposition à l'aliénation mentale; 3° que la manie rhumatismale est surtout caractérisée par du délire sans fièvre, survenant brusquement, s'accompagnant au début d'agitation, d'hallucinations de la vue et de l'ouïe, et plus tard d'un état analogue à celui des lycémaniques.

M. Delaisieu combat la dénomination de *manie* appliquée à ces états de l'intelligence. Sous peine de perpétuer la confusion des termes de manie, mélancolie, lycémanie, qui a tant nu à aux progrès de la pathologie mentale, il faut adopter des dénominations précises et indiscutables quand on veut décrire un ensemble de troubles intellectuels. Or la manie est le résultat d'une congestion de l'encéphale, accompagnée d'une excitation plus ou moins intense avec incohérence de l'esprit; mais il n'y a pas d'hallucinations dans la manie. D'autre part, la lycémanie est un délire partiel, dérivant d'hallucinations, mais avec un esprit d'ailleurs sain. Les cas analogues à celui dont vient de parler M. Laveran ne sont ni des cas de manie ni des cas de lycémanie, mais ils constituent une sorte de stupidité légère, d'obtusion intellectuelle, compliquées d'impulsions sensorielles ou instinctives : il y a là stupeur, faiblesse et désordre intellectuels. On observe ces accidents dans la convalescence de la variole, de la fièvre typhoïde, dans la chorée elle-même.

Une discussion s'ouvrira sur cette question après l'impression du travail de M. Laveran.

— M. Lereboullet présente un malade qui semble atteint d'une ataxie locomotrice dont le début est remarquable par les paralysies partielles et des troubles psychiques.

Ons. — Cet individu, qui a toujours été bien portant, qu'il n'est ni alcoolique ni syphilitique, fut pris au 31 janvier dernier d'une bronchite, pour laquelle il fut admis au Val-de-Grâce. La bronchite était guérie quand, à la fin de février, des douleurs fulgurantes nocturnes se produisirent dans les membres inférieurs, surtout du côté gauche.

Le 11 mars, le malade éprouva des éblouissements, une céphalée

sus-orbitaire et de la diplopie. En quelques jours la céphalée disparut, mais les troubles de la vue persistèrent. Bientôt M. Lereboullet constata l'existence d'une paralysie complète du nerf moteur oculaire commun droit, d'une paralysie incomplète du même nerf à gauche (abaissement de la paupière, mydriase, saillie du globe oculaire, pas de strabisme) et en même temps d'une légère paralysie faciale gauche. Le fond de l'œil, examiné par M. Perrin, fut trouvé sain. Il y avait simultanément un peu de faiblesse des muscles adducteurs du membre inférieur gauche et un peu d'hyperesthésie plantaire.

Ces symptômes furent très-passagers. Dès le 21 mars, la paralysie de la troisième paire droite diminua, pour disparaître le 28 mars. Il en fut de même de la paralysie incomplète du côté gauche. Mais il survint une paralysie du moteur oculaire externe, et la paralysie faciale s'accroissant devint complète le 10 avril dans la sphère du facial supérieur. Les troubles nerveux de la jambe gauche cessèrent.

Au moment où M. Lereboullet présente le malade (26 mai) il y a encore une paralysie complète du muscle droit externe de l'œil gauche et une paralysie faciale gauche. De plus, le malade est atteint depuis huit jours d'hallucinations : il croit avoir été empoisonné, se sent mourir et demande les derniers sacrements. Il marmotte sans cesse des prières.

M. Lereboullet pense que ces troubles psychiques seront aussi passagers que l'ont été les paralysies. Il ne croit pas qu'il existe là une tumeur cérébrale ou une méningo-encéphalite, le malade n'ayant eu ni convulsions, ni vomissements, ni modifications urinaires. L'hypothèse d'une ataxie locomotrice est plus vraisemblable, bien que la paralysie faciale et les troubles intellectuels soient extrêmement rares au début de cette maladie (1).

— M. Lailler donne lecture d'une lettre du docteur Lespiau, médecin à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains, concernant le traitement de la trichophytie par le glycérol de teinture d'iode et de tannin.

Du mois d'août 1875 au mois de février 1876, M. Lespiau a observé une endémie de trichophytie dans les cantons de Céret et d'Arles-sur-Tech (Pyrénées-Orientales). 34 personnes, dont 28 enfants, ont été atteintes. La maladie a paru s'être propagée du chien, d'abord atteint, au porc (animal qui dans ces contrées vit dans la famille humaine) et du porc à l'homme. L'humidité qui a régné depuis plusieurs mois dans ce pays a favorisé le développement du parasite. C'est particulièrement à la tête, aux sourcils, aux joues, autour des organes génitaux que le trichophyton s'est attaché, provoquant là des démangeaisons. Le grattage avait alors pour effet de transporter les spores de ces régions primitivement atteintes à d'autres parties du corps. M. Lespiau donne une description détaillée des plaques malades et des lésions des poils consécutive.

Le traitement employé par lui avec succès a consisté en des badigeonnages faits avec un pinceau trempé dans le glycérol suivant :

Tannin.....	1 gramme.
Teinture d'iode.....	10 grammes.
Glycérine.....	20 —

Ces badigeonnages étaient pratiqués deux fois par jour sur les parties affectées et autour d'elles dans un rayon de 2 centimètres, après qu'on eut coupé ras les cheveux ou les poils. Quand des croûtes ou une épaisse couche du parasite existaient, M. Lespiau les ramollissait et les enlevait au moyen de cataplasmes faits avec des gâteaux de charpie imbibés de glycérine. M. Lespiau n'a constaté sur les sujets soumis à ces badigeonnages aucun accident attribuable à l'absorption de l'iode par la peau.

— M. Ferrand montre des pièces recueillies chez un sujet mort subitement pendant le cours d'une albuminieurie brightique. L'autopsie a montré l'existence d'un caillot formé dans

(1) Nous avons appris ces jours derniers que le malade en question était guéri de tous ces troubles nerveux.

le ventricule droit du cœur, qui était dilaté : un fragment de caillot avait été lancé dans l'artère pulmonaire et avait constitué une embolie mortelle.

ÉLECTION. — M. Revillard a été élu, à l'unanimité des votes, membre correspondant de la Société.

A. LEGNOUX.

Société de biologie.

SÉANCE DU 10 JUIN 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CLAUDE BERNARD.

NOUVEAU PROCÉDÉ DE TECHNIQUE POUR METTRE EN ÉVIOENCE LES VÉRITABLES FIBRILLES MUSCULAIRES ÉLÉMENTAIRES : MM. DEBOVE ET J. REUAUT. — CAS REMARQUABLE DE GLYCOSURIE CHEZ UNE NOURRISSÉ : M. DE SINITY. — DÉVELOPPEMENT DES RENONCULES SÉPARÉES DE LEURS RACINES : M. ARMAND MOREAU, NOTE DE M. PHILIPPEAU. — CONSIDÉRATIONS SUR L'OREILLE DES NOUVEAUX-NÉS : M. GELLÉ. — DISCUSSION : M. PARROT. — INSTRUMENT PROPRE À DÉMONTRE L'INDÉPENDANCE DE LA VOIX ET DE LA PAROLE : M. GLÉNARD. — RELATIONS ENTRE LE DIAMÈTRE DE LA PUPILLE ET L'ACCOMMODATION : M. DROUIN. — DISCUSSION : M. PONCET. — ALTÉRATIONS DU TESTICULE À LA SUITE DE LA LIGATURE DES VAISSEAUX DU CORDON : M. BRAWN.

M. J. Renaud communique, au nom de M. le docteur Debove et au sien, le résultat des recherches qu'ils ont faites au moyen d'un nouveau procédé de technique histologique qui leur a permis d'isoler les fibrilles musculaires élémentaires, ce qu'on n'avait pu faire jusqu'ici. Nous donnerons dans notre prochain numéro et avec détail le procédé de MM. Debove et Renaud, sur lequel nous désirons obtenir quelques nouveaux détails.

— M. de Sinity rappelle que dans un travail publié en 1873 il a montré que, contrairement à l'opinion de beaucoup d'auteurs, la présence du sucre dans l'urine n'est nullement un fait constant chez les femmes enceintes et les nourrices. Il a pu fixer les conditions exactes sous l'influence desquelles le phénomène se produit, en faisant apparaître et cesser à volonté la glycosurie, selon que l'allaitement est suspendu ou continué. Dans la plupart des cas publiés par M. de Sinity, la quantité de sucre trouvée dans l'urine était peu considérable. Il a eu l'occasion d'observer, il y a peu de jours, chez une femme qui avait cessé d'allaiter depuis trois jours, une urine qui contenait 8^o,9 de sucre par litre d'urine. Cette femme présentait une soif intense et son état de santé était du reste excellent, malgré un gonflement considérable des seins. Quatre jours après il n'y avait plus de lait dans les mamelles et l'urine ne contenait plus trace de sucre.

Cette observation, qui confirme les idées déjà suivies par l'auteur, est intéressante à tous points de vue, d'abord à cause de la quantité énorme de sucre contenue dans l'urine ; ensuite la soif, phénomène si fréquent chez les nourrices, présentait cette particularité, qu'elle était presque nulle quand la femme allaitait et qu'elle s'était surtout développée depuis que la dépense de liquide était supprimée. Elle paraissait donc en rapport avec la glycosurie.

Enfin il est curieux de voir une femme qui rendait 12 à 14 grammes de sucre dans les vingt-quatre heures, n'en plus présenter aucune trace au bout de quatre jours.

— M. A. Moreau, au nom de M. Philippeau, rapporte le fait de tiges de renoncules qui ont continué à croître après avoir été coupées, et tandis qu'elles étaient plongées dans un vase rempli d'eau.

— M. Gellé montre des dessins qui reproduisent les faits qu'il a exposés dans la précédente séance, et donne quelques renseignements sur les sujets dont provenaient les oreilles qu'il a examinées.

A ce propos M. Parrot rappelle le travail de MM. Barreti et J. Renaud (1869), qui ont montré qu'il existait toujours une

affection de l'oreille moyenne chez les enfants qui souffrent du tube digestif.

— M. Glénard présente un appareil au moyen duquel il est très-facile de démontrer l'indépendance de la voix et de la parole. Il prononce les voyelles, les consonnes, et même des phrases en introduisant dans la bouche l'extrémité d'un soufflet spécial qui fournit l'air sans se servir du larynx.

— M. Drouin, au moyen d'une expérience bien conduite, montre que quand la quantité de lumière verte est la même, ainsi que l'angle visuel et l'éclairage, le diamètre de la pupille ne varie pas avec l'accommodation.

M. Poncet fait observer que dans l'examen ophthalmoscopique, où la quantité de lumière est la même, il y a cependant rapport entre la pupille et le degré d'accommodation.

— M. Brawn, à la suite de la ligature des vaisseaux du cordon, a observé des altérations des tubes séminifères et de l'épididyme.

II. CII.

REVUE DES JOURNAUX

Sur la taxine, alcaloïde toxique des feuilles et des semences de l'if (*Taxus baccata*), par le docteur MANNÉ.

L'étude des alcaloïdes s'étend chaque jour, et sous l'influence des recherches assidues des physiologistes et des chimistes, les alcaloïdes connus se multiplient. Comme médicaments, ils sont destinés à remplacer les extraits, les teintures, etc., toutes préparations pharmaceutiques qui, sans parler des autres inconvénients, ont surtout celui d'être mal dosées. Il est donc de notre devoir de faire connaître tout alcaloïde récemment découvert ou étudié. Tel est le cas de la taxine.

Pour obtenir cette substance, on réduit en poudre les semences de l'if (*Taxus baccata*), on les épuise à plusieurs reprises par l'éther sulfurique ; on distille ensuite pour chasser l'éther et l'on reprend le résidu par l'eau acidulée ; on précipite alors par l'ammoniaque, ce qui donne un précipité blanc floconneux, la taxine. Lavé et séché sur l'acide sulfurique, cet alcaloïde se présente sous la forme d'une poudre cristalline, odorante, très-amère, peu soluble dans l'eau, plus soluble dans l'eau acidulée, l'alcool, l'éther, le chloroforme et le sulfure de carbone. Elle se colore en rouge par l'acide sulfurique ; elle est dissoute sans changement de couleur par les acides azotique, phosphorique, chlorhydrique.

Les réactifs des alcaloïdes donnent avec la taxine le précipité caractéristique. Elle ne précipite pas par les chlorures d'or et de platine, ni par le sublimé. Jusqu'ici on n'a pas obtenu de sels cristallisés de taxine.

La taxine est plus abondante dans les feuilles que dans les semences de l'if.

5 à 6 milligrammes injectés sous la peau du dos d'une grenouille la tuent en quelques heures. Dans la veine jugulaire, 25 à 30 milligrammes font mourir un chien en une demi-heure, 30 à 40 milligrammes un chat dans le même temps.

L'auteur ne donne pas plus de détails sur le mode d'action de cette substance. C'est une étude à faire complètement. (*Centralblatt für die medicinisch. Wissens.*, 1876, n^o 6, p. 97 ; et *Rev. des sc. médic.*, 1876, t. VII, p. 537.)

Empoisonnement par le nitrobenzol ; mort, par MM. les docteurs SCHUMACHER et SPAENGLER.

Chaque jour les produits chimiques extraits de la houille trouvent dans l'industrie des applications plus nombreuses ; il est donc très-intéressant de mettre en garde contre les

accidents qu'ils peuvent produire. C'est dans ce but que nous analysons brièvement le fait suivant :

Il s'agit d'un enfant de sept ans qui absorba une quantité indéterminée de nitrobenzol. Presque aussitôt il fut pris de vomissements abondants et répétés et tomba bientôt dans un état comateux qui dura jusqu'à la mort. Les matières vomies exhalaient une très-forte odeur d'amandes amères, et à l'autopsie les viscères répandaient la même odeur. Le sang était très-diffus et d'un rouge sombre, mais au contact de l'air il redevint promptement rutilant. Le cœur droit, les grosses veines, les sinus de la dure-mère, l'encéphale et les poumons étaient fortement gorgés de sang. Il existait de plus de nombreuses ecchymoses sous la plèvre, sous les muqueuses de l'estomac et de l'intestin grêle. (*Wiener medicinische Woch.*, 1875, n° 12; et *Rec. des sc. med.*, 1876, t. VII, p. 551.)

De l'hémorrhagie valvulaire chez les nouveau-nés, par le docteur J. CULLINGWORTH (de Manchester).

Le docteur Cullingworth a récemment observé deux cas d'hémorrhagie valvulaire chez des petites filles, l'une âgée de quatre, l'autre de cinq jours; dans le premier cas l'hémorrhagie dura quatre jours et ne donna lieu à aucun autre symptôme; dans le second, elle dura deux jours et fut précédée de malaise et d'un peu de fièvre. Dans les deux cas, l'hémorrhagie ne fut suivie d'aucun accident et ne s'est pas renouvelée; la santé des enfants ne s'en est nullement ressentie. La quantité de sang écoulee était peu considérable et un examen attentif a démontré que l'écoulement ne provenait pas de la vulve, mais bien des organes génitaux internes.

L'auteur a fait une étude attentive de la question et a pu réunir trente-deux observations dans lesquelles l'hémorrhagie valvulaire s'était manifestée chez des petites filles âgées de un jour à six semaines. Il est arrivé à conclure que cet écoulement sanguin qui inquiète beaucoup les familles n'a aucune importance; il l'arrête de lui-même et n'exige que des soins de propreté. Olivier d'Angers qui avait observé assez souvent cette hémorrhagie l'avait considérée comme un prélude de la fonction qui doit s'établir à la puberté, mais c'est là une supposition que rien ne justifie et qui ne pourrait sérieusement s'appuyer que sur l'examen anatomique des organes et sur la reproduction périodique de l'écoulement.

La seule explication plausible de ce phénomène a été fournie par le docteur Camerer de Langenau. Si la ligature du cordon ombilical, dit cet auteur, est pratiquée avant le complet établissement de la circulation pulmonaire, le sang, qui avait été jusqu'à ce moment entraîné des vaisseaux iliaques dans ceux du cordon, se trouve nécessairement refoulé dans le bassin où il produira une plethore locale. Or, comme la circulation générale n'est pas encore bien régulière et bien active, il peut arriver que ce sang trouve une issue par les intestins ou par les organes génitaux. C'est à cette explication qui s'applique à l'hémorrhagie valvulaire et à l'hémorrhagie intestinale des nouveau-nés que se rattache le docteur Cullingworth. (*Liverpool and Manchester medical and surgical Reports*, vol. IV, 1876.)

Absence congénitale du radius, par le docteur LENOX HODGE.

Sur un sujet apporté dans les salles de dissection de l'Université de Pensylvanie, on constata l'absence totale du radius. Le cubitus présentait un ocléran très-distinct ainsi qu'une apophyse coronoïde et une cavité sigmoïde et son articulation avec l'humérus ne présentait rien d'anormal. Les muscles pronateurs, extenseurs et fléchisseurs du pouce et de la portion radiale du corps étaient absents. Le pouce

n'avait qu'un petit faisceau musculaire qui prenait son insertion sur le troisième métacarpien.

La veine céphalique était absente, mais on trouva deux grandes veines sur le bord interne du bras : l'une qui occupait la position de la basilique, l'autre qui accompagnait l'artère brachiale. Un peu au-dessous du coude, l'artère brachiale donnait naissance à la radiale qui alimentait les muscles de la région externe de l'avant-bras. L'artère cubitale, simple continuation de la brachiale, alimentait les muscles de la région interne et formait les arcades palmaires superficielles et profondes de la main. On ne trouva pas de traces du nerf radial à partir du coude.

Ce cadavre qui ne présentait aucune autre anomalie paraissait avoir appartenu à un homme de soixante-dix ans. (*Philadelphia medical Times*, 5 février 1876.)

BIBLIOGRAPHIE

Handbuch der Allgemeinen Pathologie u. Therapie, als Einleitung in das Klinische Studium u. die aertliche Praxis, par H. LEBERT. — Tübingen, 1876, seconde édition.

Le professeur Lebert est bien connu des lecteurs français. Travailleur infatigable, il a su mener de front des recherches spéciales de zoologie et de botanique avec des travaux de premier ordre sur l'anatomie et la physiologie pathologiques, la clinique des maladies de l'appareil respiratoire, etc. La deuxième édition de son *Traité de pathologie et de thérapeutique générales* est une œuvre qui résume un labeur de plus de vingt années. La pathologie générale, comme il le dit lui-même, est la partie la plus belle, mais aussi la plus difficile de la médecine; elle ne se borne pas en effet à l'étude des phénomènes, elle cherche encore à pénétrer la nature intime et les causes des processus morbides. Les problèmes qu'elle soulève, tels que la nature de l'inflammation et de la fièvre, le rôle des diathèses et de l'infection dans la genèse des maladies, ont déjà préoccupé bien des générations médicales et enfanté de nombreuses théories dont la plupart n'ont plus qu'un intérêt historique. On néglige peut-être trop aujourd'hui la lecture des péres de la médecine; mais ce qui rend leurs ouvrages immortels, ce ne sont pas leurs discussions surannées sur l'humorisme et le solisme, sur l'anémisme et le vitalisme; ce sont, comme on l'a dit tout récemment à cette place même, leurs descriptions magistrales des maladies et leurs observations originales sur le pronostic et le traitement. La pathologie générale n'a pas fait son temps comme le pensent certains esprits étroits; seulement elle ne se perd plus comme autrefois dans les hasards nuageux de la métaphysique: elle serre aujourd'hui les faits de près. Les progrès récents de l'anatomie pathologique, de l'exploration clinique et de la statistique médicale lui ont fourni une base vraiment scientifique. Aucune de ces branches d'informations ne doit être négligée; mais toutes doivent être subordonnées à la clinique, qui est en définitive, suivant l'expression de M. Lebert, le *vrai champ d'activité du médecin*. C'est à cette condition seulement qu'on évitera les généralisations prématurées et le charlatanisme scientifique.

L'ouvrage du professeur Lebert est divisé en trois parties bien distinctes. La première est consacrée à la *constatation et à l'analyse des faits* en médecine; elle a été peu changée dans la seconde édition. Nous y relevons seulement le point de vue de l'auteur; pour lui comme pour toute l'idée moderne, la *maladie* n'est qu'une modification de l'état physiologique normal, une rupture de l'équilibre qui caractérise la santé. On ne croit plus aujourd'hui aux *entités* morbides.

Après avoir étudié les qualités nécessaires au médecin, le professeur Lebert ajoute quelques remarques pleines d'actualité: « Le nombre des observateurs exacts, possédant à la fois des connaissances étendues et variées, est rare aujourd'hui ».

» d'hui. Les uns ont une prédilection pour les méthodes physiques d'examen des malades ; d'autres s'inquiètent peu de ce qui a été observé pendant la vie, et se contentent de renseignements superficiels ou incomplets, pourvu qu'ils puissent faire une autopsie minutieuse et exacte ; d'autres encore ne s'occupent que de l'analyse des urines ou de l'examen microscopique des sécrétions, ou bien de recherches thermométriques accompagnées de couches innombrables. » Toutes ces méthodes sont excellentes, et même indispensables ; mais celui-là seul mérite le nom de médecin observateur, qui ne néglige au lit du malade aucune source d'informations et les complète à l'amphithéâtre par de patientes recherches soit à l'œil nu, soit à l'aide du microscope. »

La seconde partie de l'ouvrage renferme l'étude des *grands processus morbides*. La plupart des chapitres qui la composent ont été entièrement refondus ; ils présentent sous une forme claire et lucide l'état actuel de la science sur la fièvre et les crises, sur l'inflammation, sur l'œdème, sur les hémorrhagies, sur les tumeurs, etc. Chaque article est accompagné de considérations thérapeutiques, basées à la fois sur l'expérience et les indications rationnelles. Ainsi, à propos de l'inflammation, l'auteur trace les préceptes qui doivent guider le médecin dans l'emploi des principales méthodes, telles que la saignée, le froid, les sédatifs, les toniques, les révulsifs ; à propos de l'hydropisie il passe successivement en revue l'influence des eures de lait, des diaphorétiques, des purgatifs et des diurétiques.

La troisième partie de l'ouvrage est consacrée à l'étiologie générale des maladies ; elle est dominée par deux facteurs importants : l'un propre à l'organisme qui est la *diathèse*, l'autre qui lui vient du dehors, l'*infection*. L'auteur admet des prédispositions morbides spéciales à certains tissus, comme la diathèse lipomatéuse ; d'autres propres à certains organes, comme la diathèse variqueuse, hémorrhoidale, anévrysmale. Il en est qui affectent l'organisme tout entier, telles que la tuberculose, le cancer, la goutte ou le rhumatisme. A propos de l'infection, le professeur Lebert arrive à la conclusion que le *parasitisme* est l'explication la plus probable, soit de la nature, soit de la genèse des maladies infectieuses. Cette question est encore très-obscur ; néanmoins, d'après de récents travaux sur la fièvre récurrente, sur l'infection purulente, sur la variole, etc., on peut admettre avec quelque vraisemblance que toutes les maladies infectieuses sont dues à la pénétration dans le corps humide et à la multiplication très-rapide d'organismes inférieurs infiniment petits. Ces *vibrions* ou ces *micrococci* agiraient sur le sang et les humeurs comme des ferments et détermineraient la formation de produits d'oxydation, de désoxydation et de transformation moléculaire. Ces modifications cliniques de la crasse du sang se traduisent par de la fièvre et par un trouble plus ou moins profond de toutes les fonctions. Si les produits morbides sont éliminés et s'il se forme dans l'organisme un milieu défavorable à la végétation parasitaire, la maladie tend vers la guérison ; dans le cas contraire, le malade succombe à l'empoisonnement. Tel est le rôle qu'on peut assigner aujourd'hui au parasitisme dans les maladies infectieuses ; mais toute conclusion définitive à cet égard serait prématurée.

En résumé, l'ouvrage du professeur Lebert marque une étape importante dans la marche de la science et sera consulté avec fruit par les médecins praticiens, aussi bien que par les étudiants.

P^r D'ESPINE (de Genève).

VARIÉTÉS

LA MORT DU SULTAN ABDUL-AZIZ.

Si la nouvelle de la mort du sultan Abdul-Aziz a causé peu de surprise, l'idée d'un suicide n'a guère rencontré qu'incrédulité, particulièrement en France et en Angleterre. Nos confrères anglais surtout ont exprimé une opinion que nous n'oserions

cependant partager, malgré l'obscurité qui a entouré cette affaire. Nous devons nous contenter de faire remarquer que le rapport médico-légal qui nous a été transmis par le télégraphe est tout à fait insuffisant et ne permet nullement de conclure à un suicide. Dans un cas de cette importance et où les soupçons ne pouvaient manquer de s'élever, il était indispensable de procéder à un examen *post mortem* des plus détaillés. Au lieu de cela on nous présente une description fort incomplète de l'aspect extérieur du corps. On en jugera par l'exposé suivant :

1^o Une plaie de 5 centimètres de longueur, à bords irréguliers et déchiquetés, située au-dessous du pli du coude gauche. La blessure, faite par un instrument tranchant, avait été faite de dedans en dehors et de haut en bas ; elle avait ouvert l'artère cubitale et quelques veines superficielles.

2^o Au pli du coude droit une autre plaie oblique d'environ 2 centimètres de longueur. La veine seulement avait été ouverte, l'artère était intacte.

3^o Traînées de sang sur les bras et les jambes.

Une paire de ciseaux d'environ 10 centimètres de longueur aurait été employée pour produire ces blessures. Le rapport nous dit qu'ils étaient très-tranchants, qu'ils étaient tachés de sang et qu'une des branches présentait un petit reulement à son extrémité. Mais le rapport ne fournit aucun renseignement sur la quantité de sang trouvée près du cadavre, ce qui était d'une grande importance, puisqu'il s'agit d'une mort par hémorrhagie. Il ne parle pas non plus de l'état des viscères, ce qui eût permis d'éliminer les soupçons malveillants et d'affirmer que l'ex-souverain n'a été ni asphyxié ni empoisonné.

C'est d'après cette description imparfaite que dix-neuf médecins de nationalité différente sont arrivés à conclure à l'*unanimité* : 1^o que la mort du sultan Abdul-Aziz a été occasionnée par une hémorrhagie provenant de l'artère cubitale ; 2^o que les ciseaux trouvés près du cadavre ont pu produire les blessures observées sur les bras ; 3^o que la direction et la nature des blessures, ainsi que l'instrument qui les a produites, permettent de conclure au suicide.

Comme le fait remarquer un de nos confrères anglais (*British Medical Journal*), on ne peut admettre, d'après le rapport, que la deuxième conclusion, à savoir : que les blessures des bras ont été faites avec les ciseaux. Quant aux deux autres conclusions, elles sont loin de ressortir des faits.

La rupture de l'artère cubitale peut certainement produire la mort par hémorrhagie ; mais s'il en est ainsi l'hémorrhagie durera nécessairement longtemps, et l'on devra trouver près du cadavre une quantité considérable de sang. Il y a également lieu de supposer que la brusque rupture d'un vaisseau de ce calibre produirait un jet de sang dont on aurait dû retrouver les traces à une certaine distance du corps. D'un autre côté, la disposition des blessures et leur direction ne prouvent pas qu'elles aient été faites par la main du sultan et permettent aussi facilement de conclure à l'assassinat qu'au suicide ; il est même assez difficile d'admettre qu'Abdul-Aziz, après s'être fait une énorme blessure sur le bras gauche, ait pu se servir de ce même bras pour faire la blessure du côté opposé. La chose n'est cependant pas impossible.

On pourrait encore ajouter que le caractère apathique du sultan, son attachement à la religion musulmane, l'indifférence avec laquelle il avait supporté les derniers événements, sont autant de raisons qui éloignent l'idée d'un suicide. Mais ce sont là des appréciations d'un autre ordre et qui ne sauraient entrer dans notre cadre ; nous avons simplement voulu faire ressortir l'insuffisance du rapport des médecins de Constantinople et établir que ce document n'est pas de nature à dissiper les soupçons qu'a fait naître chez beaucoup de gens la mort tragique de l'ex-sultan.

J. L.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.
(5^e session, du 18 au 27 août 1876, à Clermont-Ferrand.)

La date d'ouverture du Congrès a été fixée au 18 août. Le bureau s'est mis en relation directe avec les membres que l'Association comptait déjà à Clermont-Ferrand, et, sur leur proposition, a présenté au conseil d'administration la liste des personnes devant constituer le comité local.

Le bureau est ainsi composé : MM. Bardoux, président du conseil général du Puy-de-Dôme, ancien sous-secrétaire d'Etat, président ; Moïnier, maire de Clermont, vice-président ; Léon de Chazelles, président de l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de

Clermont-Ferrand, vice-président; Aubergier, doyen de la Faculté des sciences, vice-président; Alluard, professeur à la Faculté des sciences, directeur de l'Observatoire du Puy-de-Dôme, secrétaire général; Gruey, professeur à la Faculté des sciences; le docteur Petit; Labussière, avocat; Bergoumbioux, chef des travaux chimiques à l'École de médecine.

Parmi les membres du comité local, nous remarquons les membres ci-après du *corps médical*: MM. Victor Fleury, directeur de l'École de médecine et de pharmacie; Pierre Bertrand, ancien directeur de l'École de médecine de Clermont, inspecteur honoraire du Mont-Dore; Alanore, pharmacien; Baraduc, docteur médecin à Montaigut; Blatin, professeur à l'École de médecine; Bourgade, professeur à l'École de médecine; Bourgade fils; Dourif, professeur à l'École de médecine; Fredet, docteur médecin, professeur à l'École de médecine; Gagnon, professeur à l'École de médecine; Georges Garnon; Gautier-Lacroze, pharmacien; Gonod, pharmacien en chef des hospices; Huguet, professeur à l'École de médecine et de pharmacie; Lamotte, directeur du jardin des plantes, professeur à l'École de médecine et de pharmacie; Ledru, professeur à l'École de médecine; Nivet, professeur à l'École de médecine; Tardieu, docteur médecin, membre du conseil général; Tixier, professeur à l'École de médecine.

Le conseil d'administration de l'Association s'est réuni les 10 novembre 1875, 31 janvier et 21 avril 1876. La dernière séance a eu lieu, ainsi que le prescrit le règlement, pendant les vacances de Pâques. Dans la séance du 10 novembre, le Conseil, en conformité des articles 11, 12, 13, 14 et 15 du règlement, a procédé à la nomination des commissions permanentes, qui sont composées ainsi qu'il suit :

Commission de publication: MM. Arson, Hureau de Villeneuve, de Quatrefoies, de Saporta. — *Commission des finances*: MM. Gruner, Bouvet, Ferrier, Vaillant. — *Commission d'organisation de la session*: MM. Chantre, Ferrier, Vaillant, Wurtz. — *Commission des subventions*: MM. Mannheim, Em. Lemoine, Bourdelles, Bergeron, Cornu, Dumas, d'Almeida, Des Cloizeaux, Bailion, Ghatin, Broca, Nary, Deberain, de Marsy, d'Elchal.

Dans sa séance du 31 janvier 1876, le conseil d'administration, sur la proposition de la commission des subventions, a voté diverses subventions pour l'année 1874.

Les personnes qui désiraient faire des communications au Congrès de Clermont-Ferrand sont invitées à faire parvenir l'indication du sujet qu'elles veulent traiter à l'un des secrétaires: M. C.-M. Gariel, secrétaire du Conseil, 76, rue de Rennes, à Paris, ou M. Alluard, directeur de l'Observatoire météorologique du Puy-de-Dôme, secrétaire général du comité local à Clermont-Ferrand.

Les membres de l'Association recevront tous les renseignements sur la session de Clermont-Ferrand, alors que le programme en aura été complètement arrêté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. Concours pour la nomination à deux places de chefs de clinique médicale et à une place de chef de clinique d'accouchements. — Un concours public pour la nomination à deux places de chefs de clinique médicale et à une place de chef de clinique d'accouchements aura lieu cette année dans le courant du mois de juillet. Le jour de l'ouverture de ce concours sera ultérieurement fixé. Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine âgés de moins de trente-quatre ans. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, du 15 juin au 10 juillet prochain, d'une heure à quatre heures.

— **COURS LIBRES (1^{er} semestre de l'année scolaire 1876-1877).** Avis. — Le doyen de la Faculté de médecine de Paris a l'honneur d'informer MM. les docteurs en médecine qui désirent faire des cours libres à l'École pratique pendant le premier semestre de l'année scolaire 1876-1877, qu'ils doivent en adresser la demande à M. le ministre de l'Instruction publique, par l'intermédiaire de la Faculté, avant le 1^{er} juillet prochain. Ils voudront bien indiquer dans leur demande la nature du cours qu'ils ont l'intention de faire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Pajot, professeur d'accouchements, est autorisé à se faire suppléer, durant le deuxième semestre de la présente année scolaire, par M. Charpentier, agrégé près ladite Faculté. — M. le docteur Hubert est autorisé à faire, à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris, un cours public de pathologie externe appliquée aux maladies des yeux.

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL. — Au concours pour deux places de médecins, sont admissibles, sur trente candidats qui se sont

présentés à ce concours, les huit candidats suivants dans leur ordre de placement: MM. Dieulafoy, Strauss, Huchard, Quinquand, Lacombe, Gougenheim, Ruck et Choupe. — Le concours pour deux places de chirurgiens vient de se terminer par la nomination de MM. Terrillon et Marchand.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Fuster, professeur de thérapeutique et matière médicale à la Faculté de médecine de Montpellier, est autorisé à se faire suppléer par M. Eustache, agrégé près ladite Faculté, pendant le second semestre de l'année scolaire 1875-76.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — Sont nommés, pour une période de deux années, chefs de clinique, les docteurs en médecine, anciens internes des hôpitaux, dont les noms suivent, savoir: Clinique obstétricale, M. Jagou-Bailly; clinique chirurgicale (1^{re} chaire), M. Bousquet; clinique médicale (2^e chaire), M. Vidal; clinique chirurgicale (1^{re} chaire), M. Garcin; clinique médicale (2^e chaire), M. Fallo.

M. Richard, bachelier ès-lettres et ès-sciences, est nommé préparateur de chimie et de pharmacie à l'École de plein exercice de Marseille.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — Le concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques, fixé au 9 novembre 1876, par arrêté du 29 avril, aura lieu le 2 août-prochain.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — Un concours est ouvert pour un emploi de suppléant des chaires de chimie et d'histoire naturelle. — L'ouverture de ce concours est fixée au 4 décembre 1876.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE, A PARIS. — Concours public pour la nomination à deux places de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. Ce concours sera ouvert le jeudi 3 août 1876, à quatre heures, à l'amphithéâtre d'anatomie, rue du Fer-à-Moulin, 17. MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'Administration, à partir du lundi 3 juillet jusqu'au mercredi 19 du même mois inclusivement, de onze heures à trois heures.

ASSOCIATION FRANÇAISE. — Par un décret du Président de la République française, en date du 9 mai 1876, sur le rapport du ministre de l'Instruction publique et des beaux-arts, l'Association française pour l'avancement des sciences est reconnue comme établissement d'utilité publique.

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DANS LES FACULTÉS DE L'ÉTAT. — Parmi les projets d'amélioration de l'enseignement supérieur que M. le ministre de l'Instruction publique veut faire prévaloir, nous signalerons le suivant: M. Waddington voudrait favoriser l'établissement en France d'un enseignement fait par des *maîtres de conférences* près des Facultés de l'Etat, Facultés des lettres, des sciences, de droit, de médecine. Ces maîtres de conférences seraient comparables aux *privat docenten* des Universités allemandes; seulement, tandis que les *privat docenten* allemands sont directement payés par leurs élèves, en France, en raison de notre système de rétribution scolaire par les inscriptions, c'est l'Etat qui rétribuerait les maîtres de conférences en leur donnant 2200 francs d'appointements annuels. On commencerait dès l'année prochaine à créer auprès des Facultés, surtout dans les villes de province qui sont appelées à devenir des centres scientifiques, comme Lyon, Bordeaux, Lille, Nantes, soixante-dix places de maîtres de conférences. Le ministre choisirait, pour remplir ces fonctions, des professeurs agrégés ou des docteurs, sur l'avis donné par la Faculté. Pour subvenir au traitement de ces maîtres de conférences, le ministre de l'Instruction publique demande l'inscription au budget de 1877 d'une somme de 175 000 francs. (*Revue politique et littéraire.*)

ACCIDENT DES COURSES. — Parmi les victimes de l'accident de dimanche dernier se trouve M. le docteur Leven. Notre honorable confrère a eu deux côtes fracturées et l'on a constaté un épanchement traumatique dans la plèvre. Nous sommes néanmoins heureux d'annoncer que son état ne présente actuellement aucun danger.

SIR WILLIAM FERGUSSON. — Nous sommes benheureux d'apprendre que la santé de l'illustre chirurgien a subi une notable amélioration. Le dernier bulletin de MM. Johnson et Pagel est tout à fait satisfaisant.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous signalons l'apparition des ARCHIVIO CLINICO DEI MEDICI CONDOTTI ITALIANI à Rome, et du CENTRO PHARMACUTICO PORTUGUEZ, à Porto.

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret en date du 6 juin 1876, ont été nommés au grade de chevalier, M. Bouchard (Henri-Désiré-Abel), médecin-major de 1^{re} classe au 69^e régiment d'infanterie, et M. Cheval (Julien-Elisée), médecin de 1^{re} classe de la marine.

ÉPIZOOTIE. — Par arrêté du 29 mai dernier, le comité consultatif des épizooties institué près du ministère de l'agriculture et du commerce a été composé comme il suit :

Membres de droit : MM. Ozenne, conseiller d'État, secrétaire général du ministère ; Portier, directeur de l'agriculture ; Bouley, membre de l'Institut, inspecteur général des écoles vétérinaires ; Fauvel, inspecteur général des services sanitaires ; Reynal, directeur de l'École vétérinaire d'Alfort.

Membres nommés : MM. Léon Renault, député, membre de la Société centrale de médecine vétérinaire ; Collignon, conseiller d'État ; Tisserand, inspecteur général de l'agriculture ; Jousseau, avocat à la Cour d'appel ; Dailly, membre de la Société centrale d'agriculture de France ; Hugot, vétérinaire principal de l'armée, membre du comité d'hygiène hippique ; Leblond, sous-chef de bureau au ministère, secrétaire.

FIÈVRE JAUNE. — Le dernier numéro de la *GAZETTA MEDICA* de Bahia nous apprend que la fièvre jaune règne à Rio-Janeiro depuis trois mois. Le personnel du paquebot transatlantique la *Girondo* vient d'en éprouver les atteintes pendant sa dernière traversée de Rio à Buenos-Ayres. Plusieurs personnes ont succombé, et nous trouvons le médecin du bord, M. le docteur Bourech, parmi les premières victimes. Notre confrère navigait depuis longtemps et il avait même contracté dans les mers de l'Inde une dysenterie dont il se ressentait encore. A Rio, il crut pouvoir sans inconvénient visiter la ville, et ce fut là le point de départ de la maladie à laquelle il succomba après six jours. Le maître d'hôtel du bord a également succombé. Deux officiers et un homme de l'équipage, qui, gravement atteints, ont été placés au lazaret de Flores, sont maintenant hors de danger. Toutes les précautions nécessaires ont été prises à Buenos-Ayres. Les malades ont été isolés des autres passagers soumis à la quarantaine et le gouvernement, qui surveille les ports et les côtes au moyen des capitaines de port et des conseillers de santé, cherche à prévenir tous les moyens qui à son sens mettroient la population à l'abri de toute contagion. (*Bordeaux médical.*)

EMPOISONNEMENT. CONDAMNATION DE MÉDECIN. — Ellen Snee, par des annonces, était entrée en correspondance avec le docteur Vance. Se disant atteinte d'une maladie incurable, elle lui demandait du poison pour mettre fin à ses jours. Les deux accusés correspondaient sans se voir et adressaient leurs lettres poste restante. L'une de ces lettres, n'ayant pas été réclamée, fut ouverte à la poste. On y découvrit la preuve d'un complot ayant pour but d'empoisonner une personne qui n'était pas désignée, probablement le mari d'Ellen Snee. Les deux prévenus furent aussitôt arrêtés. Vance se défendit en disant qu'il était persuadé que son correspondant voulait simplement se suicider. Ellen Snee prétendit de son côté que le poison lui était destiné. Mais le jury les a trouvés coupables tous les deux ; il les a recommandés cependant à la clemence de la Cour : Vance à cause de ses bons antécédents, Ellen Snee à cause de son état malade et de l'inconduite de son mari. Le magistrat, prenant ces faits en considération, a condamné Vance à dix-huit mois de prison et Ellen Snee à six mois seulement.

STATISTIQUE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE. — Le nombre des étudiants en médecine, dans les universités où l'enseignement se fait en langue allemande, est : à Vienne, de 820, chiffre le plus élevé ; à Würzburg, 548 ; à Leipsick, 428 ; à Dorpat, 353 ; à Munich, 347 ; à Berlin, 263 ; à Greifswald, 218 ; à Graz, 211 ; à Zurich, 197 ; à Erlangen, 161 ; à Breslau, 160 ; à Tubingue, 157 ; à Berne, 151 ; à Königsberg, 148 ; à Bonn, 123 ; à Göttingue, 123 ; à Marbourg, 122 ; à Fribourg, 120 ; à Halle, 112 ; à Heidelberg, 87 ; à Giessen, 84 ; à Bâle, 82 ; à Iéna, 75 ; à Innsprück, 69 ; à Kiel, 64 ; à Rostock, 36. A l'Université de Strasbourg, le nombre des étudiants en médecine est de 491. Dans ce nombre, le contingent de l'Autriche est de 1,100 ; celui de la Suisse ; de 430 ; celui des provinces baltiques ; de 353 ; le reste : 1,271, appartient à l'Empire allemand. Le journal fait remarquer que l'Autriche, en ses trois Universités, a presque autant d'étudiants que l'Allemagne dans ses vingt établissements universitaires. Parmi ces derniers, l'Université de Berlin n'occupe que la 4^e place ; celle de Bonn, la 12^e ; celle de Halle est complètement distancée et dépassée par Greifswald, qui occupe le 5^e rang. Le nombre de tous les étudiants en médecine est de 3,154. (*Gazette d'Augsbourg.*)

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. le docteur Villette de Terzé, chevalier de la Légion d'honneur, âgé de soixante-seize ans.

État sanitaire de Paris :

Du 2 au 8 juin 1876, on a constaté 860 décès, savoir :

Variolè, 13. — Rougeole, 42. — Scarlatine, 2. — Fièvre typhoïde, 15. — Erysipèle, 8. — Bronchite aiguë, 26. — Pneumonie, 67. — Dysentérie, 3. — Diarrhée cholériforme des enfants, 4. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 7. — Croup, 12. — Affections puerpérales, 4. — Autres affections aiguës, 196. — Affections chroniques, 384, dont 174 dus à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 51. — Causes accidentelles, 26.

SOMMAIRE. — HISTOIRE ET CRITIQUE. De l'hémianesthésie et de l'hémichlorose. — CLINIQUE CHIRURGICALE. Clinique de la Pitié. Cas de tétanos vainement traité par le chloral ; examen des causes de la mort. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de biologie. — REVUE DES JOURNAUX. Sur la ténine. — Empoisonnement par le nitrobenzole. — De l'hémorrhagie vulvaire chez les nouveau-nés. — BULLÉTIERS. — VARIÉTÉS. La mort du sultan Abdul-Aziz. — Association française pour l'avancement des sciences.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

- De la médication marine, ses indications, ses contre-indications, ses avantages dans le traitement de la glycosurie*, par le docteur Hérouin. 1 vol. in-18. Paris, P. Asselin. 3 fr. 50
- De la bronchite pseudo-membraneuse chronique*, par le docteur Lucas-Championnière. In-8 avec planche. Paris, P. Asselin. 2 fr. 50
- Clinique thermo-minérale de Nérès* (2^e fascicule : De l'action médiate des eaux de Nérès dans les maladies du système nerveux), par le docteur F. de Ranse. Paris, P. Asselin. 1 fr. 50
- Grossesse et maladies du cœur*, par le docteur Berthiot. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 2 fr.
- Des grossesses prolongées*, par le docteur Schmit. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 2 fr.
- Mort apparente et victimes ignorées*, par le docteur Boillet. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 1 fr.
- Clinique ophthalmologique de l'hospice des Quinze-Vingts*, compte rendu statistique des opérations pratiquées pendant l'année 1874, par le docteur Fienzal. 1 vol. in-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 3 fr. 50
- Du traitement de l'obésité aux eaux de Brides (Savoie)*, par le docteur Philbert. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 50 c.
- Aide-mémoire de médecine militaire*, recueil de notes sur l'hygiène des troupes, les substances militaires, etc., par le docteur Hermant. 4 vol. in-12. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 5 fr.
- Le cerveau et ses fonctions*, par le docteur J. Luys. 1 vol. in-8, avec figures dans le texte. Paris, Germer Baillière. Cart. à l'angl. 6 fr.
- Nouveaux formules magistral*, précédée d'une notice sur les hôpitaux de Paris, de généralités sur l'art de formuler, etc., par le professeur A. Bouchardat. 1 vol. gr. in-32. 20^e édit. revue et augmentée. Paris, Germer Baillière. Broché. 3 fr. 50
- Notice sur l'émulsion du coaltar saponné, antiseptique puissant cicatrisant les plaies*, par Lucien Lebeuf fils, pharmacien. 1875. In-8 de 90 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 75 c.
- Du frisson (pathogénie et nature), sa valeur sémiologique pendant l'état puerpéral*, par le docteur Stoicenco. 1876. In-8, avec 35 tracés thermo-sphygmiques. Paris, Al. Coccoz. 4 fr.
- Des altérations du système utérin, et particulièrement des règles, chez les phthisiques*, par le docteur Ladmiral. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 1 fr. 50

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOLLET

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 22 juin 1876.

Académie de médecine : LE SPIROPHORE DE M. WOILLEZ. —
Société académique de Nantes : INTOXICATION SATURNINE :
 D' ROUXEAU. — LE COMMERCE DES VIANDES DE BOUCHERIE.

Le spirophore de M. Woillez.

M. le docteur Woillez vient de présenter à l'Académie de médecine un nouvel appareil qui lui paraît destiné à remplacer avec avantage tous les procédés imaginés jusqu'à ce jour pour combattre l'asphyxie. Cet appareil, que nous venons de voir fonctionner à l'hôpital de la Charité et dont on trouvera la description au BULLETIN DE L'ACADÉMIE, se compose essentiellement d'un cylindre de tôle à base elliptique assez volumineux pour recevoir le corps d'un individu en état de mort apparente, et que l'on veut chercher à rappeler à la vie. Ce cylindre fermé à sa partie inférieure est recouvert à sa partie supérieure d'un couvercle percé en son centre d'un orifice circulaire par où passe la tête du sujet. Le corps de celui-ci est donc renfermé à l'intérieur de l'appareil tandis que sa tête reste au dehors et qu'une toile imperméable est enroulée et aussi solidement que possible maintenant par un aide autour de son cou. On peut dès lors commencer la manœuvre qui consiste à aspirer à l'aide d'une pompe de la capacité de 20 litres environ une partie de l'air contenu dans l'appareil, et, après quelques secondes, à refouler cet air dans l'intérieur du spirophore. Ces mouvements alternatifs d'aspiration et de refoulement de l'air sont reproduits aussi fréquemment qu'il est nécessaire. Quel en est le résultat ? Au moment où l'on aspire une partie de l'air contenu dans l'intérieur du cylindre, un vide relatif tend à s'y produire. Malgré les précautions prises pour fixer hermétiquement autour du cou du sujet la toile imperméable qui doit fermer l'orifice supérieur

de l'appareil, une certaine quantité d'air pénètre donc à ce moment par cet orifice et vient combattre l'effet que l'aspiration tendrait à déterminer ; mais l'influence produite par cette pénétration de l'air extérieur est tout à fait insignifiante. Aussi voit-on très-nettement, au moment même où le pistou s'abaisse, l'abdomen du sujet, ses côtes inférieures et son sternum se soulever brusquement. La tendance au vide déterminée par l'aspiration a donc pour effet de dilater toutes les cavités du corps, la cavité thoracique aussi bien que la cavité abdominale, et par conséquent d'appeler par les orifices des voies respiratoires et digestives qui restent béants et au contact de l'air extérieur une quantité d'air plus ou moins considérable. Les expériences pratiquées sur le cadavre par M. le docteur Woillez ont eu pour objet de mesurer la quantité d'air qui pénétrait en pareil cas dans les bronches. A cet effet, une canule avait été introduite dans la trachée du cadavre placé dans l'appareil et cette canule communiquait à l'aide d'un tube en caoutchouc avec un réservoir d'air renversé sur une cuve à eau. On pouvait ainsi constater que chaque coup de pistou faisait passer dans la trachée, et par conséquent dans les bronches, environ un litre d'air. Il nous a paru démontré par les expériences auxquelles nous avons assisté que, dans la manœuvre du spirophore, on provoquait surtout la respiration diaphragmatique du sujet ; et que, par conséquent, on réalisait ainsi les conditions les plus favorables à la respiration artificielle ; mais ces efforts d'inspiration sont assez brusques et nous ne pourrions affirmer qu'une assez notable quantité d'air ne pénètre pas dans l'estomac et la cavité intestinale. Il y aurait même peut-être dans ce cas dilatation des gaz contenus dans l'abdomen. D'autre part nous ne pensons pas que la tendance au vide déterminée par l'aspiration puisse exercer une influence fâcheuse sur la circulation générale. Il faut remarquer, en effet, que la capacité de l'appareil étant d'au moins 200 litres, les 10 ou 15 litres d'air soustraits par un coup de piston ne

FEUILLETON

Des écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie en général, et de l'école de Marseille en particulier.

Avant 1870, la médecine était officiellement enseignée en France dans trois Facultés : Paris, Montpellier, Strasbourg, et dans un certain nombre d'établissements universitaires entrés en rétroactivité par les communes.

Autrefois écoles secondaires de médecine, ces établissements avaient, sous l'intelligente impulsion d'Orfila, pris une plus grande importance, sous le nom d'Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie. Ces écoles, au nombre de 22, furent créées dans les villes les plus peuplées ou dans les centres d'instruction universitaire. Le point capital, en médecine, est d'avoir des hôpitaux suffisamment fournis de ma-

lades pour les études cliniques et pour les études anatomiques. Sans l'observation au lit du malade, sans les dissections, il est impossible de devenir médecin. Ces conditions indispensables d'une éducation médicale sérieuse ne peuvent se trouver que dans les grands hôpitaux ; or, ces derniers n'existent que dans les grandes villes. C'est pourquoi les écoles de médecine ne furent établies que dans les villes dont les hôpitaux présentaient un contingent suffisant de malades. Toutefois on peut dire que, sur les vingt-deux écoles citées, dix à douze seulement présentaient des ressources hospitalières suffisantes. En effet, en dehors des trois facultés, Lyon, Marseille, Bordeaux, Lille, Nantes, Toulouse, Rouen, Clermont, Nancy, Besançon, Dijon et Tours, étaient à peu près les seules villes présentant les conditions nécessaires.

Dans ces écoles préparatoires le nombre des chaires était restreint. Du reste, les élèves ne pouvaient y prolonger leur scolarité au delà de trois ans ; ils y étaient pour ainsi dire préparés, comme le nom l'indique, à un enseignement plus

représentent guère que 1/20° de la masse totale et que, par conséquent, la diminution de pression que subit la surface extérieure du corps plongé dans ce milieu raréfié n'est pas suffisante pour provoquer des troubles vasculaires appréciables. Tout au plus pourrait-on admettre une légère dilatation des vaisseaux et, peut-être consécutivement à l'afflux sanguin un léger degré d'anémie cérébrale. L'expérience a d'ailleurs été faite à plusieurs reprises. M. Woillez, M. Collin et plusieurs de ses ouvriers n'ont éprouvé aucune gêne ni aucun malaise lorsqu'ils se sont trouvés soumis à une respiration artificielle pratiquée comme le conseille M. Woillez.

Mais tout en constatant que les faits annoncés par M. Woillez sont parfaitement exacts et que son appareil remplit bien les conditions qu'il a voulu réaliser, nous ne saurions admettre, avec le savant médecin de la Charité, que l'usage du spiropore soit préférable à tous les moyens indiqués jusqu'à ce jour pour combattre l'asphyxie. Nous ferons remarquer tout d'abord que le spiropore est bien lourd, bien difficile à manier et à transporter, que son prix doit être assez élevé et qu'il faut un certain apprentissage pour le faire manœuvrer convenablement. Ces considérations sont, il est vrai, assez secondaires, puis-que, nous n'en doutons pas, d'assez nombreux perfectionnements pourront être apportés à l'appareil, le jour où on se décidera à en faire usage dans les cabines construites sur les bords de la Seine pour donner les premiers secours aux noyés. Mais nous ne pouvons ne pas faire remarquer que cet appareil supprime toutes les manœuvres accessoires, il est vrai, mais certainement utiles, qui ont pour effet de réveiller l'innervation et de favoriser la circulation. Les frictions, l'action des irritants cutanés, les moyens qui tendent à favoriser tous les actes réflexes ont souvent produit d'excellents résultats, et s'il est vrai que l'on aide puissamment au retour des fonctions du cœur en excitant artificiellement les mouvements respiratoires, nous croyons que l'on arrive mieux et plus rapidement au même résultat en combinant les divers procédés qui sont recommandés pour favoriser le réveil de l'innervation et le retour de la circulation. D'ailleurs, lorsqu'il s'agit des enfants surtout, on ne saurait renoncer à un moyen qui, depuis les travaux de M. Depaul, a presque toujours donné de si excellents résultats. L'insufflation trachéale bien faite est aussi inoffensive que fructueuse, et entre des mains habiles on peut affirmer qu'elle réussit toutes les fois qu'il n'existe pas une cause organique rendant l'asphyxie inévitable. C'est ce que, au cours de la discussion qui a suivi la très-intéressante com-

munication de M. Woillez, M. Depaul a rappelé en excellents termes. Nous irons même plus loin en affirmant avec Ludger Lallemand, dont les expériences ont été faites devant la Société médicale d'émulation (*Union méd.*, 1855, p. 33), que l'insufflation pulmonaire chez l'adulte, pourvu qu'elle ait été pratiquée à l'aide d'une canule d'un diamètre inférieur à celui de la trachée, n'a jamais déterminé aucun accident. Enfin M. Maurice Perrin, et plus tard M. Cl. Bernard, ont démontré que la qualité de l'air insufflé n'avait qu'une importance secondaire et que, jusqu'à ce que les mouvements respiratoires soient rétablis, de l'azote ou de l'hydrogène pouvaient, sans danger, être employés à la place de l'air atmosphérique. L'insufflation directe n'a donc pas, comme semblait le croire M. Woillez, de grands inconvénients en raison de la proportion plus ou moins considérable d'acide carbonique que renferme l'air insufflé, et nous n'attachons pas une bien grande importance au procédé indiqué par M. Depaul pour insuffler de l'air aussi oxygéné que possible. Nous croyons donc que si l'appareil imaginé par M. Woillez est très-ingénieux et s'il peut rendre de réels services, ce doit être surtout chez l'adulte et dans l'asphyxie par submersion, alors qu'il importe avant tout de faire pénétrer le plus rapidement possible une assez grande quantité d'air dans la cage thoracique. Mais nous croyons aussi qu'il serait nécessaire, pour pouvoir juger définitivement le spiropore, d'instituer, suivant le conseil de M. Chauffard, quelques expériences ayant pour objet de démontrer l'utilité de cet appareil en rappelant à la vie des animaux en état de mort apparente, soit par submersion, soit après l'inhalation de gaz irrespirable. Nous ne doutons point d'ailleurs que M. Woillez, qui s'occupe avec tant de zèle et de talent de toutes les questions afférentes aux maladies de l'appareil respiratoire, ne réponde, dans un avenir très-prochain, aux critiques que peut encore soulever l'étude de son appareil et qu'il n'arrive à les réfuter, en montrant, par des expériences positives, que son emploi pourra remplacer avec les plus grands avantages tous les procédés de respiration artificielle indiqués jusqu'à ce jour et dont il s'est efforcé de montrer l'imperfection.

L. LEREBOLLET.

Intoxication saturnine.

La discussion sur la colique sèche à l'Académie n'est pas tellement éloignée qu'on ait oublié l'intérêt pratique attaché à toutes les recherches permettant de découvrir des causes

élevé et plus complet, celui des Facultés où ils allaient terminer leur scolarité et subir les examens du doctorat. Toutefois, dans les écoles préparatoires, les étudiants pouvaient obtenir le diplôme d'officier de santé, celui de pharmacien de 2^e classe; ou y accordait aussi le diplôme de sage-femme et celui d'herboriste.

Après les désastres de 1870 la Faculté de Strasbourg fut transportée à Nancy.

Depuis fort longtemps la Faculté de Paris attirait un très-grand nombre d'élèves. Or, d'une part, malgré ses ressources, celle-ci ne pouvait fournir à tous, à cause de l'encombrement des cours, les facilités que, pour leurs études, les élèves pouvaient trouver dans les grandes villes de province. D'autre part, ces grandes villes, comme Lyon, Bordeaux, Marseille, Lille, Nantes, dans leur situation de simples écoles préparatoires, avec leur organisation insuffisante, ne pouvaient tirer parti, pour l'instruction des élèves, des ressources considérables fournies par leurs hôpitaux. Le gouvernement sentit

alors la nécessité de retenir dans ces villes un plus grand nombre d'étudiants, en leur fournissant la possibilité de faire des études médicales sérieuses et complètes. Il y avait aussi d'incontestables avantages à favoriser le mouvement scientifique en province et à y fixer un certain nombre d'hommes de talent que Paris absorbait. De là vint la pensée de créer de nouvelles Facultés de médecine dans les villes qui étaient disposées à en faire la dépense et qui, par leur position scientifique, pouvaient aspirer à cet honneur immédiat. Ce fut ainsi que des facultés furent décrétées pour Lyon, Bordeaux et Lille.

Le gouvernement eut en même temps la pensée de convertir les écoles préparatoires les plus importantes en écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie, c'est-à-dire en écoles pouvant donner un enseignement aussi complet que celui des facultés.

Marseille fut la première ville appelée à cet honneur; Nantes obtint bientôt après le même avantage. Ces deux villes

d'intoxication saturnine. C'est pourquoi nous signalons une observation présentée par M. le docteur Rouxeau à la Société de médecine de Nantes et qui est publiée dans le dernier numéro du *Journal de médecine de l'Ouest* (1876, 1^{er} trimestre).

Il s'agit d'un homme de vingt-six ans exerçant la profession de cordier, qui avait éprouvé à plusieurs reprises en 1870 et en 1875 des accidents caractéristiques de coliques sèches; et même des vomissements porracés dans la seconde crise firent d'abord craindre un étranglement. Le docteur Rouxeau diagnostiqua des coliques saturnines, mais aucun indice ne put faire reconnaître la source de l'intoxication. Le malade, après une amélioration produite par l'emploi des purgatifs, de la belladone et de l'iode de potassium, fut atteint deux mois plus tard d'accidents analogues, et, en plus, d'un affaiblissement dans les extenseurs de la main droite; un interrogatoire minutieux fut commencé, et cette fois, dit M. Rouxeau, « ce malheureux qui s'obstinait à ne parler que de cordages et de chanvre, » qui jusque-là déclarait avec une certaine impatience qu'il n'entretrait aucune substance métallique dans les matériaux de son travail, déclara qu'il faisait depuis longtemps des câbles avec du fil de fer galvanisé, c'est-à-dire revêtu d'une couche de zinc dans lequel il entre un certaine quantité de plomb destiné à le rendre plus liant, plus adhérent au fer. Il maniait tous les jours une grande quantité de ce fil, et la main droite, qui était le plus en contact avec le fil galvanisé, était aussi la plus atteinte. »

Il a fallu dans ce cas des investigations détaillées, dont l'avantage sera de rappeler que les cordiers emploient des fils contenant du plomb et constituant un danger pour les ouvriers. M. Rouxeau a cent fois raison de dire que le praticien doit rechercher dans les ateliers les plus inoffensifs en apparence les causes d'intoxication. Le poison saturnin, véritable protégé, se déguise sous les formes les plus inattendues, et il importe que le praticien sache le reconnaître et le retrouver par les signes cliniques. Il arrive alors rarement qu'une enquête minutieuse ne démontre pas la cause de l'intoxication; il serait en outre très-désirable, pour établir la démonstration de l'action métallique, qu'on pût retrouver dans l'urine la présence du plomb, à la suite du traitement par l'iode de potassium.

A. H.

offrent du reste des ressources telles que des facultés auraient pu y être établies; l'école de plein exercice doit être l'achèvement graduel vers la faculté.

Institution intermédiaire entre l'école préparatoire et la faculté, l'école de plein exercice offre d'immenses avantages pour les élèves des grandes villes et pour les jeunes médecins qui aspirent à l'honneur d'enseigner la médecine. En effet, dans une école préparatoire l'étudiant est obligé, à la fin de la troisième année, d'aller terminer ses études dans une faculté. Dans une école de plein exercice, au contraire, il peut compléter sa scolarité et n'a plus qu'à aller subir dans une faculté ses examens du doctorat, ce qui constitue un déplacement de peu de durée et une dépense pour ainsi dire insignifiante pour les familles. Par conséquent, au moyen des écoles de plein exercice, un grand nombre d'élèves ont l'avantage moral et matériel de ne pas se séparer de leurs familles durant le cours de leurs études. De plus, les places de suppléants et celles d'auxiliaires de l'enseignement ouvrent une

Le commerce des viandes de boucherie.

Nous avons cru devoir, dans un récent article (voy. *Gaz. hebdom.*, n° 21, p. 321), appeler l'attention des hygiénistes et des administrateurs de Paris sur les inconvénients que peut présenter l'autorisation d'apporter à la halle des viandes provenant d'animaux morts ou dépecés à la campagne. Nous réclamions, de plus, l'interdiction absolue du colportage à domicile de la viande achetée à bas prix et à la criée. Reproduit, en partie, par un de nos confrères, rédacteur scientifique d'un journal politique, cet article vient d'être l'occasion d'un polémique qui nous oblige à maintenir, avec plus de netteté encore, toutes nos assertions. Nous avons dit que, parmi les viandes qui se vendaient à la halle, il en était qui, achetées à la campagne par des pourvoyeurs peu scrupuleux, provenaient de bêtes malsaines, abattues précipitamment et charriées à Paris contrairement à toutes les règles de l'hygiène. Nous avons ajouté que la provenance de ces viandes ne pouvant être clairement établie, il devenait presque impossible d'affirmer que leur usage serait sans inconvénients. Le fait que nous avons signalé n'a point été contesté, et M. le docteur Mary-Durand s'est déjà chargé de répondre à ceux qui prétendent qu'il est aisé de reconnaître, à la simple inspection d'un morceau de viande, qu'elle est de bonne qualité. Nous persistons donc à soutenir, avec notre confrère, qu'il est au contraire très-difficile de déterminer si la viande provient d'un animal sain ou malade et si elle offre toutes les qualités requises pour constituer un aliment convenable. S'il était nécessaire de démontrer, avec quelques détails, l'exactitude de cette assertion, nous pourrions rappeler que certains procédés de conservation des viandes de boucherie, tout en ne modifiant presque pas leur apparence extérieure, ont pour résultat de les rendre tout à fait impropres à l'alimentation. La cuisson de ces viandes les altère, en effet, au point de les rendre tout à fait méconnaissables. Nous pourrions, de plus, faire appel au témoignage de tous ceux qui, chargés de recevoir, dans les hôpitaux civils ou militaires, les viandes destinées à l'alimentation des malades, sont habitués à comparer, avant et après leur cuisson, les aliments dont ils éprouvent tant de difficultés à apprécier la qualité. D'ailleurs, sans vouloir même en aucune façon contester la compétence ou le zèle des employés chargés du contrôle des viandes de boucherie vendues à la halle, n'est-il pas de toute évidence que les conditions dans lesquelles se fait le transport à Paris de ces viandes provenant d'animaux morts ou dépecés à la cam-

carrière aux jeunes médecins, les stimulent et créent forcément un mouvement scientifique sérieux dans la ville où siège l'école.

L'administration municipale de Marseille, comprenant tous les avantages qui résulteraient pour notre grande cité, de la conversion de son école préparatoire en école de plein exercice, adressa au ministre le 31 décembre 1874 la demande officielle de cette transformation. Cette demande avait été votée par le conseil municipal, à l'unanimité, sur le rapport de M. le docteur Laugier.

Durant le mois de mai suivant, M. l'inspecteur général Chauffard vint à Marseille, d'une part pour se rendre compte de la situation matérielle et des ressources que pouvait offrir l'école de médecine; d'autre part, pour faire connaître au nom du ministre, à l'administration municipale, les conditions auxquelles une école de plein exercice pourrait être établie. M. le docteur Chauffard, après s'être assuré que l'installation matérielle de l'école permettrait tous les agrandissements

pagne sont de nature à en altérer la qualité? Et n'est-il pas démontré depuis longtemps que si, par tolérance, on laisse importer des quartiers de viande au lieu de n'autoriser que l'entrée d'animaux sains et pesant un poids déterminé, c'est pour favoriser la vente au rabais d'une viande de qualité tout à fait inférieure?

Nous n'insisterons pas davantage, nous bornant à faire remarquer que tout ce que nous avons dit au sujet du colportage à domicile de ces viandes achetées à la criée a été admis par nos contradicteurs. Ils ne protestent donc que pour affirmer la rigoureuse sévérité et la compétence des inspecteurs de la boucherie. Nous n'avons point voulu critiquer la conduite de ces fonctionnaires. En appelant l'attention de la Préfecture de police sur les agissements de colporteurs dont le trafic n'est soumis à aucun contrôle ou sur les dangers de l'importation des viandes qui proviennent d'animaux suspects et dont le transport a profondément altéré la qualité, nous croyons au contraire avoir rendu service au commerce de la boucherie, tout en nous appliquant, ce qui était notre seul but, à défendre les lois de l'hygiène et la santé publique.

L. L.

TRAVAUX ORIGINAUX

Ophthalmologie.

NOTE SUR TROIS NOUVEAUX MOYENS DE DÉCOUVRIR LA SIMULATION DE L'AMAUROSE ET DE L'AMBLYOPIE UNILATÉRALES, par le Dr MOSYER, professeur agrégé, directeur de la clinique ophthalmologique de la Faculté de médecine de Nancy.

Appelé à vérifier si un individu, se prétendant amaurotique d'un seul œil, feint ou non une infirmité dont il espère retirer quelque avantage, le médecin ne manque pas de moyens pour dévoiler la fraude; mais, parmi les procédés connus, il en est qui, trop grossiers pour réussir auprès des personnes intelligentes et instruites, n'ont pas grande valeur; quant à ceux qui, mis à l'essai, ont donné des résultats satisfaisants, ils finissent par perdre de leur efficacité par suite de l'usage même qu'en est fait et qui divulguent le secret de leur mode d'action.

Il y a donc, selon moi, une utilité réelle à imaginer sans cesse de nouveaux moyens de découvrir la simulation de l'amaurose et de l'amblyopie unilatérales, et surtout des moyens d'une efficacité de plus en plus assurée. Telle est la principale considération qui m'engage à faire connaître trois procédés, que je crois non-seulement nouveaux, mais encore assez bien

combinés pour déjouer toute tentative de fraude, même de la part d'individus qui en auraient étudié le mécanisme; tous les procédés publiés jusqu'à ce jour ne réussissent qu'à la condition d'être ignorés de la personne soumise à leur épreuve.

Le moment actuel me semble particulièrement opportun pour traiter les questions du genre de celle qui fait l'objet de cette note : l'obligation du service militaire imposée à tous les hommes valides aura pour conséquence vraisemblable d'augmenter le nombre des simulateurs et d'élever leur niveau intellectuel; il convient dès lors de mettre entre les mains des médecins militaires, pour combattre la simulation, des armes d'autant plus nombreuses et plus puissantes que les occasions de les employer se présenteront plus fréquemment.

Dans les lignes qui vont suivre nous allons donner de nos trois procédés une description sommaire, suffisante toutefois pour permettre au lecteur d'en bien comprendre le mécanisme et de les appliquer au besoin.

I. PROCÉDÉS DU BI-PRISME. — a. *Appareil à double effet.* — Deux prismes de verre, chacun de 40 degrés, sont accolés par leurs bases, de manière à constituer un double prisme à base commune médiane. Sous cette forme primitive, l'instrument est parfaitement en état de servir; mais on rendra la fraude encore plus difficile en prenant la précaution de dérober aux simulateurs autant que possible la vue et la manœuvre du *bi-prisme*. Dans ce but, on entourera le *dioptré* (1) prismatique d'une sorte de boîte ronde ou carrée en métal, en bois, ou en toute autre matière solide, percée sur chacune de ses faces d'une ouverture centrale circulaire; la fenêtre de la face antérieure aura les dimensions d'une pupille largement dilatée, celle de la face postérieure sera plus grande. En outre, un mécanisme spécial permettra d'amener entre les deux fenêtres opposées, à volonté, soit l'un ou l'autre des deux prismes, soit une petite portion de chacun d'eux avec le plan de leur base commune.

Le *bi-prisme* étant placé devant l'œil *sain*, est cet œil verra une seule image ou deux images du même objet, une flamme de bougie, par exemple, selon que le plan commun des deux bases superposées se trouvera situé de manière que, pro-

(1) Le langage de la physique ne possède pas de terme générique pour désigner un système dioptrique quelconque; nous sera-t-il permis d'employer à cette fin le nom de *dioptré*? Le mot n'est pas nouveau dans la langue française, mais il sert à désigner des instruments différents, l'un de médecine, l'autre d'optique, qui ne sont plus en usage ou qui ont reçu d'autres noms, et nous proposons de lui donner une acception nouvelle pour l'adapter à l'usage de l'optique générale. Un milieu réfringent, limité d'un seul côté par une surface plane ou courbe, représentera un *dioptré simple*; avec un nombre de surfaces réfringentes supérieur à un, quel que soit le nombre des milieux réfringents, ou aura un *dioptré composé*; le dioptré sera *double, triple, etc.*, suivant qu'il comprendra deux, trois, etc., surfaces réfringentes. En adoptant cette manière de s'exprimer on donnerait le nom de *dioptrés doubles aux prismes, aux lentilles, aux lames de verre; le système réfringent de l'œil schématisé serait un dioptré triple; le microscope composé, réduit à ses deux parties fondamentales, l'objectif et l'oculaire, représenterait un dioptré quadruple.*

indispensables à l'établissement du plein exercice, après avoir constaté l'importance de nos richesses cliniques et anatomiques, émit l'opinion qu'une école de plein exercice avait sa raison d'être à Marseille et qu'elle y serait très-bien placée.

Le 14 juillet 1875 fut signé le décret d'organisation des nouvelles écoles; ce décret donnait en détail le nombre des professeurs titulaires, celui des suppléants et des différents employés, les dépenses que les villes devaient s'imposer et les engagements que les administrations hospitalières devaient prendre pour l'établissement des cliniques. Les conditions indiquées dans ce document donnent, par leurs détails, une idée très-nette du degré élevé de l'enseignement auquel sont appelées les écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie.

La dépense annuelle pour les villes s'élève à 132 800 francs; très-peu de villes peuvent se permettre un pareil budget pour un seul établissement. L'administration municipale marseillaise, comprenant la grande importance de la nouvelle créa-

tion, au point de vue de l'avenir universitaire de notre ville, outre les avantages moraux et intellectuels qui en résulteraient immédiatement, mit à l'étude ce décret et le 14 juillet. Étudiée à fond par la commission des décrets et arts, élucidée par l'excellent rapport de M. l'adjoint Prou-Gaillard, cette question fut mise à l'ordre du jour de la commission municipale qui, par son vote du 16 août 1875, adopta les propositions contenues dans le décret et vota la somme demandée par M. le Ministre. La commission administrative des hôpitaux s'engagea de son côté à accepter l'établissement des cliniques, soit à l'Hôtel-Dieu, soit à l'hôpital de la Conception.

Par décret du 26 novembre 1875, une école de plein exercice fut alors créée à Marseille, et dans le courant de l'hiver elle fut complètement organisée par la nomination des professeurs et des différents employés.

Grâce à la bienveillance de M. le ministre, à l'appui de M. l'inspecteur général Chauffard, à l'intelligente activité de

longé par la pensée, il rencontrerait le dioptré oculaire à l'extérieur ou à l'intérieur du champ de la pupille; chacune de ces images sera vue déviée vers le sommet du prisme correspondant.

Si l'autre œil est réellement frappé de cécité, comme l'affirme la personne soumise à l'examen, les apparences observées seront exactement telles qu'elles viennent d'être indiquées, *monopie* ou *diplopie monoculaires*, suivant la position de l'instrument. Mais, en cas de simulation, l'œil prétendu amaurotique apercevra aussi une image qui, ne subissant pas de déviation, viendra s'ajouter à celles que fournit l'instrument : de là, *diplopie binoculaire* quand le bi-prisme ne donne qu'une image, et *triplopie* quand il en produit deux. Toutefois, lorsque les doubles images engendrées par l'instrument se trouvent sur la même ligne horizontale que l'image vue par l'œil nu, cette dernière a une grande tendance à se fusionner avec l'une ou l'autre des deux premières : les trois images se réduisent alors à deux et la triplopie fait place à une *diplopie mixte*.

Si, par impossible, toutes les tentatives faites à l'aide du bi-prisme placé devant l'œil sain pour prendre le simulateur en défaut ont échoué, il restera la ressource d'armer aussi l'autre œil d'un instrument identique au premier : on obtiendra ainsi, à volonté, suivant les positions des bi-primés, de la *monopie binoculaire*, de la *diplopie binoculaire* ou *mixte*, de la *triplopie* et de la *tétraplopie*.

Nous laissons à l'expérimentation le soin de décider s'il n'y aurait pas avantage à choisir, pour construire le bi-prisme, deux prismes différemment colorés l'un en bleu, l'autre en rouge, par exemple. Ce moyen donnerait au médecin toutes facilités pour contrôler les assertions de la personne suspectée de simulation, pour connaître les images dont la présence serait passée sous silence ou niée, pour savoir si les images déclarées sont vues monoculairement ou binoculairement; mais les mêmes facilités seraient offertes aux simulateurs pour reconnaître les images dont ils auraient à ne pas tenir compte, en vue de faire croire à l'existence d'une amaurose unilatérale.

Au lieu d'un bi-prisme formé de deux prismes distincts, on pourrait prendre un dioptré fabriqué tout d'une pièce, comme celui dont Pouillet s'est servi pour remplacer les deux miroirs de Fresnel dans l'expérience des franges d'interférence. Mais ce mode de construction présente un inconvénient : il empêche d'adapter à l'instrument le système à *triple effet* dont il va être parlé.

b. *Appareil à triple effet.* — En sus du bi-prisme à *double effet* ci-dessus décrit, on trouvera de nouvelles ressources dans l'emploi d'un système à *triple effet*, permettant de varier encore davantage les combinaisons et d'en augmenter le nombre.

M. le recteur Zévort, l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille fonctionne régulièrement depuis le 1^{er} avril. Depuis ce jour, les quatre années d'études semblables à celles des Facultés ont pu être constituées, de sorte qu'aujourd'hui les élèves trouvent à Marseille tous les avantages scolaires et tous les moyens d'instruction qu'ils pourraient trouver dans les Facultés. En effet, toutes les branches des connaissances médicales y sont enseignées, depuis les sciences naturelles et l'anatomie jusqu'à la clinique, par dix-sept professeurs titulaires, dont l'enseignement est complété par huit suppléants. Comme ces derniers sont chargés de cours spéciaux, tels que l'histologie, la pathologie générale, la médecine opératoire, la gynécologie, l'ophtalmologie, la toxicologie, la chimie physiologique, et qu'ils doivent, comme les professeurs titulaires, faire trois leçons par semaine, il est plus exact de dire que l'enseignement est donné par vingt-cinq professeurs, dont les cours sont semestriels, excepté ceux de clinique qui sont annuels. Les cliniques étant

Dans le bi-prisme à double effet les bases des deux prismes sont en contact l'une avec l'autre. En laissant entre les bases un intervalle plus étroit que la pupille, on obtient le système à *triple effet* donnant *trois images monoculaires*. Si les yeux du simulateur sont tous deux sains et armés chacun d'un bi-prisme à triple effet, ils pourront voir *cinq* images; mais, à moins de loucher, ils n'iront pas au delà de la *pentaplopie*, à cause du fusionnement forcé des deux images vues directement et non déviées.

Il convient de faire remarquer que le maniement du bi-prisme s'exécute avec plus de facilité que celui du simple prisme dans le procédé de M. Alfred Graefe (1867), qu'elle donne des résultats plus sûrs, tout en exigeant moins de soins et de précautions pour éviter les causes d'erreur.

II. PROCÉDÉ DES RÉSEAUX À DIFFRACTION. — On sait que, en regardant un foyer lumineux, une flamme de bougie par exemple, au travers d'un réseau à traits parallèles et équidistants, on aperçoit de chaque côté de la source de lumière une série de spectres colorés de plus en plus étalés et empiétant de plus en plus les uns sur les autres, à l'exception du premier, qui est isolé; ces spectres ainsi rangés en ligne droite forment une traînée lumineuse dont la direction est perpendiculaire à celle des traits du réseau.

Ayons deux réseaux semblables et plaçons-en un devant chacun des yeux de la personne suspectée de simuler. Si l'un des yeux est réellement amaurotique, la personne examinée ne verra qu'une seule traînée lumineuse dont elle devra indiquer la direction.

Si les deux yeux jouissent du sens de la vue, le simulateur apercevra tantôt une seule traînée lumineuse, tantôt deux traînées entrecroisées, selon que les directions des deux réseaux seront parallèles ou croisées et, dans l'impossibilité de distinguer l'une de l'autre les sensations visuelles correspondantes à chaque œil, il s'efforcera en vain de simuler une amaurose qui ne serait pas réelle.

On pourra essayer dans le même but des réseaux à dessins plus compliqués.

III. PROCÉDÉ DES ÉPREUVES STÉRÉOSCOPIQUES. — Les procédés qui viennent d'être décrits ne sont applicables qu'à la simulation de l'amaurose unilatérale; le suivant, au contraire, est destiné tout spécialement à l'amblyopie.

Notre procédé revient à déterminer, à l'insu de la personne examinée, l'acuité visuelle de l'œil amblyoptique ou prétendu tel. On se servira dans ce but de caractères typographiques disposés comme il va être dit. Supposons que, sur chaque moitié d'un carton pareil à celui qui est employé pour les épreuves stéréoscopiques, on ait commencé par tracer les mêmes lettres rangées identiquement dans le même ordre et séparées par des intervalles parfaitement égaux dans les deux épreuves,

doubles, il y a chaque matin une leçon de clinique médicale et une de clinique chirurgicale.

Tous les services sont aujourd'hui en activité, à l'exception de quelques cours spéciaux; il y a, en effet, encore cinq suppléants à nommer. À la rentrée de novembre, tous les fonctionnaires de l'École seront à leur poste, neuf concours, qui doivent compléter le personnel enseignant et celui des auxiliaires de l'enseignement, devant être ouverts dans le courant de l'été. En ce moment, en effet, a lieu le concours pour la place de chef des travaux anatomiques; le 20 et le 26 juin auront lieu les concours de prosecteur et d'aides d'anatomie et de physiologie; le 10 août s'ouvrira le concours pour deux places de suppléant pour les chaires de chirurgie, le 13 novembre pour une place de suppléant des chaires de médecine, le 20 novembre pour deux places de suppléant des chaires d' sciences naturelles (botanique et zoologie élémentaire, ~~chaire~~, pharmacie).

Il y a de plus cinq chefs de clinique, tous docteurs en

de manière que celles-ci soient le fac-simile fidèle l'une de l'autre, sans la moindre différence de parallaxe stéréoscopique. Imaginons ensuite qu'on vienne à supprimer sur chaque épreuve un certain nombre de lettres ou de mots entiers pris au hasard, ou même des fragments de lettres, en ayant soin toutefois que les suppressions effectuées sur l'une des épreuves ne soient pas reproduites sur l'autre; la place des parties supprimées sera laissée en blanc.

On préparera de la même manière dix cartons dont les caractères auront des dimensions progressivement croissantes, calculées de telle sorte qu'ils représentent les dix numéros de l'échelle typographique décimale (1), et qu'ils puissent ainsi servir à mesurer l'acuité de la vue, et de l'œil d'un individu. Plusieurs numéros pourront être réunis sur le même carton.

Ces cartons étant placés à tour de rôle dans un stéréoscope, le simulateur est invité à lire les mots ou à épeler les lettres qu'il voit, en commençant par le numéro le plus bas, celui qui correspond à $V=0,1$. Quand il lui arrivera de ne lire que les caractères tracés sur l'une des moitiés d'un carton, l'essai sera terminé, et le numéro des derniers caractères qui auront pu être lus à la fois sur les deux moitiés du carton fera connaître l'acuité visuelle de l'œil amblyope. — Ce procédé est bien préférable au moyen de M. Javal, qui consiste à lire en interposant une tige opaque entre les yeux du lecteur et le livre; car ce dernier procédé exige une immobilité absolue de la tête, sous peine de masquer l'amblyopie existante.

Par surcroît de prudence, il convient d'avoir, en outre, un carton dont les deux moitiés soient parfaitement identiques, et de le faire essayer en premier lieu, afin que la personne soumise à ce mode d'examen ne soupçonne même pas le truc mis en œuvre pour démasquer la fraude.

Remarque. — Quel que soit le procédé employé, on aura soin, pendant toute la durée des essais, de s'assurer que la personne examinée tient ses deux yeux largement ouverts.

Thérapeutique.

EFFET DE LA FUCHSINE SUR L'ALBUMINE RENFERMÉE DANS LES URINES, par le docteur J. FELTZ, ancien premier interne de la Faculté de Strasbourg, médecin en chef de la maison de répression de Saint-Denis.

La fuchsine ou chlorhydrate de rosaniline est très-employée dans l'industrie et pour la coloration des vins; elle n'a pas encore d'application thérapeutique; pourtant d'autres dérivés

(1) L'échelle typographique décimale du docteur Monoyer est décrite dans les Comptes rendus de l'Académie des sciences. 1875, t. LXXX, p. 1137. Elle est en vente chez l'auteur, chez l'éditeur, Berger-Levrault et Co, imprimeurs à Nancy, et chez Crété, opticien à Paris. Prix: 1 fr. 50 pour la France; 1 fr. 75 pour l'étranger.

médecine, anciens internes des hôpitaux et lauréats, qui, sur la présentation de l'École, ont été nommés par M. le ministre. Ces importants auxiliaires, non-seulement aident les professeurs de clinique dans leur tâche laborieuse; mais exercent particulièrement les élèves à l'emploi de tous les moyens d'investigation que la science moderne met chaque jour à notre disposition pour la sûreté et la précision du diagnostic. Ils font aussi des conférences et dirigent celles des élèves qui se destinent à la grande et noble carrière des concours. Les chefs de clinique jouent ainsi dès aujourd'hui, dans notre École, le rôle des *privat docenten*, qui rendent tant de services dans les universités allemandes.

Un chef des travaux chimiques dirige, sous la haute surveillance des professeurs, les travaux pratiques exigés aujourd'hui de tous les étudiants en pharmacie, pendant les trois années que dure leur scolarité. Un laboratoire spécial est destiné à ces travaux, qui ont lieu chaque année pendant huit mois, trois fois par semaine, durant trois heures chaque fois.

de l'aniline, le sulfate d'aniline par exemple, ont été essayés contre la chorée, mais sans donner des résultats satisfaisants.

Récemment, M. M. Bergeron, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et Clouët, professeur à l'École de médecine de Rouen, ont présenté à la Société industrielle de Rouen une note sur l'innocuité absolue des mélanges colorants à base de fuchsine pure. Ces habiles expérimentateurs ont constaté l'innocuité de la « fuchsine débarrassée de toute matière étrangère, bien purifiée, sans trace d'arsenic ».

La quatrième conclusion de leur mémoire est la suivante: « Nous signalerons encore le résultat inattendu que nous avons pu constater: la disparition complète de l'albumine chez un sujet dont les urines en contenaient depuis fort longtemps. Pendant deux mois, l'urine a été essayée un très-grand nombre de fois sans qu'il soit possible de retrouver des traces d'albumine. »

Nous avons, de notre côté, voulu tenter des expériences dans ce but, et le résultat auquel nous sommes arrivés nous engage à les publier. Nous n'avons aujourd'hui qu'un seul cas à présenter, mais il est si concluant que nous n'avons pas voulu en retarder la relation.

Ons. — Le nommé X..., âgé de cinquante-huit ans, est entré à l'infirmerie il y a deux mois. Édème généralisé, très-prononcé aux extrémités inférieures; albumine en quantité très-notable dans les urines.

Le 17 mai dernier, l'œdème avait un peu diminué, mais l'albumine se retrouvait toujours en assez fortes proportions dans l'urine. Nous avons constaté l'albumine par le procédé ordinaire (acide nitrique et chaux), nous avons de plus vérifié par le procédé réactif Millon que le précipité obtenu était réellement de l'albumine. Notre ami M. Ducloux, pharmacien de la maison de répression, a bien voulu nous prêter son concours et contrôler les résultats.

Le 17 mai, à midi, le malade prend 5 centigrammes de fuchsine en dissolution dans de l'eau. Température, 37 degrés.

Trois heures et demie. — Urine limpide, de couleur jaune paille; elle renferme l'albumine.

Quatre heures et demie. — Urine jaune orangé, très-trouble, renfermant un peu d'albumine, mais beaucoup moins que l'urine recueillie avant l'expérience. Température, 37,3.

Cinq heures. — Urine moins trouble, de couleur plus claire. Température, 37 degrés. A chaque examen de l'urine, nous avons constaté une grande quantité de phosphates.

8 mai, dix heures du matin. — Urine limpide, claire. Par la chaux et l'acide nitrique nous ne constatons pas l'albumine. En saturant l'urine de sulfate de soude, en l'additionnant d'acide acétique jusqu'à réaction acide et en filtrant, on trouve des traces d'albumine, constatées encore par le réactif de Millon. Température, 37,3. A midi, le malade prend 10 centigrammes de fuchsine.

Deux heures et demie. — Urine légèrement alcaline, trouble, jaunâtre, renfermant de l'albumine en plus grande quantité que le matin.

Trois heures et demie. — Urine rouge, très-trouble, renfermant

Le chef des travaux chimiques fait aussi des conférences sur les manipulations auxquelles les élèves sont exercés, et sur différentes questions afférentes à la chimie et à la pharmacie. Il est secondé dans ces minutieuses et délicates fonctions par un préparateur des cours de chimie et de pharmacie.

Il est facile de voir, par l'exposé qui précède, que les étudiants trouveront à Marseille, au début de l'année scolaire 1876-1877, c'est-à-dire au mois de novembre prochain, tous les moyens d'instruction nécessaires pour commencer correctement leurs études médicales ou pharmaceutiques, et pour les terminer de la manière la plus complète. Les cours de la Faculté des sciences leur offriront aussi des ressources excessivement importantes pour leur instruction.

L'exposé sommaire de notre installation matérielle complètera cet aperçu rapide sur l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, création nouvelle qui mérite de fixer l'attention de tous les hommes de progrès et surtout celle des jeunes médecins qui, par le concours,

à peu près la même quantité d'albumine que dans l'expérience précédente. Température, 37 degrés.

19 mai, neuf heures du matin. — Légères traces d'albumine non décelées par AzO³ en chaleur; urines claires, pâles. Température, 37 degrés.

Soir. — Température, 37,6.

20 mai. — Plus de traces d'albumine.

21, 22, 23 mai. — Urines de couleur normale, ne renfermant plus de traces d'albumine.

La fuchsine que nous avons employée était presque pure et ne renfermait que de faibles traces d'arsenic pouvant être évaluées à 1/130^e. Le malade n'a accusé aucun symptôme particulier après l'absorption de la fuchsine. Nous n'avons pas observé de variations sensibles du poids, de la température, de la respiration.

Sans vouloir préjuger en rien une expérimentation plus étendue, nous tirons de notre cas précité les conclusions suivantes :

1^o La fuchsine, à la dose à laquelle elle est employée comme produit tinctorial des matières alimentaires, n'est pas nuisible si elle est pure.

2^o La fuchsine a une action particulière sur les urines : elle augmente les phosphates dans des proportions considérables; elle fait disparaître l'albumine.

Nous nous proposons de continuer nos expériences sur l'effet thérapeutique de la fuchsine quand nous rencontrerons des cas d'albuminurie. Il est un fait acquis, c'est qu'après l'administration d'une dose de fuchsine l'albumine a disparu des urines et n'y a pas reparu après deux mois (cas de M. M. Bergeron et Clouët); que chez un second malade l'albumine a également disparu après l'absorption en deux fois de 45 centigrammes de fuchsine et n'y a pas reparu jusqu'à aujourd'hui, quatre jours après l'administration de la dernière dose.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SEANCE DU 12 JUIN 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

CRITIQUE EXPÉRIMENTALE SUR LA GLYCÉMIE, par M. Cl. Bernard (continuation du travail dont nous avons déjà analysé la première partie). — Après avoir dit que pour démontrer la présence du sucre dans le sang il faut d'abord le dégager des matières albumineuses, l'auteur rappelle qu'on peut obtenir ce résultat par divers moyens. 1^o On coagule le sang par l'eau bouillante ou par la vapeur d'eau surchauffée, on concentre et l'on décolore ensuite le liquide; 2^o on coagule le sang par une quantité suffisante d'alcool : la solution alcoolique est évaporée, puis reprise par l'eau et décolorée; 3^o coagulation

peuvent y trouver une position honorable et convenablement rétribuée.

L'École actuelle, grâce aux largesses municipales, a été installée dans l'ancien Palais-de-Justice, entièrement remis à neuf et distribué de la manière la plus convenable, selon les besoins des différents services.

On y trouve, en effet, le secrétariat; un amphithéâtre pour les cours de chimie et de pharmacie, avec les annexes nécessaires pour la préparation de ces cours; un laboratoire pour les travaux pratiques; un grand amphithéâtre des cours, communiquant avec un salon destiné aux professeurs et aux délibérations des juges durant les concours; une grande salle pour les collections de matière médicale et d'histoire naturelle; une salle pour l'arsenal de chirurgie; une grande bibliothèque avec salle d'études; un musée d'anatomie normale et pathologique; un laboratoire de physiologie; un laboratoire de microscopie; une belle salle de conseil. Les ouvriers installent en ce moment un laboratoire particulier

et décoloration du sang par les sels, et particulièrement par le sulfate de soude (moyen proposé par l'auteur).

Il montre ensuite, par le récit de quelques expériences, qu'on peut nettement constater le sucre dans le sang par tous les caractères physiques, chimiques et organoleptiques. Puis il ajoute :

« Ce point étant bien établi, il ne sera plus nécessaire, dans nos investigations physiologiques ultérieures sur la fonction glycogénique, d'accumuler l'ensemble des caractères de la matière sucrée. Une seule réaction pourra même nous suffire dans certains cas, si elle est bien étudiée et garantie contre les causes d'erreur. Nous trouvons cette condition dans la coagulation du sang par le sulfate de soude combiné avec l'emploi du liquide de Fehling, ainsi qu'il suit : On ajoute au sang poids égal de sulfate de soude en petits cristaux et bien exempts de magnésie. On mêle le tout dans une capsule et l'on fait cuire vivement sans ajouter d'eau et en remuant le mélange pour qu'il ne brûle pas; bientôt la cuisson produit un caillot noir et spongieux qui nage par fragments dans un liquide aléala plus ou moins abondant. On filtre à chaud et l'on obtient un liquide transparent, incolore, ne renfermant plus d'albumine. Dans cette dissolution de sulfate de soude, qui contient le sucre, on peut constater directement la réduction des sels de cuivre sans qu'aucune réaction étrangère puisse intervenir, ainsi que nous nous en sommes assuré (voy. *Rev. scient.*, n° 23, p. 535; 1874). C'est à l'aide de ce procédé exomode et expéditif qu'il nous sera permis désormais, non-seulement de déceler rapidement la présence du sucre, mais aussi d'en doser la quantité dans les différents vaisseaux du système circulatoire. »

Enfin, l'auteur entre dans les détails suivants relativement au dosage du sucre :

« *Dosage du sucre dans le sang.* — On se sert généralement aujourd'hui de la méthode des liquides cuivrés titrés qui fut d'abord recommandée par Barreswil. Toutefois on a substitué au liquide de Barreswil à base de potasse le liquide de Fehling à base de soude. Je me sers d'une liqueur de Fehling titrée à 5 milligrammes par centimètre cube de liqueur et composée d'après une formule qui m'a été communiquée par notre savant confrère M. Peligot.

Je ne décrirai pas le procédé chimique de dosage, qui est connu de tout le monde; je noterai seulement les particularités qui se rapportent à l'opération physiologique.

Voici comment je procède. J'aspire avec une seringue en verre, ou je reçois au sortir des vaisseaux dans une capsule de porcelaine tarée une quantité déterminée de sang : 10, 15, 20 ou 25 grammes. J'ajoute aussitôt poids égal de sulfate de soude en petits cristaux avec quelques gouttes d'acide acétique, et je fais cuire immédiatement et sans retard sur la flamme du gaz ou de la lampe à alcool. Nous avons déjà dit que, par la cuisson, il se produit un conglomérat d'abord rutilant, puis noir, spongieux, mêlé à un liquide plus ou moins abondant; mais comme l'évaporation a fait perdre pendant la cuisson une certaine quantité de liquide, il faut rétablir le poids primitif en ajoutant une quantité suffisante d'eau distillée; on exprime alors à chaud et l'on obtient un liquide dans lequel on dose le sucre en se servant de la pipette graduée dite *pipette de*

pour le professeur de chimie; un laboratoire de pharmacie; enfin le logement du secrétaire agent comptable, qui, remplissant aussi les fonctions de bibliothécaire et de conservateur, sera logé à côté de ses livres et de ses collections. Le concierge appaieré est aussi logé dans l'établissement.

L'Hôtel-Dieu, qui est en face de l'École, contient quatre cliniques, deux médicales et deux chirurgicales, trois amphithéâtres pour les leçons ou les opérations, et des cabinets de travail pour les professeurs, cabinets où sont réunis les moyens d'analyse et d'études pratiques nécessaires. A côté de ces cliniques d'adultes se trouvent des lits destinés aux enfants pour l'étude spéciale des maladies de ces derniers.

La clinique d'accouchements, dont la dépense vient d'être votée par le conseil municipal, sera prochainement construite sur un terrain de l'Hôpital de la Conception, dans les conditions matérielles indiquées par les progrès les plus récents de la science obstétricale. En attendant, M. le professeur de clinique a été autorisé par la commission administrative des

Moore. A raison de la quantité relativement minime de sucre que nous avons à déceler dans le sang, nous n'agissons que sur 1 centimètre cube de liquide cuivrique tiré. Nous chauffons dans un petit ballon de verre après avoir ajouté 20 à 25 centimètres cubes d'une solution récente de potasse concentrée, afin que, l'oxydure restant dissous, on n'ait à tenir compte que de la décoloration de la liqueur, dont on saisit facilement la limite en empêchant la rentrée de l'air dans l'appareil lorsque l'ébullition vient à cesser.

» Sachant ainsi la quantité de liquide sucré qui est nécessaire pour décolorer 1 centimètre cube de liqueur filtrée de Fehling, il reste à établir par le calcul la quantité de sucre contenue dans la totalité du sang, en transformant en volumes les poids de sang et de sulfate de soude employés.

» Des éprouves préalables nous ont appris que le rapport du volume au poids d'un mélange à parties égales de sang et de sulfate de soude est de 4/5, autrement dit que 50 grammes de sang mêlés à 50 grammes de sulfate de soude donnent 80 centimètres cubes de liquide d'essai. D'autre part, le dosage nous a montré combien de sucre renferme chaque centimètre cube de ce liquide, et par conséquent la totalité des centimètres cubes fournis par le sang analysé : rien n'est plus facile que de trouver alors la quantité de sucre pour 1000 parties de sang, exprimée par cette formule :

$$s = \frac{8000}{n}$$

SECTION DES NERFS CILIAIRES. — M. A. Boucheron soumet au jugement de l'Académie un mémoire « sur la section des nerfs ciliaires et du nerf optique en arrière de l'œil, substituée à l'enucléation du globe oculaire, dans le traitement de l'ophthalmie sympathique ». On trouvera au compte rendu de la Société de biologie (p. 395) une analyse de ce mémoire. (Commissaires : MM. Sédillot, Gosselin.)

TYPHUS. — M. Masse adresse, pour le concours des prix de médecine et de chirurgie, un mémoire manuscrit intitulé : CONTRIBUTION A L'HISTOIRE DU TYPHUS. DU TYPHUS EXANTHÉMATIQUE OU PÉTÉCHIAL OBSERVÉ A L'HÔPITAL DU DEY D'ALGER EN 1868. (Renvoi à la commission.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 20 JUIN 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. le ministre de l'Agriculture et du commerce transmet à l'Académie une lettre de M. Gustave Heuzé, inspecteur général de l'Agriculture, annonçant l'inauguration du monument élevé à Angerville à la mémoire de Tessier.

L'Académie reçoit : a. Une lettre de candidature de M. Maurice Raynaud, pour la section de pathologie médicale. — b. Une lettre de candidature de M. le docteur Verdères, pour la section des correspondants nationaux. — c. Une note de M. le docteur Cannizzaro sur un cas de *bleasura* de l'estomac guérie au moyen d'une opération d'anastomie. (Comm. : MM. Richet, Alpa. Guérin.)

M. Laboulière présente à l'Académie, au nom de M. le docteur Mondret, le rapport annuel du comité de la médecine cantonale pour le département de la Sarthe.

M. Charcot offre, au nom de M. le docteur De Ranse, le 2^e fascicule d'un ouvrage intitulé : CLINIQUE THÉORICO-MÉDICALE DE NÉVRS.

hospices à conduire les élèves de quatrième année à la Martinière, pour les exercer à la connaissance pratique des différentes époques de la grossesse, et pour les initier *de visu* aux divers phénomènes de l'accouchement.

Entre l'Hôtel-Dieu et l'École a été construit l'Institut anatomique proprement dit. Là se trouve un très-grand pavillon pour les dissections et les nécropsies, avec annexes, cabinet des préparateurs, etc... A côté se trouve un amphithéâtre pour les leçons d'anatomie, le cours de médecine opératoire et les différents exercices anatomiques auxquels sont soumis les élèves. Pendant le semestre d'hiver, c'est-à-dire à l'époque des dissections, le pavillon qui leur est destiné est habituellement abondamment fourni de cadavres; durant le dernier semestre 124 sujets ont été livrés aux dissections. Au besoin, un plus grand nombre pourrait servir à l'étude. Ces bâtiments sont isolés, ce qui, d'une part, offre un grand avantage dont il est inutile de faire apprécier l'importance, et d'autre part ils sont tellement à proximité de l'Hôtel-Dieu et de l'École,

M. Gosselin dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Bourquet, un travail manuscrit intitulé : ÉTUDES CLINIQUES SUR LES RÉDUCTIONS EN MASSE ET LES HERNIES À SAC INTÉRIEUR.

NÉVROSE VASO-MOTRICE. — M. le docteur Armaingaud (de Bordeaux) communique un travail sur une névrose vaso-motrice se rattachant à l'état hystérique. (Nous publierons ce travail.)

SPYROPHORE. — M. Woillez donne lecture d'un travail sur le spirophore, appareil de sauvetage pour le traitement de l'asphyxie, principalement pour celles des noyés et des nouveau-nés (voy. au Premier-Paris, p. 385).

Cet appareil repose sur le même principe que le spiroscope dont M. Woillez a entretenu l'Académie l'année dernière. « La facilité, disait-il à cette époque, avec laquelle l'air extérieur pénètre dans le profondeur des voies respiratoires lorsqu'un lieu d'insuffler le poumon on le fait d'abord dilater, semble prouver que le meilleur moyen de rétablir la respiration chez les asphyxiés serait l'aspiration extérieure, pratiquée sur les parois thoraciques pour obtenir leur dilatation, et sur l'abdomen pour agir de même sur le diaphragme. »

Le spirophore est la réalisation de cette idée. Il consiste en un cylindre de zinc ou de tôle assez volumineux pour recevoir le corps d'un adulte jusqu'au cou. Ce cylindre, presque horizontal, est hermétiquement clos inférieurement et ouvert supérieurement : c'est par là qu'est introduit le corps du patient; cette ouverture supérieure est ensuite fermée autour du cou au moyen d'un diaphragme qui laisse la tête libre. On aspire, au moyen d'un puissant soufflet, l'air confiné autour du corps; une vitre de cristal et un tige de verre qui traverse l'appareil et vient s'appuyer sur le sternum, permettent de voir et de suivre les mouvements de va-et-vient de la poitrine. Dès qu'on fait le vide, on voit le thorax se dilater et les mouvements d'expiration et d'inspiration se produire comme dans la respiration normale.

M. Woillez entre dans les détails des expériences qu'il a faites sur lui-même et sur des cadavres; il a pu constater que la quantité d'air qui pénètre dans les poumons à chaque inspiration provoquée était de près de 1 litre. On peut introduire ainsi 12 à 14 litres d'air par minute dans les voies respiratoires. La respiration artificielle obtenue au moyen de cet appareil se produit d'après le même mécanisme que la respiration physiologique, c'est-à-dire par le soulèvement des côtes du sternum et l'abaissement simultané du diaphragme.

L'emploi du spirophore ne présente aucun danger : l'expérience démontre qu'on n'a pas plus à craindre une action fâcheuse sur la circulation des capillaires que la rupture des vésicules pulmonaires.

M. Woillez examine ensuite dans quelles conditions pathologiques son appareil est indiqué : il insiste surtout sur l'as-

que les élèves ont pour ainsi dire tout sous la main : l'anatomie, la clinique, les cours de l'École, la bibliothèque et les collections.

Je termine en signalant encore à l'attention un service des plus nécessaires au point de vue pratique, je veux parler du Jardin botanique. Ce jardin est, il est vrai, à une extrémité de la ville, à peu près comme tous les établissements de cette nature; mais, dans ce point éloigné du centre, il offre aux élèves le nombre de plantes médicinales, nécessaire à leur instruction botanique spéciale.

Il est facile de voir, par l'exposé que je viens de faire, que, dans le courant de l'année prochaine, l'enseignement sera complet à l'École de Marseille et que, peu à peu, grâce à l'intelligente générosité du conseil municipal, les différentes lacunes qui se rencontrent encore dans notre installation matérielle, surtout dans nos collections, seront graduellement comblées.

SEUX,

Directeur de l'École de médecine de et de pharmacie Marseille.

phyxie des noyés et des nouveau-nés; les moyens ordinaires, l'insufflation de bouche à bouche ou avec un tube laryngien, sont le plus souvent insuffisants ou exposent à la rupture des vésicules pulmonaires. L'air qu'on insuffle est vicié d'avance ou ne pénètre que difficilement dans les profondeurs des voies respiratoires du patient. Son appareil ne présente aucun de ces inconvénients ou de ces dangers, et M. Woillez arrive aux conclusions suivantes :

1° Le spiropore, en faisant dilater extérieurement la poitrine par l'élevation du sternum en avant, par le soulèvement des côtes et par l'abaissement simultané du diaphragme, paraît être très-supérieur à tous les moyens employés jusqu'à ce jour pour faire pénétrer l'air dans les poumons dans les cas d'asphyxie.

2° Il peut reproduire à volonté l'inspiration et l'expiration aussi fréquemment que dans l'état normal.

3° Il fait pénétrer à chaque inspiration dans les profondeurs des voies aériennes une quantité d'air bien supérieure à celle de la respiration moyenne physiologique.

4° Son emploi est toujours sans danger, parce que la pénétration de l'air dans les poumons n'est jamais supérieure à celle de la pression atmosphérique.

5° Il peut être employé avec avantage pour combattre tous les genres d'asphyxie, quelle que soit leur cause.

Cette communication soulève une petite discussion entre MM. Chauffard, Devergie, Depaul et Woillez.

M. *Chauffard* demande qu'on fasse quelques expériences devant l'Académie.

M. *Devergie* pense que M. Woillez pourrait mettre quelques-uns de ses appareils à la disposition de M. Voisin, chargé du service des secours aux noyés et aux asphyxiés.

M. *Depaul* ne partage pas l'enthousiasme de M. Woillez pour le spiropore : les moyens employés jusqu'ici et pratiqués avec intelligence, avec persévérance surtout, l'insufflation, la respiration artificielle, etc., donnent toujours des résultats excellents, parfois même extraordinaires. M. Depaul rappelle un cas curieux de sa pratique; c'est celui d'un nouveau-né prétendu mort, enveloppé de linges, abandonné dans un coin de la chambre à coucher, et qui fut rappelé à la vie par l'insufflation. L'orateur se contentera des moyens usuels jusqu'à ce que M. Woillez ait démontré la supériorité réelle de son appareil.

Société médicale des hôpitaux.

SEANCE DU 9 JUIN 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LABOUBÈNE.

CORRESPONDANCE. — MANIE RHUMATISMALE. — ŒDÈME DE LA GLOTTE CONSÉCUTIF À UNE ANGINE SIMPLE. — DES TACHES PIGMENTAIRES DE LA PEAU CHEZ LES SUJETS INTOXIQUÉS PAR LE SULFURE DE CARBONE.

La *Correspondance* contient, outre les publications médicales périodiques adressées à la Société, une lettre de M. le docteur Lacassagne, professeur agrégé au Val-de-Grâce, par laquelle il pose sa candidature au titre de membre titulaire de la Société.

— M. *Laveran* demande le premier tour de parole dans la discussion qui doit s'ouvrir sur la manie rhumatismale, pour répondre aux critiques de M. Delasiauve.

— M. *Laveran* communique un cas d'œdème de la glotte rapidement mortel, observé par le docteur Richard, médecin à Belfort.

N... engagé volontaire d'un an, fut pris le 12 février 1875 d'une angine tonsillaire pour laquelle il consulta le docteur Richard. Celui-ci constata outre le gonflement des amygdales un peu d'œdème du pilier antérieur droit. Le malade n'avait pas d'aphonie ;

la voix était seulement un peu nasonnée. Des gargarismes et une application d'alun en poudre furent prescrits.

Le lendemain N... se sentait dispos et s'apprêtait à partir pour rejoindre sa famille ; il était occupé à faire ses paquets dans le baraquement où les troupes étaient logées, lorsqu'il ressentit un peu de froid causé par un courant d'air. Tout à coup il est pris de suffocation, il s'assoit sur son lit, appelle à son secours, fait des efforts violents et infructueux d'inspiration et meurt en moins de quinze minutes.

L'autopsie démontra que le repli aryéno-épiglottique droit, boursoufflé, oédémateux, distendu par la sérosité épaisse, citrine, avait obstrué l'entrée du larynx en se repliant. On constata de plus que les amygdales étaient rouges, tuméfiées, enflammées, et que la muqueuse du pilier postérieur droit était également épaissie par une infiltration séreuse.

M. *Laveran* suppose que l'œdème avait dû se produire lentement sans amener de désordres et qu'à un moment le repli aryéno-épiglottique droit se renversa vers l'orifice glottique à intercepté le passage de l'air et a été maintenu dans cette position par les efforts inspiratoires. Cette complication redoutable des angines tonsillaires est à peine signalée dans les traités classiques, et il est bon d'enregistrer le fait de M. Richard, dont l'importance n'échappera à personne.

M. *Brouardel* a observé un cas analogue. Un élève externe du service de M. Casco, pendant le cours d'une amygdalite légère, présenta un peu d'aphonie; l'examen laryngoscopique pratiqué par M. Casco montra que la glotte était œdématisée. L'œdème augmenta, et provoqua des accès de suffocation qui, pendant trois jours, rendirent imminente la nécessité de faire la trachéotomie. Cependant ce jeune homme guérit. Mais une seconde fois il fut atteint d'une angine légère et il succomba en quelques heures avec les signes d'un œdème aigu de la glotte.

— M. *Laboubène* signale à l'attention de ses collègues la pigmentation de la peau qu'il a observée deux fois chez des sujets intoxiqués par le sulfure de carbone.

Chez un premier malade, fabricant de ces ballons de caoutchouc si répandus par les magasins de nouveautés, et qui faisait usage du sulfure de carbone pour souder les bandes du caoutchouc, M. Laboubène a constaté outre les symptômes d'une intoxication assez accentuée (gastricité, troubles du système nerveux, agénésie, etc.) des taches nombreuses d'un brun jaunâtre disséminées sur les jambes, probablement dues à une accumulation de pigment.

Ces taches n'avaient été motivées ni par des applications externes, ni par des irritations de la peau, ni enfin par des ecchymoses. Elles résistaient au lavage.

Le second fait a été observé chez une petite fille, intoxiquée aussi par le sulfure de carbone, et chez laquelle l'intelligence a été particulièrement altérée par le poison. Chez elle, les membres inférieurs et les membres supérieurs, le thorax étaient couverts de taches pigmentaires, sous forme de points, de macules irrégulières.

Ces deux malades ont été montrés à M. Delpèch qui a déclaré n'avoir jamais vu ces pigmentations, chez les nombreux sujets intoxiqués par le sulfure de carbone qu'il a examinés. M. Laboubène demande à ses collègues dermatologistes s'ils ont eu l'occasion de faire des remarques analogues aux siennes.

M. *Lailler* dit que ces taches pourraient bien être de cause externe, bien que les lavages ne les aient pas fait disparaître. Il se rappelle qu'étant interne à Beaujon dans le service de Legroux où beaucoup de saturnins étaient en traitement, il avait remarqué combien étaient tenaces les taches noirâtres qui résultaient de l'action des bains sulfureux sur le plomb dont était imprégné l'épiderme. Les lavages ne pouvaient qu'à la longue enlever ce dépôt qui était infiltré entre les cellules épidermiques.

M. *Laboubène* ne croit pas qu'il s'agisse dans les cas

d'intoxication par le sulfure de carbone d'un simple dépôt analogue à celui que présentent les saturniens. Il croit à une production active de pigment. Cependant tous les sujets intoxiqués par le sulfure de carbone n'ont pas ces taches : il observe en ce moment une jeune fille dans ces conditions chez laquelle on ne remarque aucun changement de coloration de la peau.

— A cinq heures la Société se forme en comité secret.

A. LEGROUX.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 7 JUIN 1876. — PRÉSIDENTE DE M. HOUËL.

POLYPE NASO-PHARYNGIEN. — CORPS ÉTRANGER DE L'ŒSOPHAGE. — INFLUENCE DU TRAUMATISME SUR LA GROSSESSE. — RESTAURATION DE LA VOUTE PALATINE. — TUMEUR OSSEUSE DU SINUS MAXILLAIRE.

M. Cruveilhier fait un rapport sur une observation adressée à la Société de chirurgie par M. Bergeon (de Moulins). Il s'agit d'un polype naso-pharyngien ayant récidivé six fois chez une jeune fille, jusqu'à l'âge de dix-huit ans, date de la dernière opération.

— M. Bergeon a communiqué une observation de corps étranger de l'œsophage. Un os de porc, de forme triangulaire, fut extrait avec une éponge montée sur une tige de jonc.

— M. Guéniot continue son discours. On a vu que le traumatisme n'est pas une cause essentielle de fausse couche ; toutefois M. Guéniot a cherché à établir une exception pour la zone génitale.

Dans les traumatismes compliqués d'hémorrhagie (blessures des varices du membre inférieur), il y a eu des exemples d'avortement et même de mort ; voilà une seconde exception. Enfin, quand le traumatisme se complique d'angioleucite, de phlegmon, d'érysipèle, etc., la fausse couche peut encore s'ensuivre. Mais chacune de ces causes à elle seule ne suffit pas pour faire avorter.

Un organe sain, dans une matrice saine, peut être assimilé à un œuf quelconque de l'économie, et ne souffre que quand le traumatisme agit directement sur lui. Mais si la grossesse est compliquée d'irritabilité excessive de l'utérus, d'une maladie de l'œuf, d'un mauvais état général de la femme, le traumatisme sera tout-puissant. On connaît des exemples de séries d'avortement chez une même femme, parce que la matrice est très-irritable ; généralement dans ce cas il y a maladie de l'œuf.

M. Guéniot termine par les conclusions suivantes :

1° L'innocuité du traumatisme sur la grossesse, de même que sa nocivité, n'est soumise à aucune loi absolue.

2° Selon que l'irritabilité de l'utérus est faible ou exaltée, que l'œuf est sain ou malade, que la femme elle-même est ou n'est pas exemple de certains états morbides, les conséquences du traumatisme par rapport à la gestation sont, en effet, complètement différentes.

3° Ces différences de résultats se produisent aussi, mais à un moindre degré, selon que le traumatisme affecte ou n'affecte pas directement la zone génitale, selon qu'il est accompagné ou non d'une hémorrhagie à la fois brusque et abondante, selon enfin qu'il se complique secondairement ou non d'une affection inflammatoire de quelque intensité ; ainsi :

4° Lorsqu'un traumatisme atteint la femme enceinte en dehors de toute disposition morbide (femme saine, utérus sain, œuf sain), quelles que soient sa forme et jusqu'à un certain point son intensité, il est généralement dépourvu de nocuité sur la grossesse.

5° Cette règle comporte les trois exceptions suivantes : a. Si la lésion intéresse un point de la zone génitale, c'est-à-dire le canal vulvo-utérin ou la région ano-périnéale, il n'est

pas rare de voir le traumatisme entraver le cours de la grossesse ; et cette influence nuisible semble être plutôt en rapport avec la durée ou la répétition de l'action traumatique qu'avec son degré d'intensité. b. De même, quel que soit le siège de la blessure, s'il se produit en un temps très-courte une perte de sang abondante, la grossesse s'en trouve fortement menacée et la vie de la femme plus ou moins compromise. c. Enfin, si la lésion traumatique s'aggrave secondairement d'une complication inflammatoire, telle que : érysipèle, phlegmon, angioleucite, etc., elle peut aussi, par ce fait, provoquer l'interruption de la grossesse.

6° Lorsque la gestation se trouve compliquée d'un état pathologique tel que : irritabilité anormale de l'utérus, maladie ou volume exagéré de l'œuf, albumiurie, etc., le traumatisme, quelque faible qu'il soit et quelle région qu'il affecte, détermine le plus souvent l'expulsion prématurée du produit de la conception. Dans ce cas, la cause véritable du trouble apporté à la grossesse provient de l'état organique ou fonctionnel qui complique cette dernière, et non du traumatisme qui joue simplement le rôle de cause adjuvante ou occasionnelle.

7° Néanmoins, vu l'extrême difficulté et souvent même l'impossibilité que rencontre le chirurgien à diagnostiquer quelques-uns de ces états morbides, il convient d'être très-conspect dans la pratique des opérations pendant la grossesse. Si le traumatisme chirurgical doit intéresser la zone génitale, l'état de gestation constitue même, sauf les cas de nécessité, une contre-indication formelle à l'opération.

8° Enfin, au point de vue médico-légal, pour bien apprécier la part d'influence qui, dans certains cas d'avortement, revient aux violences criminelles, il est absolument nécessaire de connaître l'état des diverses parties de l'œuf au moment de leur expulsion.

M. Blot a retrouvé un certain nombre d'observations relatives à l'influence réciproque du traumatisme et de la grossesse. Nous n'avons rien à ajouter à ce qui a été dit il y a six ou sept ans dans cette enceinte. En effet, M. Guéniot ne peut tirer une conclusion autorisée autre que celle-ci : il faut opérer le moins possible pendant la grossesse, et ne faire que des opérations nécessaires.

Pour la seconde question, l'influence de la grossesse sur les traumatismes, avec des faits bien observés, avec des expériences sur les animaux, on arriverait à une solution plus facile. Il semble que la consolidation des fractures est retardée pendant la grossesse ; l'état du sang n'est pas favorable à la réparation des tissus. Et cependant M. Blot a vu des fractures se consolider très-rapidement, des plaies opératoires guérir très-vite pendant la grossesse ; mais, en général, le travail de réparation est plus lent et plus difficile.

M. Verneuil regrette que M. Guéniot n'ait traité qu'un seul point de la question, mais sa division doit être adoptée. Les femmes enceintes sont des *non me tangere* pour les chirurgiens ; elles ont en effet une tendance prognostique extrême. Une blessure insignifiante peut devenir l'occasion d'un phlegmon. On dit que le sang de la femme enceinte manque des matériaux pour la réparation ; et d'un autre côté, des tumeurs qui ne subissent aucun accroissement font des progrès énormes pendant la grossesse.

— M. Lannelongue présente une jeune fille à laquelle il a fait une restauration de la voute palatine. L'écartement des os est de 1 centimètre environ. Un lambeau muqueux a été emprunté à la cloison des fosses nasales et appliqué à la voute palatine. Pour rendre un lambeau vasculaire, quinze jours avant l'autopsie, M. Lannelongue le cerne par deux incisions laissant entre elles un pédicule sain ; il s'établit alors une circulation très-active au niveau du pédicule.

— M. Duménil (de Rouen) présente le maxillaire supérieur d'un malade, sur lequel la pathogénie des tumeurs osseuses du sinus paraît aussi nette que possible.

Un militaire avait depuis longtemps une suppuration du sinus maxillaire; la voûte palatine était déprimée; la paroi externe du sinus faisait saillie. Ce malade mourut de variole. A l'autopsie, le plancher de l'orbite était presque détruit; dans le sinus se trouvait une tumeur osseuse réunie aux parois du sinus par une membrane celluleuse. La masse coupée en deux montre que l'ossification est envahie par toute la tumeur. M. Duméril rapproche cette tumeur des exostoses du sinus.

M. *Tillaux* croit que c'est un kyste osseux du sinus et non une exostose; c'est un kyste ossifié.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 17 JUIN 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CLAUDE BERNARD.

MOUVEMENTS RÉFLEXES DES MUSCLES DE LA FACE PRODUITS PAR L'EXCITATION MÉCANIQUE DE LA DURE-MÈRE CRÂNIENNE : M. BOCHFON-TAINE. — RECHERCHE SUR LA SECTION DU NERF OPTIQUE ET DES NERFS CILIAIRES COMME TRAITEMENT DE L'OPHTHALMIE SYMPATHIQUE : M. BOUCHERON. — RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES EFFETS PRODUITS PAR LES INSPIRATIONS DE VAPEURS D'AMYLE : M. JOLYET. — RECHERCHES SUR LES ALTÉRATIONS DE LA SENSIBILITÉ CHEZ LES ATAXIQUES : M. CHARLES RICHTER. — ÉLECTIONS.

M. *Bochefontaine* lit la note suivante :

« On sait que la dure-mère crânienne est sensible; mais on n'a pas nettement indiqué les points dans lesquels elle possède cette propriété. On n'a pas non plus précisé les phénomènes divers qui peuvent survenir dans différentes parties de l'organisme sous l'influence de leur stimulation.

» Pour ne parler que de la partie antérieure de la dure-mère crânienne, l'anatomie indique des filets nerveux venus de la branche ophthalmique de Willis et qui se distribueraient à la membrane en question dans le voisinage du trou borgne seulement. Cette donnée anatomique conduirait à admettre que la partie de la région antérieure de la dure-mère qui avoisine le trou borgne est la seule qui soit douée de sensibilité. Or, la sensibilité de cette méninge est évidente dans une étendue beaucoup plus grande, du moins chez le chien.

» Il existe des points sensibles assez nombreux dans la partie de la dure-mère qui correspond aux sinus frontaux et à la région du frontal qui s'étend en arrière d'eux. Ce fait a été constaté dans des expériences faites au laboratoire de M. Vulpian, à la Faculté de médecine, sur des animaux inopérément anesthésiés par l'éther ou l'hydrate de chloral. Il a été vu également sur des animaux engourdis par le curare, mais à un degré tel que les muscles de la face, et même ceux des membres pouvaient encore se contracter sous l'influence de certaines excitations.

» Les expériences auxquelles on fait allusion avaient pour but de découvrir les lobes cérébraux. Or, quand on introduisait une branche des pincettes séchantes entre la dure-mère et le crâne pour enlever celui-ci, l'animal paraissait se réveiller, poussait quelques cris et s'agitait. Quand on coupait la dure-mère avec les ciseaux ou quand on la pinçait, les mêmes phénomènes se produisaient.

» On ne pouvait pas admettre que ces excitations portassent sur le cerveau en même temps que sur la dure-mère, et que les phénomènes observés fussent le résultat de la stimulation du cerveau; car la physiologie a démontré que la couche corticale de cerveau est inexcitable par les agents mécaniques.

» Sur des chiens chloralisés, éthérisés ou curarisés incomplètement, on élevait la moitié antérieure du crâne; on incisait ensuite la dure-mère sous-jacente, de manière à en conserver les lambeaux. On pinçait ensuite ces lambeaux avec une pince à dissection à mors pointus, après avoir pris la précaution de les soulever au-dessus du cerveau. Dans plusieurs expériences même, la portion du lobe cérébral, normalement recouverte par la dure-mère sectionnée, était

abrasée avec le bistouri. Dans ces conditions, le pincement des lambeaux antérieurs de la dure-mère, c'est-à-dire de ceux qui correspondent à la partie antérieure du frontal, aux sinus frontaux, a déterminé la contraction de l'orbiculaire des paupières du côté correspondant, ou bien la contraction des muscles zygomatiques du côté correspondant également. Il n'y avait pas alors de mouvements dans d'autres parties du corps.

» Comment ces mouvements de la face ont-ils pu se produire? L'excitation de la dure-mère est portée jusqu'à la protubérance par les fibres centripètes du filet olivolaire du rameau nasal de la branche ophthalmique de Willis. De là, probablement, cette excitation suit la portion postérieure de la racine du trijumeau et va dans le bulbe, près des racines du nerf facial les plus reculées, sous le plancher du quatrième ventricule; elle irrite les origines de ce nerf et est réfléchie par des fibres centrifuges du même côté.

» Dans plusieurs expériences, les animaux étant moins profondément engourdis, les mêmes excitations de la même partie de la dure-mère crânienne ont donné des mouvements dans les membres du même côté quelquefois, et quelquefois du même côté et du côté opposé tout ensemble. Mais alors les mouvements du côté correspondant au côté de la dure-mère irrité ont été plus énergiques que ceux du côté opposé.

» Le pincement des lambeaux antéro-externes et postérieurs de la dure-mère ont provoqué quelquefois des mouvements dans les membres du côté correspondant seul; quelquefois ils en ont provoqué dans ceux du côté opposé en même temps que dans ceux du côté correspondant. De même que dans le cas d'excitation du lambeau antérieur, les mouvements du côté correspondant ont été toujours plus forts que ceux du côté opposé.

» Dans les cas où les mouvements des membres ont eu lieu à la fois des deux côtés, il y a lieu de rechercher quelle est la voie suivie par l'excitation partie de la dure-mère. Cette excitation passe-t-elle par l'entre-croisement des pyramides? se généralise-t-elle par l'intermédiaire de la substance grise de la moelle seulement? C'est ce que l'auteur se propose de rechercher dans d'autres expériences. »

— M. *Boucheron* lit une note sur la section des nerfs ciliaires et du nerf optique en arrière de l'œil, substituée à l'énucléation du globe oculaire, dans le traitement de l'ophtalmie sympathique.

« L'énucléation de l'œil est une opération qui effraye beaucoup le malade, par la gravité qu'on lui suppose, et par la mutilation qui la suit.

» Comme tout le monde s'accorde à reconnaître que l'ophtalmie sympathique se propage d'un œil à l'autre par l'intermédiaire des nerfs optique et ciliaires, il nous paraît intéressant de rechercher si l'on ne pourrait pas simplement couper les nerfs optique et ciliaires, en conservant le globe oculaire.

» Nous pouvons dire tout d'abord que, d'après nos expériences, l'œil peut être conservé dans la majorité des cas. »

M. Boucheron donne un historique très-intéressant de la question, puis continue ainsi :

« Procédé opératoire de la section des nerfs ciliaires et du nerf optique en arrière de l'œil. Entre le muscle droit externe et le droit supérieur, à un centimètre de la cornée, on coupe la conjonctive et la capsule de Tenon, et l'on pénètre avec des ciseaux courbes entre la capsule et l'œil. Attirant alors en avant le globe oculaire saisi près de la cornée, par de fortes pincettes à griffe, on tend le nerf optique que les ciseaux touchent comme une corde rigide.

» Le nerf optique est sectionné, les nerfs ciliaires et les artères ciliaires le sont également, à l'aide de petits coups de ciseaux.

» Une petite hémorragie se produit et s'arrête facilement avec un peu de compression sur l'œil.

» Veut-on parfaire l'opération et être absolument certain qu'on n'a laissé échapper aucun nerf ciliaire ? — Lorsque la section du nerf optique et des nerfs ciliaires est achevée, on agrandit l'ouverture de la capsule, et à l'aide d'une seconde pince à griffe on va saisir la sclérotique dans l'hémisphère postérieur de l'œil. Il est facile de faire tourner en avant cet hémisphère postérieur de l'œil, ce qui vous met sous les yeux la section du nerf optique. On peut alors couper à son aise les nerfs ciliaires, qui forment une couronne autour du nerf optique.

» Rien ne peut échapper, et l'opération est d'une précision parfaite.

» Nous évitons de couper l'insertion des muscles droits pour ménager les artères ciliaires antérieures, rameaux des artères musculaires, branches de l'ophthalmique. On n'oppose ainsi aucun obstacle au rétablissement de la circulation dans l'œil, par le système vasculaire antérieur.

» De plus, en ménageant les muscles droits, on conserve à l'œil sa position et ses mouvements normaux. »

L'auteur fait suivre cet exposé du détail des expériences variées qu'il a faites chez le chien, le lapin et le cobaye. Il relate ensuite un certain nombre d'observations dans lesquelles les nerfs optique et ciliaires avaient été sectionnés par un traumatisme. Or, dans tous ces cas, quand une autre cause de débilitation ne s'est pas jointe à ce traumatisme, on n'a pas observé de lésions graves des milieux réfringents.

Puis il continue :

« *Indications de l'opération.* — Les indications de la section des nerfs optique et ciliaires se résument en peu de mots. Cette opération peut être substituée à l'énucléation, dans tous les cas, à moins que la suppuration de l'œil ne soit certaine.

» Mais surtout le grand avantage de cette opération c'est de pouvoir être appliquée d'une manière préventive. Le Congrès ophthalmologique international de 1872 a accepté, en principe, que l'énucléation de l'œil blessé devait être pratiquée immédiatement, si l'on voulait être sur d'éviter les attaques souvent irrémédiables d'une ophthalmie sympathique précoce.

» Cette mesure radicale et terrible n'a pu entrer dans la pratique courante. Nous espérons que l'opération si simple, si inoffensive, si conservatrice que nous proposons, pourra dans maintes circonstances rendre aux malades et aux médecins d'importants services. »

— M. Jolyet a fait de nombreuses expériences sur les effets produits par les inspirations de vapeurs de nitrite d'amyle. Il a constaté que le sang absorbe moins d'oxygène qu'à l'état normal, qu'il s'y forme moins d'acide carbonique. De plus, il a constaté que l'hémoglobine subit une transformation telle qu'elle n'absorbe plus d'oxygène. Mais elle n'est pas détruite, car au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures l'hémoglobine reparait avec ses propriétés absorbantes antérieures.

— M. Charles Richet a essayé de mesurer la vitesse de la sensibilité chez les ataxiques au moyen des appareils enregistreur.

L'excitation était l'excitation électrique par des courants induits. Ces courants étaient déterminés par le cylindre rotatif, auquel était attachée une petite goupille qui ouvrait et fermait le courant de pile. C'est le malade qui donnait le signal. En mesurant la distance qui sépare ces signaux de la ligne des excitations, ou a par un calcul très-simple le temps qui s'est écoulé en secondes et fractions de seconde.

Par ce procédé, plus précis que tous ceux qui ont été employés jusqu'à ce moment, M. Richet a constaté : 1° que la vitesse de la sensibilité chez les ataxiques n'était pas constante, au moins pour le membre inférieur ; 2° que le retard était d'autant plus grand qu'on s'éloignait plus du centre mé-

dullaire ; 3° que la vitesse était en raison directe de l'intensité de l'excitation.

Il a constaté par de nombreuses expériences qu'il n'eût été pas ainsi sur l'homme sain, et que ces lois se rapprochaient beaucoup des lois que Rosenthal a récemment mises en lumière dans l'étude des phénomènes réflexes.

— Nous indiquons ici, sommairement, le procédé de MM. J. Renaut et Debève dont nous avons parlé dans le dernier numéro : « On durcit les fibres musculaires dans l'acide picrique, puis on les maintient dans un tube fermé à la lampe, pendant vingt-quatre heures, sous une température de 50 à 75 degrés. La dissociation devient alors très-facile. La préparation se colore par le violet de méthylaniline dissous dans la glycérine salée. On constate que les fibrilles ainsi obtenues ont un diamètre inférieur aux soi-disant fibrilles élémentaires : elles présentent la même striation que les faisceaux musculaires. »

H. Cu.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 14 JUIN 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. OULMONT.

DU MATÉ : M. C. PAUL. — NOUVEAU PESSAIRE DU DOCTEUR GARRAL ; DES PESSAIRES EN GÉNÉRAL : MM. CRÉQUY, DELOUX DE SAVIGNAC, DUJARDIN-BEAUMETZ, MOUTARD-MARTIN, VIGÉ, C. PAUL.

M. C. Paul présente plusieurs échantillons de maté. On sait que sous le nom de thé, d'herbe du Paraguay, de *Hyerba*, cette plante a été employée de toute antiquité dans l'Amérique du Sud. Maté n'est pas son nom, mais bien celui de la calabasse dont on se sert pour faire usage des feuilles de la *Hyerba*. Ces feuilles rappellent celles de la Coca, à cette différence que la feuille de Coca a trois nervures et que celle de la *Hyerba* n'en a qu'une.

Sous le nom de Maté on désigne du reste divers produits : 1° le produit cultivé par les Jésuites (thé des Jésuites) : cette culture est un peu abandonnée ; 2° une autre sorte, qui comprend : feuilles, rameaux, bourgeons ; 3° une troisième sorte, qui ne contient pas de bourgeons.

Ce maté se prépare comme le thé ; mais tandis que le thé doit être, pour ainsi dire, saisi par l'eau bouillante, le maté doit être traité lentement, progressivement par l'eau tiède d'abord, puis par de l'eau plus chaude. Dans la calabasse on verse du sucre en poudre, de petits rameaux, puis de la poudre de feuilles, puis successivement et par couche : sucre, rameaux, feuilles, etc., jusqu'à ce que le vase soit rempli aux deux tiers. On verse alors de l'eau tiède. Dans la calabasse ainsi remplie plonge un aspirateur *ad hoc*, métallique, creux bien entendu, et terminé par une petite cupule propre à écraser, à pressurer, mais creuse aussi et munie de trous qui en font une véritable passoire. Le liquide de la première infusion est de qualité inférieure, et c'est un domestique, généralement une négresse, qui doit aspirer cette première eau. Cette première infusion épuisée, on verse de l'eau plus chaude, et cette deuxième infusion est la bonne. La calabasse circule alors de main en main ; chacun aspire à son tour. On fait ainsi six ou sept infusions successives, en remettant pour chacune un peu de sucre et un peu de poudre, la calabasse faisant toujours le tour de la société.

Les Européens n'ont pas pris goût à cet usage, non exempt d'inconvénients et même de dangers, et l'habitude de la calabasse commune se perd.

M. C. Paul a expérimenté sur lui-même le maté. Il a voulu vérifier l'action nutritive de cette substance, qui contient 2 pour 100 de caféine. Il a observé nettement un retard dans la sensation de la faim après chaque prise.

— M. Créquy, au nom du docteur Garral (de Carignan), présente un nouveau pessaire dit : *anneau élastique plat*.

L'auteur constate d'abord que les anneaux à bords arrondis en rapport avec la face interne du vagin ne s'appliquent pas toujours exactement dans une suffisante étendue et sont sujets à glisser. En outre, l'anneau est susceptible de prendre la position verticale au lieu de conserver l'horizontale et de présenter ainsi son bord, en haut, au museau de tanche.

Dans le but de remédier à cet inconvénient, M. Garral a fait construire des anneaux-pessaires élastiques, plats, légers, peu volumineux. Ces anneaux offrent plus de hauteur et moins d'épaisseur que les anneaux anciens, et possèdent sur ces derniers un double avantage :

Plus élevés, ils obligent le vagin à se réfléchir de plus haut vers l'utérus, ce qui fait que ce canal perd d'autant de sa longueur et qu'il maintient l'organe plus rapproché de la position physiologique.

D'un autre côté les anneaux plats étant plus évidés que les ronds, le museau de tanche a plus d'espace pour s'y loger librement, surtout s'il est volumineux.

Ces anneaux s'allongent complètement par rapprochement des points opposés de leur circonférence et sont, par suite, introduits très-facilement par les malades elles-mêmes.

M. Delieux de Savignac est d'avis qu'il est peu de cas où les pessaires soient nécessaires ; il ne comprend l'intervention de cet instrument que lorsqu'il y a chute énorme de la matrice avec renversement de la vulve. En général, leur effet est douteux.

M. Delieux cite l'opinion semblable à la sienne professée par M. Gueneau de Mussy, qui préfère aux pessaires des éponges creusées en forme de champignon. M. Delieux préfère encore un simple tampon de ouate asséz dur. Avec un tampon, une ceinture hypogastrique bien faite et des injections au tannin ou à l'alun, les parois du vagin se rétrécissent et maintiennent la matrice. L'engorgement du col étant la cause de l'abaissement, il suffit le plus souvent de traiter cet engorgement. M. Delieux conclut en disant que le nouveau pessaire, comme les autres, trouvera peu d'applications réelles.

M. Créquy voit dans le nouveau pessaire cet avantage qu'il peut rester longtemps en place.

M. Dujardin-Beaumez apporte à la défense de ce pessaire l'appui de son observation personnelle. Il l'a toujours vu admirablement réussir.

M. Moutard-Martin partage au sujet des pessaires l'opinion de M. Delieux de Savignac. A coup sûr ce n'est pas pour lui un avantage que la faculté qu'on donne à ce pessaire de pouvoir rester longtemps en place ; c'est là pour lui, et toujours, une très-mauvaise chose : le pessaire ainsi à demeure s'incruste ; il amène des ulcérations, des végétations. Depuis longtemps M. Moutard-Martin se sert de petits sachets de 3 à 4 centimètres, en mousseline à cataplasme, gros comme trois doigts réunis ; ces sachets sont incomplètement remplis avec de la farine de graine de lin et de la poudre d'écorce de chêne ; on les trempe dans l'eau tiède au moment de les introduire ; comme ils sont munis d'un long fil qui dépasse la vulve, la malade remet un sachet nouveau chaque matin et l'enlève le soir.

M. Vigié a fait pour M. Gueneau de Mussy, qui voulait obvier à la putréfaction des éponges, des éponges trempées dans la paraffine.

M. Delieux de Savignac croit que le médecin doit seul introduire tampons ou sachets. Il se sert à cet effet du spéculum de Fergusson. Il ne voit aucun avantage aux procédés préservatifs des éponges, puisque, comme M. Moutard-Martin, il fait changer le pansement matin et soir ; tout au plus le médecin peut-il le laisser en place deux ou trois jours, s'il est forcé d'espacer ses visites.

M. C. Pacel reconnaît au pessaire du docteur Garral certains avantages : sa largeur permet à l'utérus d'entrer pleinement et de se trouver ainsi suspendu, pour ainsi dire, en

équilibre. Une condition pour l'application de ce pessaire est que le vagin soit lâche. Si le caoutchouc est bien préparé il croit qu'un pareil pessaire peut rester en place deux ou trois mois sans inconvénients. Une autre condition c'est que l'utérus soit abaissé et en rétroversion ; s'il est en antéversion le pessaire ne sert absolument à rien.

Le spéculum de M. Dumontpallier, au lieu d'être formé par deux ressorts à boudin réunis par une charnière à chaque extrémité du grand diamètre de l'anneau, est formé d'un seul ressort de montre qui fait plusieurs tours superposés. Ce pessaire est très-bon, dit-il, mais il préfère celui du docteur Garral.

A. B.

REVUE DES JOURNAUX

Un cas d'ostéomalacie, par M. MONDAN.

Le nouveau cas d'ostéomalacie que publie M. Mondan mérite d'être étudié avec soin, principalement à cause des signes de compression de la moelle que le malade a présentés. Ce sont là en effet des phénomènes extrêmement rares dans l'histoire de l'ostéomalacie, nous n'en trouvons aucun exemple dans le travail si consciencieux de M. le docteur P. Bouley (*De l'ostéomalacie chez l'homme et les animaux domestiques*, Paris, 1874).

Autrefois on confondait le rachitisme et l'ostéomalacie, il n'est plus possible aujourd'hui de faire une pareille confusion. Le rachitisme est dû à un arrêt de développement, l'ostéomalacie au contraire est produite par une lésion de nutrition (Broca), la lésion commence par un travail de raréfaction qui « enlevant au tissu osseux une partie de sa consistance, le rend plus friable : avant d'être ramolli, l'os présente une plus grande fragilité (Bouley), fragilité qui peut être due à un trouble de la nutrition par suite d'une lésion nerveuse (Charcot, *Luxations pathologiques et fractures spontanées, multiples chez une femme atteinte d'ataxie locomotrice*, *Archives de physiologie*, janvier 1874).

Les causes invoquées pour expliquer la production de l'ostéomalacie sont nombreuses ; la première est l'hérédité, elle ne repose que sur une seule observation d'Ekman, citée par M. P. Bouley : il s'agit d'une famille de mineurs de l'Upland qui, jusqu'à la troisième génération, avait présenté, du côté paternel, des affections du système osseux, caractérisées par des déformations, du ramollissement et de la fragilité ; il est donc difficile d'admettre l'hérédité comme cause étiologique. Les autres causes prédisposantes invoquées sont le sexe [les femmes y sont prédisposées, puisque sur 47 cas de ramollissement des os chez l'adulte, Beyerland (thèse Bouley, p. 55) trouve 11 hommes contre 36 femmes mères ou filles ; M. Bouley, de son côté, admet la proportion de 3 femmes contre un homme], l'état de gestation et l'allaitement, l'alimentation (Tripiet, *Archives de physiologie*, 1874), et enfin les diathèses comme la syphilis, le cancer, le scorbut, la scrofule, le rachitisme, le rhumatisme (Litzmann cite 5 cas d'ostéomalacie rhumatismale) et les lésions des centres nerveux (Virchow et Charcot). A propos du rôle du système nerveux, nous avons déjà rappelé l'observation de M. Charcot d'ostéomalacie survenue chez une ataxique. M. Virchow cite 6 cas d'ostéomalacie qui doivent être attribués aussi à des lésions du système nerveux : « Dans ces cas, dit-il, la maladie s'est évidemment développée sous l'influence des profondes lésions des centres nerveux. Un des malades a été atteint pendant longtemps d'aliénation mentale, un autre d'une hydrocéphalie chronique, qui s'est produite à la suite d'une chute sur la tête à l'âge de deux ans. Les quatre autres étaient d'une intelligence médiocre, deux d'entre eux avaient eu des convulsions dans le jeune âge » (Bouley, p. 78.) Pour M. P. Bouley, contrairement à l'opinion de M. Stauski, qui donne une large part à l'action du rachi-

tisme sur le développement de l'ostéomalacie, le rachitisme n'est pas une cause suffisamment démontrée : « Les quelques individus, en effet, rachitiques dans leur enfance, chez lesquels on a observé plus tard le ramollissement osseux, étaient des individus à constitution lymphatique, qui avaient présenté des traces nombreuses de scrofules, et qui, par cela même, étaient prédisposés aux affections de toute sorte. »

Voici un résumé de l'observation de M. Mondan, présentant les faits les plus intéressants de l'histoire de la maladie. Nous regrettons cependant toutefois qu'il n'ait pas été fait mention des fonctions génitales de la malade : on sait, en effet, par les recherches de Collincau (*Union médicale*, n° 123, 1861), que presque toujours les règles persistent chez les femmes atteintes de l'affection qui nous occupe : les observations publiées depuis sont venues confirmer ce fait.

Obs. — Femme âgée de quarante-huit ans, d'Aix-en-Savoie, malade depuis un an et demi; profonde misère. La maladie a débuté par de violentes douleurs dans les membres inférieurs, elle est soupçonnée de syphilis ancienne, mais sans qu'on puisse avoir la certitude de cette affection. Six accouchements à terme et normaux. A son entrée, eschares de la région lombo-sacrée; vers le milieu des deux clavicules, deux tumeurs de la grosseur d'une noix ressemblant à des exostoses, tumeurs extrêmement douloureuses, surtout à la pression; incontinence des matières fécales et de l'urine; peau chaude, fièvre, subdélirium pendant la nuit. La position de la malade dans son lit mérite d'être notée : jamais, pendant tout son séjour, elle ne s'est étendue dans le décubitus dorsal; elle est restée dans la position demi assise, on bien complètement couchée en avant, la tête reposait sur ses bras qui étaient appuyés courbée en avant. Cette position bizarre a dû probablement induire sur diverses déformations observées sur son squelette.

Huit jours après son entrée, on trouve une déformation de la cuisse gauche, au-dessus du genou, éripation et mobilité anormale. C'était donc une fracture spontanée puisque la malade n'était pas sortie de son lit. La malade s'était le 26 février sans que les phosphanes aient été dosés.

A l'autopsie, on trouve du côté du système osseux : épaissement de la calotte crânienne (un centimètre et demi au niveau des pariétaux). L'épaisseur de l'os semble formée par un tissu spongieux assez serré dont les aréoles sont remplies d'une moelle jaunâtre, la mollesse est si grande que les os ne peuvent résister à la traction que l'on fait pour enlever la voûte crânienne; fracture des deux clavicules vers leur tiers interne; à ce niveau, on trouve un cal fibreux assez volumineux; les fragments sont mobiles. Le sternum est d'une flexibilité remarquable, il forme une voussure considérable à convexité antérieure jusqu'à l'appendice xiphloïde. A quelques centimètres de l'articulation antérieure, les côtes inférieures sont fracturées. La fosse iliaque interne est profonde, flexible, épaisse, et comme infiltrée; le périoste est gonflé et se décolle difficilement, une partie du sacrum est restée attachée à l'os coxal, et en l'incisant on trouve de grandes cavités pleines d'une boue rougeâtre, très-fine, ressemblant à du pus mêlé de sang. En désarticulant le fémur gauche avec de grandes précautions on produit néanmoins une fracture du col, à la partie inférieure du fémur gauche on trouve la fracture osseuse pendant la vie : le cal n'a pas amené la consolidation. Dans les deux fémurs, la couche compacte de l'os est réduite à une très-mince corque d'une substance infiltrée. Le tissu spongieux a disparu et est remplacé par une bouillie lie-de-vin, diffuse, ressemblant à la pulpe splénique; aussi ces os, qui avant d'être sciés présentaient une certaine résistance, se laissent maintenant déprimer et plient avec une extrême facilité. Deux jours après l'autopsie, putréfaction complète des os enlevés.

Conclusions. — Sur tous les os on trouve les mêmes altérations, mais à des degrés divers. Sur les os du crâne, ramollissement des trabécules osseuses, qui enlève à l'os sa consistance. Sur les os plats, destruction des trabécules spongieuses, qui sont remplacées par de grandes cavités où est accumulée une moelle altérée plus abondante qu'à l'état normal. Sur les os longs, destruction et exfoliation du tissu compacte, agrandissement du canal médullaire, comblé par cette moelle. Enfin, comme conséquence, les déformations et les fractures spontanées.

Bien que cette observation soit loin d'être complète, elle est cependant très-intéressante; elle vient ajouter quelques faits aux observations déjà publiées par M. P. Bouley. Indépendamment des observations analysées dans le cours de son

mémoire (Boyard, Charcot, Virchow, Rindfleisch, O. Weber, etc.), M. P. Bouley donne quatre observations inédites d'ostéomalacie; une d'entre elles est particulièrement importante à cause du soin qui a été apporté dans l'examen microscopique des pièces (examen histologique fait par MM. Bouley et Ilanot, *Archives de physiologie*, 1874). Nous renvoyons le lecteur à cet excellent travail que nous ne pouvons malheureusement pas analyser aussi complètement qu'il le mérite. (Société des sciences médicales de Lyon. — *Lyon médical*, n° 22, 1876.)

Deux anomalies vasculaires importantes au point de vue pratique, par M. le docteur LUTICIG.

Nous avons reproduit depuis quelque temps dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE certains faits d'anomalies vasculaires.

C'est là une des questions les plus intéressantes et les plus pratiques de l'anatomie, puisque dans certains cas elle peut modifier la marche d'une opération, faire varier le diagnostic; nous continuons aujourd'hui cette série par le résumé de deux faits qui prouvent amplement ce que nous venons de dire.

Obs. I. — Il s'agit d'un jeune homme de vingt-six ans, mort subitement et sans prodromes. A l'autopsie, on trouve un litre et demi de sang coagulé dans le péricarde. La tunique adventice de l'aorte est décollée à partir de deux centimètres de son origine, à ce niveau il y a une poche anévrysmale rompue dans le péricarde. Toutes les artères qui naissent de la crosse sont dilatées; l'aorte se termine en cul-de-sac immédiatement au-dessous de l'origine de la sous-clavière gauche. L'aorte descendante se termine également en cul-de-sac, et ses deux portières sont réunies par un cordon fibreux de deux centimètres de longueur et gros de un centimètre de diamètre. Il s'agit donc d'une oblitération complète de l'aorte avec rétablissement de la circulation par les collatérales.

On ne connaît jusqu'à ce jour que dix cas semblables, dont l'auteur donne l'indication bibliographique, savoir : Rokitansky (*Ueber einige wichtige Krankheiten der Arterien in-Denkscr d. K. K., Acad. de Wiss.*, 1852, p. 36); Forster (*Handb. de Specieel., path. Anat.*, 1854, p. 567); Duchek (*Handb. de Specieel., path. Anat.*, 1854, p. 268); Eppinger (*Prager Vierteljahr.*, 1871, p. 31).

Obs. II. — Il s'agit d'un petit garçon de quinze jours, mort à la suite d'un pemphigus généralisé de la peau.

Le trou de Botal est encore ouvert. L'aorte est perméable jusqu'au dessous de l'origine de l'artère sous-clavière gauche, puis elle est, à partir de ce point, obstruée par un thrombus. Le canal artériel est dilaté à sa partie moyenne. Au-dessous de ce canal l'aorte est très-resserrée. Ce conduit est oblitéré par un caillot qui se termine dans l'artère pulmonaire. Le caillot de l'aorte se prolonge dans les iliaques.

On trouve un cas semblable dans les ARCHIVES DE VIRCHOW, décrit par Rauchfuss (t. XVIII, p. 541. *Archiv. der Heilkunde*, t. XVII, p. 70).

Travaux à consulter.

MÉTHODE EXTÉMPORANÉE POUR PRÉPARER DES COUPES HISTOLOGIQUES FAIBLES, par M. JOHN STEVENSON. — En clinique c'est surtout à l'état frais et de suite qu'il est utile de pouvoir examiner les tissus morbides, il est donc intéressant de connaître le procédé de Stevenson; il consiste en ceci : mélanger de la glycérine 4 parties avec 3 parties de gomme adragant en poudre. Il se forme très-rapidement une solution épaisse comme de la gelée qui donne à tous les tissus une consistance caséuse et fournit les moyens de faire des coupes fines au bout de peu d'heures. Si on veut avoir des tissus très-durs, il suffit de plonger la pièce ainsi préparée dans l'alcool méthylique. (*Edinburgh med. Journ.*, janvier 1876, p. 605.)

TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE PAR L'IODURE D'ARGENT, par M. le docteur ROBERT BELL. — Le traitement de la coqueluche a donné lieu à tant d'essais thérapeutiques d'une valeur si diverse, et l'on n'a euore obtenu que des résultats si incertains, qu'il importe de signaler toute nouvelle tentative. Robert Bell a traité cent cas de coqueluche par l'iodure d'argent, et toujours le succès a couronné ses efforts. Dans la plupart des cas, le médicament est administré seul; quelquefois, dans le but d'obtenir du sommeil et du calme, l'auteur y a ajouté une faible dose de bromure de potassium. Dans tous les cas la toux a disparu au bout de quatre semaines, et ce n'est que tout à fait exceptionnellement qu'il a constaté des complications. Dans deux occasions il a eu à soigner six enfants dans une même famille et ils ont guéri en un mois. La dose ordinaire est de 6 milligrammes, trois fois par jour. Les enfants peuvent, pendant toute la durée du traitement, quitter la chambre et se promener. Comment agit l'iodure d'argent? Peut-être, dit M. Robert Bell, la coqueluche est-elle une affection de l'extrémité gastrique des nerfs vagues; dans ce cas le médicament calmerait ces nerfs et empêcherait les réflexes qu'il prendrait naissance pour retentir sur l'appareil pulmonaire. Nous donnons cette hypothèse sous toutes réserves. (*Obst. Journ.*, t. XXXII, p. 589.)

BIBLIOGRAPHIE

Index bibliographique.

ÉTUDE EXPÉRIMENTALE SUR L'ENTRÉE DE L'AIR DANS LES VEINES ET LES GAZ INTRA-VASCULAIRES, par M. le docteur LOUIS GOUTY. In-8 de 175 pages avec 3 pl. — Paris, 1876, G. Masson. Prix : 2 fr.

Dans la première partie de son travail, très-soigné et fort riche en renseignements bibliographiques, M. Gouty présente un historique détaillé de la question, et il établit d'une manière précise quels étaient les résultats définitivement acquis, les points encore controversés au moment où il a commencé ses recherches. La seconde partie contient une étude complète de l'entrée de l'air dans les veines. A propos de chaque point, l'auteur confirme ou renverse les théories antérieures, mais c'est toujours par des expériences.

Dans l'étude des symptômes, M. Gouty divise les cas d'entrée d'air dans les veines en quatre groupes: A. Entrée de l'air, pas d'accidents généraux, troubles cardio-vasculaires; B. Entrée de l'air, troubles vasculaires, accidents d'anémie cérébrale; C. Entrée de l'air, troubles vasculaires, accidents d'anémie encéphalo-médullaire; D. Entrée de l'air, troubles vasculaires, accidents d'anémie, mort des organes.

A propos de chacun de ces groupes, il donne une symptomatologie méthodique, très-détaillée, et, il fait bien le dire, le plus souvent due à ses propres recherches; nous en donnerons le résumé succinct. A. La première série présente des symptômes fort légers. Les trois autres peuvent se résumer ainsi: B. Tension artérielle diminuée; pouls affaibli et accéléré; respiration rapide; contractions du cœur fréquentes; accidents généraux très-passagers; reflux veineux, nul. C. Tension artérielle, presque nulle; pouls affaibli ou nul; reflux veineux possible, mais rare; respiration accélérée, puis ralentie; contractions cardiaques accélérées; accidents généraux, graves et souvent durables. D. Tension artérielle et pouls nul; reflux veineux plus ou moins tardif, mais constant; respiration d'abord accélérée, puis nulle; contractions du cœur accélérées, puis arrêt; accidents généraux mortels. A cette étude clinique sont jointes de nombreuses observations et des expériences fort intéressantes et très-variées.

Dans une troisième partie, M. Gouty passe en revue les déductions théoriques et thérapeutiques qu'on peut tirer de ses recherches, et résume ainsi les effets produits par la présence accidentelle de gaz dans les vaisseaux: 1° gaz dans les veines, troubles fonctionnels cardiaques, arrêt circulatoire immédiat, mort ultérieure des organes; 2° gaz dans les artères, troubles nutritifs et nécrobiose lente des éléments nerveux, arrêt circulatoire ultime. Nous n'en dirons pas plus sur ce sujet, dont les lecteurs de la GAZETTE connaissent les principaux points (voy. Société de biologie, 1875, n° 4, p. 58).

La thérapeutique peut également tirer avantage des recherches de M. Gouty; il recommande surtout la saignée et les inhalations d'oxygène.

A cet excellent et consciencieux mémoire sont jointes trois planches. Les deux premières renferment des tracés obtenus

chez des animaux ayant subi des injections d'air dans les veines et sont la reproduction graphique exacte des symptômes que nous avons résumés. La troisième contient un tracé d'injection d'air dans la carotide, et un schéma synthétique des tracés précédents.

CONSIDÉRATIONS SUR LA PARALYSIE RADIALE A FRIGORE, par M. le docteur MANUEL VICENTE. Thèse inaugurale. — In-8 de 30 pages. Paris, 1876.

On sait que, dans un important travail présenté à l'Académie de médecine, M. Panas a soutenu l'opinion que l'impression du froid humide est insuffisante pour produire la paralysie du nerf radial et que dans tous les cas on doit considérer comme cause unique ou tout au moins principale la compression exercée sur le nerf pendant le sommeil. M. Panas admet, comme tout le monde, que dans ces paralysies la contractilité électrique persiste dans les muscles animés par le nerf radial. Or, on sait que dans toute paralysie liée à la compression d'un nerf, si celle-ci est un peu prolongée, il y a non-seulement perte de la contractilité électrique dans les muscles animés par ce nerf, mais de plus, fréquemment atrophie. Ce premier argument de M. Panas n'est donc pas convaincant. M. le professeur Vulpian a fait sur ce sujet des recherches physiologiques et cliniques très-importantes, ce sont elles qui font la base du travail de M. Vicente.

M. Vulpian a constaté que, dans la paralysie radiale à frigore, le nerf radial excité par des courants faradiques avait perdu le pouvoir de faire contracter les muscles auxquels il se distribue, tandis que les muscles excités directement se contractent; il n'existe rien de semblable dans la paralysie par compression. Or, comme la sensibilité est parfaitement intacte dans le tronc du nerf radial malade aussi bien que dans celui du nerf radial sain, M. Vulpian pense que l'interprétation véritable est que le froid agit sur les extrémités périphériques des filets moteurs du nerf, produisant ainsi des effets comparables à ceux qu'on obtient avec le curare. Mais il est difficile d'admettre que le froid agit directement sur les filets intra-musculaires du nerf. M. Vulpian croit, en conséquence, que le froid agit sur les extrémités périphériques sensibles qui, à leur tour et par un phénomène réflexe, influent sur les extrémités motrices, ou pour mieux dire sur le point d'union entre ces extrémités motrices et la substance musculaire.

M. Vicente a découvert dans le cours de la paralysie radiale à frigore une autre particularité très-importante dont voici l'exposé. Quand on électrise le tronc du radial dans un cas de paralysie à frigore, il ne se produit aucune contraction musculaire, ce fait est constant à condition que les muscles animés par ce nerf n'aient pas été soumis récemment à l'action d'un courant faradique; au contraire, si, avant de porter les électrodes sur le tronc du nerf, on soumet préalablement les muscles qu'il anime aux courants faradiques, l'électrisation du nerf faite aussitôt après produit des contractions énergiques dans les muscles innervés par lui: c'est le même phénomène qu'on observe dans la première période de la curarisation.

Tels sont les faits les plus importants contenus dans le mémoire de M. Vicente. A l'appui de ce qu'il avance, l'auteur publie de très-belles observations suivies avec tout le soin désirable. Il donne, en outre, un très-intéressant extrait d'une leçon de M. le professeur Vulpian. Cette thèse est courte, et est vraie, mais il serait à souhaiter que tous les jeunes docteurs eussent observé et bien analysés des cas de beaucoup préférable aux longues et ennuyeuses compilations qu'on rencontre si fréquemment dans la collection des thèses.

VARIÉTÉS

BUREAU CENTRAL. — Le concours pour la nomination de deux médecins du Bureau central vient de se terminer par la nomination de MM. Dieulafoy et J. Straus.

TOULOUSE. — Dans sa séance de samedi, le conseil municipal de Toulouse a émis à l'unanimité un vote favorable à la création de la Faculté de médecine de Toulouse.

M. Ebelot, maire, a déclaré que les devis relatifs à cette fondation étaient actuellement à l'étude, mais il a engagé le conseil à ne pas attendre la fin de ce travail pour accepter les propositions du ministre de l'Instruction publique.

AMBULANCES MILITAIRES. — Le général de Cissev vient de décider que les infirmiers devront être munis du brassard des ambulances, mais qu'ils n'en feront usage que dans les grandes manœuvres et en campagne. Les infirmiers et les musiciens employés comme brancardiers devront être également munis de cet accessoire. Ce brassard est fait d'une bande de toile de coton pliée en double, de forme rectangulaire; il ne comporte ni boucle ni brides, et ses extrémités sont réunies par une couture; sur son milieu, deux bords de tresses en laine garance, superposés et croisés l'un sur l'autre à angle-droit, représentent le signe adopté par la convention de Genève. Cet accessoire se fixe au haut du bras, sur la manche gauche du vêtement, au moyen d'une couture faite sur ses bords latéraux.

Tous les brassards distribués aux infirmiers militaires et aux musiciens employés comme brancardiers devront être préalablement revêtus du numéro matricule du détenteur et de l'estampille ou cachet de l'intendant militaire du corps d'armée.

CRÉATION. — Le Congrès de partisans de la création des morts s'est réuni à Dresde le 7 de ce mois. Plusieurs villes et Sociétés de l'Allemagne et de l'étranger s'y étaient fait représenter. Si l'on en excepte le duché de Saxe-Gotha, tous les gouvernements allemands s'opposent à l'adoption de la création, parce que leur législation ne reconnaît que l'inhumation (*die Beerdigung*) et qu'elle ne mentionne nulle part la création.

L'auditoire du Congrès de Dresde se composait d'environ 500 personnes. Un discours en faveur de la création a été prononcé par M. Godfrey Kinkel, professeur à l'École polytechnique de Zurich. Il a été décidé qu'on publierait à Dresde un journal spécial, destiné à propager l'idée de la création d'après le procédé de Siemens.

Dans la soirée, les membres du Congrès se sont réunis autour du four de M. Siemens pour assister à la création d'un chien de grande taille. L'opération, qui a duré soixante-cinq minutes, a parfaitement réussi. Le corps n'a laissé qu'un petit tas de cendres d'une blancheur remarquable.

CHOLÉRA. — Le TIMES publie la dépêche suivante: « Calcutta, 18 juin. Le choléra a éclaté dans différentes parties de l'Inde avec une violence inouïe. Au village de Golwood, une population de 200 habitants a été détruite en trois jours. »

LE SECRET PROFESSIONNEL. *Procès intenté à une sage-femme par l'Assistance publique.* — On n'a point oublié le procès intenté par le maire du VII^e arrondissement à l'un de nos confrères, qui refusait, en déclarant la naissance d'un enfant, de faire connaître la demeure de sa mère. Le tribunal donna gain de cause à M. le docteur Berrut. Voici qu'aujourd'hui le tribunal civil de Toulon reconnaît à son tour les obligations qu'impose le secret professionnel. Une sage-femme de Toulon avait présenté à l'hospice de cette ville un nouveau-né assez gravement malade. L'enfant guéri, l'hospice voulut le rendre; mais la sage-femme refusa de reprendre cet enfant, et, se retranchant derrière l'obligation du secret professionnel, refusa également de faire connaître le nom de sa mère. Les règlements de l'administration de l'Assistance publique déclarant que l'admission des enfants nouveau-nés dans les hospices est soumise à la nécessité de faire connaître le nom de la mère de l'enfant, la commission administrative s'adressa à la justice pour faire condamner la sage-femme à reprendre l'enfant. Malgré les conclusions du ministère public, le tribunal, reconnaissant que la sage-femme n'avait employé aucune manœuvre dolosive de nature à surprendre le consentement des membres de la commission...; qu'elle s'était présentée en sa qualité d'accoucheuse en déclarant que l'enfant était né de parents inconnus, ce qui indiquait suffisamment qu'il était abandonné, renvoya la sage-femme des fins de la plainte et condamna la commission administrative aux dépens.

LA MÉDECINE SPIRITE. — Le sieur X... est prévenu d'avoir, au mépris des dispositions de l'article 35 de la loi du 19 ventôse an XI, exercé sans diplôme la profession de médecin et d'avoir employé les procédés du spiritisme. Plusieurs témoins sont appelés: tous déclarent qu'atteints d'affections aiguës dont la médecine ordinaire n'avait pu les délivrer, ils s'étaient adressés au sieur X..., lequel était parvenu, soit en leur soufflant dans l'oreille, soit en leur appliquant une eau dont ils ne connaissent pas la composition, à les soulager, sinon à les guérir.

Le prévenu, qui a déjà subi plusieurs condamnations pour escroquerie, est condamné par le tribunal à 15 francs d'amende et aux frais.

STATUE DE BOURGELAT ET BUSTE DE RODET. — L'inauguration de ces deux monuments a eu lieu le 6 mai dernier, à l'école vétérinaire de Lyon. Des discours ont été prononcés par MM. Bouley et Chauveau.

NÉCROLOGIE. — On nous annonce la mort de M. le docteur Antoine Viry, médecin principal en retraite, décédé à Rambouillet, le 21 juin, dans sa soixantième année.

— M. le docteur Villers, ancien médecin de la marine militaire, conseiller général de la ville de Lorient, vient de mourir à Paris. M. Villers était né à Toulon en 1808.

État sanitaire de Paris :

Du 9 au 15 juin 1876, on a constaté 903 décès, savoir :

Variole, 15. — Rougeole, 45. — Scarlatine, 3. — Fièvre typhoïde, 14. — Erysipèle, 7. — Bronchite aiguë, 31. — Pneumonie, 78. — Dysentérie, 0. — Diarrhée choléridiforme des enfants, 11. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 7. — Group, 15. — Affections puerpérales, 8. — Autres affections aiguës, 233. — Affections chroniques, 372, dont 153 dus à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 43. — Causes accidentelles, 21.

SOMMAIRE. — PARIS. Académie de médecine : Le spirochète de M. Weitzel. — Société académique de Nantes : Intoxication saturnine. — Le commerce des vins de bocherie. — TRAVAUX ORIGINAUX. Ophthalmologie : Note sur trois nouveaux moyens de découvrir la simulation de l'amaurose et de l'amblyopie unilatérales. — Thérapeutique : Effet de la fistule sur l'albumine renfermée dans les urines. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — Société de thérapeutique. — REVUE DES JOURNAUX. Un cas d'ostéomalacie. — Deux anomalies vasculaires importantes au point de vue pratique. — TRAVAUX À CONSULTER. — BIBLIOGRAPHIE. Index bibliographique. — VARIÉTÉS. — FEUILLETON. Des effets de plein exercice de médecine et de pharmacie en général, et de l'École de Marseille en particulier.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Journal humoristique d'un médecin phthisique (Pau, Dax, Alger), par le docteur X... 1 vol. in-18 de 503 pages. Paris, G. Masson. 3 fr.

L'hygiène dans la ville de Rome et dans la campagne romaine, par le docteur Pietro Balestra, traduit de l'italien. 1 vol. in-18. Paris, G. Masson. 3 fr.

Le système séreux, anatomie et physiologie (thèse d'agrégation), par le docteur L.-H. Farabeuf. 1 vol. in-8 de 120 pages et 4 planches. Paris, G. Masson. 3 fr.

Anatomie et développement des parties molles de l'oreille interne (thèse d'agrégation), par le docteur Coyne. 1 vol. in-8 de 95 pages. Paris, G. Masson. 2 fr. 50

Théorie physiologique des cures d'eau thermale à Lörche-les-Bains (Valais suisse), par le docteur E. Reichenbach. 1 vol. in-8 de 76 pages. Paris, G. Masson. 2 fr.

Recherches sur la staphylocoque chez les enfants de l'âge tendre, avec 16 observations personnelles, par le docteur J. Ehrmann (de Mulhouse). Mémoire couronné par l'Académie de médecine. In-4 de 78 pages. Paris, G. Masson. 3 fr. 50

De l'influence qu'exerce la grossesse, l'accouchement et l'allaitement sur la phthisie pulmonaire, et réciproquement, par le docteur F. Ortega. 1 vol. in-8 de 195 pages. Paris, G. Masson. 3 fr.

Revue des sciences médicales en France et à l'étranger, publiée sous la direction du docteur G. Hayem. Tome VII, 2^e fascicule. 1 vol. in-8. Paris, G. Masson. 8 fr.

Prix de l'abonnement annuel. 32 fr.
Le fascicule renferme, outre le résumé de tous les travaux français et étrangers nouveaux, une *Revue critique générale*, contenant : Les localisations cérébrales (suite), par M.N. Gombault et Rendu, et : Du diabète sucré, par M. T. Klein.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 29 juin 1876.

Académie de médecine : LA DISCUSSION SUR LE SOUFFLE PUERPÉRAL. — Société de biologie : GLYCOSURIE DES NOURRICES. — Société pathologique de Londres : DISCUSSION SUR LA SYPHILIS.

Du souffle puerpéral.

La discussion soulevée à l'Académie par M. Bouillaud, à l'occasion du bruit de souffle dit *placentaire*, a été reprise dans la séance de mardi dernier. Il s'agissait, comme on le sait, d'une nouvelle théorie, récemment émise par M. Glénard et qui plaçait ce bruit non pas dans l'utérus, comme le veut M. Depaul, mais dans l'artère épigastrique. M. Glénard est venu depuis à Paris et a répété ses expériences à la clinique d'accouchements, où il n'a pu convaincre personne. Dans un excellent discours, dont on trouvera un extrait au compte rendu de la séance, M. Depaul a combattu les théories de MM. Bouillaud et Glénard. Il a du reste établi que la théorie dite *épigastrique* avait déjà été émise en Allemagne il y a trente ans et qu'elle avait déjà trouvé à cette époque des contradicteurs sérieux. Il est, en effet, difficile d'admettre qu'une artère du volume de l'épigastrique puisse produire un souffle aussi prononcé et aussi caractéristique que celui qu'on observe pendant la grossesse. La question sera du reste reprise et discutée mardi prochain; nous attendrons donc, pour nous occuper de ce sujet si intéressant, la fin de l'argumentation de M. Depaul, et la réponse de M. Bouillaud, qui a déjà longuement exposé sa théorie à l'Académie. On sait que l'illustre académicien assimile le bruit de souffle puerpéral au bruit de soufflet des grosses artères.

FEUILLETON

Un médecin empirique au xviii^e siècle (1).

Il est toujours surprenant de constater combien les hommes les plus intelligents perdent, quand ils deviennent malades, la notion du vrai et du juste. S'imaginant qu'on peut les guérir alors même qu'ils sont atteints de maladies incurables, et réclamant à grands cris une guérison rapide, ils hésitent bien rarement à appeler à leur secours les charlatans les plus éhantés, de quelque nom qu'ils s'affublent et quelles que soient leurs manœuvres. « Les rois eux-mêmes, dit M. Chénou (Dict. encycl. des sc. méd., t. XV, p. 463), comme pour

Glycosurie des nourrices.

L'observation d'une nourrice qui, pendant les deux ou trois jours qui suivirent la cessation de la lactation, rendit par les urines environ 12 grammes de sucre en vingt-quatre heures, observation présentée par M. de Sinéty à la Société de biologie (voyez *Gazette hebdomad.*, 1876, n° 24), a été le point de départ d'une intéressante discussion entre MM. Blot et de Sinéty dans les séances des 17 et 24 juin.

M. Blot, qui, comme chacun le sait, a démontré en 1856 l'existence du sucre dans l'urine des nourrices et de quelques femmes grosses, ayant cru remarquer dans les conclusions de M. de Sinéty certains points qui contredisaient ses assertions, est venu les défendre à nouveau.

Le sucre existe d'une manière constante dans l'urine des nourrices, dit M. Blot; il y existe avec des variations encore inexplicables; son abondance semble toutefois varier avec la qualité du lait, et la glycosurie peut parfois servir à juger de la valeur d'une nourrice.

M. de Sinéty avait dit que, quand une femme ou une femelle animale cesse de nourrir, le sucre, s'il existait déjà dans l'urine, augmente; qu'il y apparaît souvent s'il n'existait pas; car il est bon de remarquer que M. de Sinéty a trouvé nombre de nourrices et même de très-bonnes nourrices, dit-il, qui n'étaient point glycosuriques, quand elles donnaient à téter.

Sur le premier point, l'accord s'est en partie établi puisque M. Blot accorde que le sucre formé ne trouvant plus son écoulement par la mamelle est éliminé par l'urine; et dès lors la glycosurie ne serait plus en rapport avec la quantité de la sécrétion lactée, mais en raison inverse de l'excrétion.

Mais il n'en est pas de même pour ce qui est de la constance du sucre dans les urines des nourrices; M. Blot en a toujours trouvé; M. de Sinéty dans nombre de cas n'en a pas

arguer les Facultés, à la création desquelles ils avaient pourtant coopéré, ont entretenu, payé, récompensé royalement, à la barbe d'Esculape, les bateleurs effrontés porteurs de recettes excentriques, vendeurs d'orviétans et armés de pratiques superstitieuses. Nous avons fait connaître une femme, *Hersend*, que saint Louis emmena avec lui comme *physicienne*, dans l'expédition d'outre-mer, et qu'il renvoya en France, honorée d'une patente royale qui lui donnait, sa vie durant, douze deniers parisis par jour pour les services qu'elle avait rendus au saint roi. »

Le xiii^e et le xiv^e siècle ont été surtout féconds en procès intentés par la Faculté de médecine de Paris contre les charlatans, dont les exploits remplissent plusieurs volumes des *Commentaires* de la Faculté. Mais le règne de Louis XIV paraît avoir fait éclore un nombre assez respectable de ces empiriques, et le grand roi n'a pas moins encouragé leurs pratiques que ses prédécesseurs Philippe-Auguste ou Charles IV. Presque tous ceux qui pratiquaient ainsi l'exercice illégal de la mé-

(1) L'histoire de Christophe Ozanne a été écrite par M. Renou, conseiller à la Cour de Paris. La brochure qu'il lui a consacrée (*Vie de Christophe Ozanne, médecin empirique de Chaudray, près de Mantilly, Charente*, Ed. Garnier, imprimeur) n'a été tirée qu'à un très-petit nombre d'exemplaires. C'est pourquoi nous avons eu la pensée de faire connaître quelques-uns des intéressants documents qu'elle renferme.

rencontré, et d'après lui, l'imperfection des moyens, surtout l'emploi de la liqueur cupro-potassique, est peut-être la cause de la divergence qui existe entre les résultats de M. Blot et les siens.

En l'état, la discussion nous paraît donc conduire aux conclusions suivantes. L'existence du sucre dans l'urine des nourrices est un fait très-fréquent, mais non absolument constant. La quantité de sucre qu'on y rencontre dans l'urine n'est pas proportionnelle à la quantité ou à la qualité du lait excrété, mais semble en rapport plutôt avec la difficulté de l'excrétion. Comme conclusion pratique le dosage du sucre ne peut servir à établir la qualité d'une nourrice qu'autant qu'elle aurait été longtemps sans donner à téter.

Mais il reste un point important à élucider ; y a-t-il en même temps que la sécrétion lactée suractivité de la fonction glycogénique du foie, y a-t-il au contraire résorption du sucre contenu dans le lait ? Pour résoudre ce point, il faudrait extraire le sucre en nature de l'urine des nourrices ; et nous ne pouvons mieux finir qu'en disant, avec M. Claude Bernard, qu'au point de vue de la physiologie générale, ce serait là le côté le plus important de ces recherches.

II. Gu.

Discussion sur la syphilis.

Les sociétés savantes de Londres ont donné dans ces dernières années l'exemple des grandes discussions. Le cancer, la pyohémie, la fièvre puerpérale ont fourni le sujet de longs et fructueux débats à la Société pathologique et à la Société obstétricale. Dernièrement, la syphilis était à l'ordre du jour à la Société pathologique, où M. Jonathan Hutchinson ouvrait le débat par une adresse pleine d'aperçus originaux et qui devait donner lieu à d'intéressantes controverses. MM. Paget, William Gull, Simon, Berkeley Hill, Wilks, etc., ont pris part à cette discussion, qui nous a paru offrir assez d'intérêt pour être brièvement résumée et soumise à l'appréciation des pathologistes français.

En premier lieu, nous ferons connaître les idées exposées dans l'adresse de M. Hutchinson. Nous signalerons d'abord la première partie de son discours, dans laquelle il condamne, bien à tort selon nous, les doctrines de la dualité. « Je crois, nous dit-il, que le dualisme a succombé depuis longtemps et que la doctrine plus simple qui attribue le chancre mou à la contagion par le virus syphilitique, dont il ne contient cepen-

dant pas les germes, est aujourd'hui généralement acceptée; il n'y a dans la syphilis qu'une seule maladie, qu'un seul virus. » Ou certainement, il n'y a dans la syphilis qu'un seul virus ; mais ce virus n'est pas contenu dans le chancre mou, et si le dualisme tel que l'avait compris Bassereau n'est plus admissible aujourd'hui, il ne saurait être remplacé par la théorie de M. Hutchinson, qui prétend placer le chancre mou parmi les accidents syphilitiques.

Mais ce n'est pas sur ce point de l'adresse que nous désirons attirer l'attention. On sait que le chirurgien anglais a toujours été le plus ardent défenseur de la doctrine qui considère la syphilis comme une fièvre spécifique ayant des phases distinctes, une période d'incubation et une période exanthémateuse ou d'éruption, et suivie par des complications plus ou moins graves qu'on désigne sous le nom d'accidents tertiaires. M. Hutchinson reprend sa thèse favorite et consacre la plus grande partie de son discours à démontrer que les lésions tertiaires ne sont pas les effets directs, mais les résultats ou plutôt les suites de la syphilis ; il les assimile aux complications pulmonaires ou rénales qui peuvent survenir après la scarlatine, la rougeole ou toute autre fièvre spécifique. Le principal argument sur lequel il appuie cette opinion est que, dans la première phase de la syphilis les manifestations sont générales et symétriques, ce qui prouve qu'elles sont dues à une maladie du sang ; après un laps de temps plus ou moins long, les manifestations sont irrégulières et ne se développent plus symétriquement, ce qui semblerait prouver que la maladie principale n'existe plus et que les accidents observés doivent être considérés comme des suites. C'est ainsi que, « selon toutes probabilités, la syphilis cesse d'être une maladie du sang lorsque les manifestations *symétriques* ont disparu, et cette époque doit varier selon le traitement adopté et l'idiosyncrasie du malade ». Quant à la question pratique, celle de savoir à quelle époque la maladie cesse d'être contagieuse et transmissible par hérédité, M. Hutchinson pense qu'elle ne peut être actuellement résolue ; il incline cependant à croire que le malade conserve le pouvoir de la transmission héréditaire pendant et même après la période des accidents tertiaires.

L'auteur considère ensuite les différents produits spéciaux de l'inflammation syphilitique, qui ont entre eux des rapports très-intimes. L'absence de suppuration, une certaine tendance à la mortification, au phagédémisme et à la gangrène, une grande facilité de résorption, principalement lorsqu'elles sont attaquées par certains sels métalliques, tels sont les caractères

decine étaient défendus par l'Eglise ou lui appartenaient. C'était l'abbé Aignan, dit *frère Tranquille*, inventeur d'un baume resté célèbre; le frère Ange, capucin, inventeur du sel végétal ; l'abbé de Belzé, qui donna son nom à un purgatif ; le père Guillon ; l'abbé Rousseau, etc., etc. On comprend trop bien que la Faculté ait dû, en 1695, adresser au Parlement une requête « contre les prêtres, religieux et moines qui font de la médecine et vont dans les maisons pour traiter hommes, femmes et enfants ». L'un des plus brillants de ces empiriques, Carrette, dit *le marquis*, vendait un élixir à deux louis la goutte. M. Beauot a recueilli quelques lettres de M. et madame de Coulanges à madame de Sévigné, qui font connaître ce charlatan :

« Madame de Coulanges se porte assez joliment (Lettre du 4^{er} septembre 1694) ; elle a envoyé à son marquis une tabatière d'or pesant deux cents écus et contenant dix louis de façon, sous prétexte qu'elle avait du tabac meilleur que le sien. Le marquis n'a pas daigné seulement l'en remercier... Il prétend

lui avoir donné deux cent cinquante pistoles de bouteilles (de son élixir)... » Madame de Coulanges écrit, de son côté, le 26 novembre : « J'avale sans fin des gouttes de Carrette, et tout ce que je sais c'est qu'elles ne font point de mal. Il y a peu de remèdes dont on en puisse dire autant. » Le 10 décembre, le style change : « Carrette, dit alors M^{me} de Coulanges, exerce son art très-inutilement sur ma personne. Il me donna il y a quelques jours une médecine qui me fit de très-grands maux ; mais il dit comme dou Carlos : *Tout est pour mon bien*. » Hélas ! après Carrette et son élixir vinrent Helvetius avec une préparation d'absinthe et, malgré les doléances de M. de Coulanges, toute une série d'empiriques à la mode du jour.

C'est à cette même époque que vivait à Chaudray, près de Mantes-sur-Seine, un simple et honnête paysan, Christophe Orzanne, dont la chaumière devint bientôt le rendez-vous des brillants seigneurs de la cour du grand roi.

M. de Coulanges, très-habitué aux exigences des charlatans

les plus marqués des productions syphilitiques. Relativement au phagédénisme, M. Hutchinson exprime une opinion qui n'est pas certainement partagée par tous les pathologistes : « La tendance au phagédénisme est si marquée dans la syphilis, nous dit-il, qu'on peut, sauf de rares exceptions, considérer comme syphilitique tout individu qui présente des symptômes de phagédénisme. » Voilà une assertion qui est en contradiction formelle avec les faits. On a même cru en France que le phagédénisme était une sorte d'immunité contre la syphilis constitutionnelle. C'était là une erreur, car le phagédénisme peut également compliquer tous les ulcères vénériens, mais il est certain qu'il se montre plus souvent sur le chancre mou et qu'on peut le considérer comme une exception sur le chancre induré.

M. Hutchinson étudie ensuite les relations qui peuvent exister entre les différentes périodes de la syphilis. Il fait justement remarquer que s'il existe entre ces périodes des points de similarité marqués, il existe également de nombreuses différences. La période secondaire est caractérisée par une tendance aux manifestations générales et symétriques; la troisième par des manifestations locales, restreintes et asymétriques. Dans la deuxième, le sang et tous les tissus sont atteints; dans la troisième, la maladie n'occupe que certaines régions et même certains points limités de l'organisme. La résolution et l'absorption spontanée qu'on observe quelquefois dans la période secondaire est tout à fait exceptionnelle dans la période tertiaire de la syphilis. Comme on peut lui objecter que les accidents secondaires n'intéressent que les tissus superficiels tandis que les régions profondes sont atteintes par la syphilis tertiaire, M. Hutchinson a soin d'ajouter que le processus inflammatoire est souvent très-considérable dans la période secondaire et que rien ne prouve que les viscères eux-mêmes ne soient déjà atteints. Le chirurgien anglais appelle l'attention sur un point d'une importance pratique et qui n'a pas encore été étudié : l'action de la syphilis sur les viscères dans la période secondaire. Il montre clairement que, dans cette période, les tissus superficiels ne sont pas les seuls affectés et cette partie de son adresse est de beaucoup la plus intéressante. Il va même jusqu'à avancer que les lésions tertiaires se développent le plus souvent dans des tissus où la syphilis tertiaire avait déjà déposé le germe morbide. Cette hypothèse se rapproche un peu de celle de Virchow qui a prétendu que les lésions tertiaires étaient dues au poison syphilitique emmagasiné dans les glandes et qui, à un moment donné, se répandait dans les tissus pour produire l'infection.

Après avoir considéré la syphilis dans ses relations avec la scrofule, et affirmé que les deux diathèses n'ont entre elles aucun lien pathologique, l'orateur termine son adresse en passant en revue les travaux des auteurs contemporains. Nous regrettons qu'après avoir mis en avant les noms de Ricord, de Fournier et de Lancereaux, il ait oublié de citer Rollet et autres syphiliographes de l'école de Lyon qui ont pris une si grande part aux travaux de ces vingt dernières années.

Dans la discussion qui a suivi la lecture de cette adresse, MM. Henri Lécé et Drysdale ont combattu l'unicisme et affirmé que le chancre mou et le chancre induré doivent leur origine à des virus de nature différente. Sir James Paget a ensuite, dans un long discours, appuyé les doctrines de M. Hutchinson qui assimilent la syphilis aux autres fièvres spécifiques. Mais nous pensons que l'illustre chirurgien s'est montré fort au-dessous de sa sagacité habituelle lorsqu'il a comparé les accidents tertiaires de la syphilis aux complications et aux suites de la fièvre typhoïde et de la malaria. On peut admettre une certaine analogie entre la syphilis et la variole, mais, comme l'a fait remarquer M. de Méric, c'est forcer l'analogie que de comparer les accidents de la syphilis à ceux de la fièvre typhoïde.

Les opinions contradictoires ont été émises relativement à la durée de l'infection syphilitique. M. Hutchinson pense que le pouvoir de la transmission héréditaire cesse deux années après la disparition des accidents secondaires et il ajoute qu'à cette époque la syphilis ne saurait être considérée comme une affection constitutionnelle. Mais cette opinion a été vivement combattue par M. Thomas Smith qui n'admet pas la guérison de la syphilis et croit qu'un syphilitique conserve le pouvoir de la transmission héréditaire pendant toute sa vie. La même opinion est exprimée par Sir William Gull : « *Syphilis once, syphilis ever; syphilis general, syphilis universal, in the man all the time he lives.* » Telles sont les paroles par lesquelles le grand pathologiste anglais affirme que la syphilis constitutionnelle ne quitte l'homme qu'avec la vie. Il y a de part et d'autre un peu d'exagération et d'absolutisme, car l'absence de faits et de documents ne permet de formuler que des hypothèses sur ce point important.

M. Pollock a fait quelques remarques intéressantes sur l'influence du climat et de la race sur la marche et la gravité de la syphilis. Il n'est pas éloigné d'admettre les théories de Gauthier qui établissent que la syphilis peut revêtir une forme plus ou moins grave en passant d'une race à une autre. Cette dernière assertion n'est pas appuyée sur un assez

qui exploitaient la crédulité de sa femme, parle de celui-ci en termes bien différents : « M. de Nevers est enfin revenu de Nevers avec sa belle épouse, après y avoir pensé mourir. L'humour de la goutte qui se promène par tous les canaux les plus caclés de son corps lui cause des maux tout extraordinaires. Il partit avant-hier pour aller, dans le voisinage de la Roche-Guyon, consulter Christophe *aux deux* (Ozanne), qui est un laboureur, mais un homme admirable pour la guérison de tous les maux par la connaissance qu'il a des simples, qu'il tient de son père et qu'il laissera, faute d'enfants, à un de ses neveux. Enfin les cancers, la gravelle, les abcès, les ulcères, rien ne tient devant lui. On ne parle que des cures étonnantes qu'il fait et de son désintéressement. Il donne aux pauvres ses remèdes pour rien; il les fait payer aux riches précisément ce qu'ils valent; n'exige, pour toute récompense, que trente sols ou un écu qui lui fait mettre dans un tronç pour les pauvres. Il ne veut pas venir en ce pays-ci (Paris); il ne veut pas non plus qu'on bâtisse aux environs de chez lui. Le

duc de Grammont et Turmenies sont guéris par lui; le duc de Nevers lui a envoyé cent pistoles, qu'il lui a renvoyées aussitôt » (27 janvier 1696).

La réputation d'Ozanne se répandit si bien que les religieuses de plusieurs couvents voulurent le consulter; c'est à ce propos que Bossuet, évêque de Meaux et doyen du prieuré de Saint-Sulpice de Gassicourt-les-Mantes, refusa une première fois, dans les termes suivants, la permission qui lui était demandée par une religieuse de l'abbaye de Taremouliers : « Je vous dirai franchement que je trouve le sujet de la sortie fort léger pour aller voir le *médecin de Chaudrey*. S'il fallait, à tous les nouveaux ou médecins ou charlatans qui s'élevaient, faire sortir les religieuses, la conséquence en serait trop grande. On peut exposer le mal et recevoir les avis nécessaires sur cet exposé. Quant à l'inspection de la personne, c'est là un de ces soulagements d'imagination auxquels on renonce quand on s'est consacré à Dieu. » L'austère prélat avait compté sans l'énergie avec laquelle Christophe

grand nombre d'observations pour être acceptée; quant à l'influence du climat on peut jusqu'à un certain point l'admettre et supposer que la température peut, en augmentant ou diminuant l'activité fonctionnelle des organes, les rendre plus ou moins accessibles à l'infection spécifique.

Une autre question posée par M. John Wood a beaucoup occupé la Société. « Les effets de la syphilis sont-ils moins graves aujourd'hui qu'autrefois et, s'il en est ainsi, devons-nous attribuer cet état à la syphilisation. » Tous les chirurgiens sont unanimes à affirmer que la gravité des accidents syphilitiques a beaucoup diminué et que cette diminution a été surtout appréciable pendant ces vingt dernières années; mais ils sont loin d'attribuer ce résultat à la syphilisation. Il est en effet plus rationnel de l'attribuer aux mesures prophylactiques et aux perfectionnements introduits dans les méthodes thérapeutiques.

Dans une longue réponse qui a terminé la discussion, M. Hutchinson a reproduit les principaux arguments exposés au commencement de cet article et a de nouveau insisté sur trois points importants : unicité du virus syphilitique; assimilation de la syphilis aux autres fièvres spécifiques; cessation de l'infection syphilitique peu de temps après la disparition des accidents secondaires et tertiaires.

LUTAUD.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Clinique de la Pitté.

(Service de M. VERNULIL.)

CAS DE TÉTANUS VAINEMENT TRAITÉ PAR LE CHLORAL; EXAMEN DES CAUSES DE LA MORT; EXPLORATIONS PNEUMOGRAPHIQUES.

(Fil. — Voyez les n° 23 et 24.)

Nous avons trouvé dans un des derniers numéros de *The Lancet* (15 avril 1876, p. 567) deux observations publiées par le docteur Baker, et qui sont aussi fort instructives.

Obs. I. — Une femme de vingt-neuf ans se fit une large plaie contuse du pied gauche; les téguments et les parties voisines se sphacélèrent au point de laisser à découvert le calcaéum et l'astragale. Tout ce processus avait été fort douloureux, et pour apaiser les souffrances on avait donné le chloral pendant les deux premiers jours, puis des opiacés.

Le onzième jour, alors que le sphacèle paraissait limité, la malade se plaignit pour la première fois de douleurs et de roideur

dans le côté du cou en avalant, et d'une sensation d'étouffement vers le soir.

Le lendemain, ces symptômes augmentent et le trismus est bien marqué. On prescrit une potion contenant du bromure de potassium et du jus de ciguë, et on fait des injections sous-cutanées de morphine.

Les jours suivants, les convulsions entraînent les muscles de la nuque, des bras, de l'abdomen et des cuisses, surtout de la cuisse gauche. On fut obligé d'administrer les aliments et les médicaments par le rectum, bien que la malade pût les avaler par petites quantités à la fois.

Le cinquième jour du tétanos, en examinant le pied, on trouva le nerf plantaire interne profondément situé, tendu en travers de la plaie et lacéré, ses fibres étaient dissociées; on le divisa et l'on résolut d'amputer la jambe; mais le lendemain la malade paraissait très-épuisée et presque inconsciente, le pouls était faible et lent; il n'y avait plus de spasmes et les mâchoires étaient complètement relâchées. Jusqu'à ce jour elle avait toujours pu avaler les médicaments, mais elle paraissait suffoquer lorsqu'elle les prenait. On lui prescrivit une potion éthérée, qu'elle prit relativement bien, mais la bouche et les lèvres étaient sèches et couvertes de saubures, la langue noirâtre et le pouls presque imperceptible. Elle parut se remonter un peu, puis s'affaiblit vers le soir et mourut à une heure de la nuit.

Obs. II. — Un homme de vingt-neuf ans, charbonnier, très-sain, sobre, eut le doigt pris entre la roue d'un wagon et celle de sa voiture. La plaie fut pansée par un ami et l'on n'y toucha pas pendant huit jours; les douleurs furent si vives pendant ce temps que le blessé ne put dormir. Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, il éprouva une douleur déchirante entre les épaules, et le matin de l'entrée, 4 janvier, il sentit que ses mâchoires devenaient roides. Cette roideur ne fit qu'augmenter. Les muscles temporaux et masséters semblaient rigides. Cou droit et un peu roidi. Plaie gangréneuse de la moitié inférieure de l'index gauche laissant la phalange unguéale à nu. A sept heures du soir, on prescrivit 2 grammes de chloral à prendre toutes les deux heures. A neuf heures on administra le chloroforme pour enlever le doigt. Cela provoqua de violents spasmes tétaniques, qui augmentèrent de gravité avec la continuation du chloroforme, qu'on fut obligé d'abandonner à cause de l'apparition de dyspnée considérable, de lividité de la face et d'opisthotonos. On eut le doigt sans anesthésie. La nuit ne passa assez mal; il y eut plusieurs accès de spasmes et une grande gêne de la déglutition.

Le lendemain, l'opisthotonos était plus prononcé encore; le malade ne pouvait avaler et paraissait près de suffoquer. A deux heures quarante-cinq de l'après-midi survint une série de spasmes violents; l'opisthotonos était si marqué que le corps ne touchait plus le lit; la face était noire, la respiration cessa entièrement, mais le pouls resta bon. Après trois ou quatre minutes de respiration artificielle il commença à soupirer; on lui fit inhaler une quantité considérable de chloroforme, les muscles se relâchèrent complètement et il devint calme. On lui donna alors un lavement avec 2 grammes de chloral. Il eut encore deux attaques plus violentes de spasmes, à une demi-heure d'intervalle, pendant lesquelles on employa avec succès le chloroforme et la respiration artificielle. On prescrivit un lavement contenant 1 gramme de chloral toutes

Ozanne refusait de remettre ses consultations sans inspection de la personne. Il se résigna donc quelques jours plus tard à donner la permission demandée, non sans faire remarquer combien un homme aussi peu instruit était incapable de procurer à une malade le moindre soulagement : « J'ai été à Manté, écrit Bossuet le 6 octobre 1696, à deux lieues du *Manté-in de Chaudray* et résolu, madame, d'y aller moi-même le consulter pour notre religieuse, si je n'eusse appris que pour aucune considération il n'écoutait aucune consultation et voulait voir la personne, ce qui m'a enfin fait résoudre, par une indulgence peut-être excessive, d'accorder le congé à cette religieuse et à la campagne que vous voudrez lui donner, plutôt pour la salafaire que par aucune espérance de soulagement; cet homme étant incapable, autant que j'en puis juger, de lui en donner aucun. Je lui conseille donc de renoncer, pour l'amour de Dieu, à cette frivole satisfaction. Si elle ne peut s'y résoudre, déterminez-lui vous-même si vous l'avez agréable, un terme fort court, et prions

Dieu tous ensemble qu'il ne m'impute pas ma facilité à péché. »

Cependant l'engouement de la foule croissait en raison même de la brusquerie et de la simplicité avec laquelle Ozanne recevait ses nombreux clients : « C'est, dit l'abbé Laurent Bordon, dans une interminable lettre décrivant minutieusement la chaumière d'Ozanne, c'est un simple paysan, d'une humeur froide et flegmatique, parlant peu, lentement et fort bas, de moyenne taille. Lorsqu'en saluant vous l'approchez pour consulter sur votre maladie, vous le voyez inébranlable sur une petite chaise de paille, contre la fenêtre, auprès de laquelle est accrochée une assez belle montre qu'une personne qui l'a guérie lui a laissée sans qu'il s'en soit aperçu. A peine il vous écoute et aussitôt il s'exécute. Très-souvent même, pour couper court, il juge par la seule physionomie et du secours et des remèdes qu'il faut apporter au malade; et, à mesure qu'il les ordonne, le *secrétaire de santé*, autre jeune paysan, les écrit et les délivre aux malades. » On conçoit aisément

les heures, et après les deux premiers on ajouta du thé de bœuf et de l'eau-de-vie. A partir de ce moment les accès devinrent moins rapprochés et moins violents; dans les intervalles le malade dormit tranquillement, avec relâchement complet des muscles. Il retenait bien les lavements.

Six heures du soir. — Spasmes très-légers, à peine de dyspnée, pouls bon.

Neuf heures. — Pas de spasmes depuis longtemps; un seul tressaillement à ce moment; il dort tranquillement sur le côté droit; respiration tranquille; pouls à 116, plein.

A dix heures cinquante tout allait bien, lorsqu'on le vit tressaillir brusquement dans son sommeil et mourir sans apparence de dyspnée, sans devenir livide; le pouls, qui avait été bon jusqu' alors, s'arrêta tout à coup.

A l'autopsie, on trouva une congestion excessive de la moelle épinière.

Le docteur Baker insiste ensuite sur le contraste qui existe entre ces deux cas, dont le premier pourrait être appelé subaigu et le second très-aigu. « Dans le premier cas, dit-il, le début et la marche de la maladie furent lents et graduels, la femme conservant sa connaissance jusqu'à la fin; les spasmes ne furent jamais graves, la respiration ne fut jamais interrompue d'une manière inquiétante et la déglutition fut possible jusqu'à la fin. Les symptômes de la maladie disparurent douze heures avant la mort, qui survint d'une manière lente et graduelle après disparition complète du pouls pendant quatre heures. La température restée longtemps normale monta jusqu'à 39°, 4. Dans le second cas, le début de l'affection fut brusque et la mort survint trente-six heures après. Les spasmes furent très-graves, la respiration et la déglutition souvent interrompues, mais la température ne dépassa pas la normale. Le pouls était bon et fort, et le malade mourut soudainement, quoique sans aucune interruption apparente de la respiration. Mourut-il alors de spasme du tissu musculaire du cœur? On admet que dans ces cas la mort soudaine a lieu par spasme des muscles de la glotte; mais s'il en eût été ainsi, il y aurait eu interruption plus apparente de la respiration. Dans le premier cas la mort fut évidemment causée par l'épuisement, mais il n'en fut pas de même dans le second. »

Je n'admets pas entièrement l'interprétation du docteur Baker sur les causes de la mort dans ces deux cas, que j'examinerai plus loin.

J'ajouterai quelques réflexions aux faits qui précèdent.

Dans mes trois cas l'invasion a eu lieu brusquement en apparence; cependant dès la veille dans les deux premiers et même plusieurs jours à l'avance dans le dernier, des phénomènes précurseurs s'étaient montrés, sous forme de légers accès très-prononcés chez le congelé et chez l'enfant, et sous forme de douleurs avec soubresauts dans le membre chez l'homme à la fracture. Bien des fois j'ai constaté déjà l'existence de ces prodromes du tétanos, et je les crois très-communs;

que, procédant ainsi, l'empirique de Chaudray ne pouvait réussir qu'en s'adressant à des malades imaginaires ou à ceux qui pouvaient guérir sans prendre aucun remède. Bientôt donc, malgré la réclame que, contre son gré, on faisait à Ozanne, les insuccès devinrent assez nombreux. Le curé de son village et son vicaire, qui ne pouvaient croire à son talent, se donnèrent dès 1696 le malin plaisir d'enregistrer dans les actes d'inhumation de leur paroisse les noms des malades qui, accourus à Chaudray pour y être guéris, ne purent plus en reparti et finirent par y laisser leurs os. La liste était déjà nombreuse que l'on continuait cependant à venir à Chaudray et que l'on se trouvait obligé d'établir pour Ozanne lui seul un carrosse public qui partait de Paris deux fois la semaine.

En même temps, livres, almanachs, gravures, estampes, reproduisaient les traits ou décrivaient l'habitation du plus célèbre des empiriques. Les épigrammes les plus variées étaient, par contre, lancées contre les médecins.

pendant je reconnais qu'ils ne permettent point de porter le diagnostic de cette complication, parce que de pareilles douleurs, même accompagnées de spasmes musculaires légers, se montrent fréquemment dans des blessures qui heureusement se comportent dans la suite tout à fait naturellement. Rien de plus malaisé que de distinguer les phénomènes précurseurs du tétanos de ces névralgies traumatiques précoces, dont j'ai tracé l'histoire dans un autre travail.

Le fait suivant me paraît très-intéressant à ce point de vue (Léonard Cave, *The Lancet*, 15 avril 1876, p. 564) :

Obs. — Un homme de vingt-huit ans, rhumatisant, mais ni syphilitique, ni épileptique, laissa tomber quelque chose de lourd sur son pied droit; il s'ensuivit une douleur vive et un léger écoulement de sang; la douleur cessa au bout de quelques jours, et la blessure ne détermina aucun autre accident.

Trois semaines après, en marchant, il sentit une douleur aiguë dans le gros orteil, suivie d'une éruption violente dans le pied et le cou-de-pied. Il ne put rentrer que difficilement chez lui. Là il tint la jambe élevée, appliqua sur elle de la flanelle chaude, etc.; mais la douleur augmenta et se changea en *attaques*. Comme elle continua à s'accroître le reste du jour, il envoya chercher un médecin.

Le malade était excité, anxieux, la parole rapide; accès de douleurs revenant à intervalles d'une ou plusieurs minutes, avec élanements convulsifs dans la jambe; pendant le paroxysme la respiration se ralentit et s'arrêta même complètement. Sensation de roideur au cou, aux épaules et à la face, mais peu d'obstacles à l'ouverture de la bouche. En décoouvrant le pied, il se produisit une attaque convulsive, qui céda bientôt et recommença lorsque le médecin porta sa main, qui était froide, sur le pied.

Le chloral à hautes doses (1^{re}, 20 toutes les deux ou trois heures) fut administré; les symptômes s'arrêtèrent là et deux jours après tout était fini.

L'observation est intitulée : TÉTANOS TRAITÉ PAR LE CHLORAL; mais je ne crois pas, pour ma part, qu'il s'agisse là d'un véritable tétanos. Je vois bien là des crampes douloureuses, des spasmes, des convulsions même généralisées, mais très-passagères, et qui cédèrent rapidement à l'administration du chloral. Du reste il n'y eut pas de trismus.

Mais comme en somme la réapparition de la douleur dans un foyer traumatique est un phénomène anormal, un véritable accident, il sera toujours bon de s'en préoccuper et de se rappeler qu'en certains cas elle peut annoncer l'invasion prochaine du tétanos.

Si j'adoptais les formes admises par les classiques, je compterais dans ma petite série un cas saurigu (seize heures) et un cas aigu (quarante heures). Je serais plus embarrassé déjà pour mon troisième fait, où la mort n'est survenue qu'à la fin du sixième jour, c'est-à-dire à une époque déjà assez éloignée du début. J'ai combattu jadis à la Société de chirurgie cette division basée sur la durée, et qui a la prétention, mal fondée suivant moi, de régir le pronostic.

J'ai proposé de calculer la gravité du mal non pas d'après s

Un médecin s'est fait dans un village;
On fait des ignorants dans notre Faculté;
Celui-là nous rend la santé,
Et ceux-ci des plaisirs nous font perdre l'usage.

Sur une estampe représentant le laboratoire, c'est-à-dire la cuisine d'Ozanne, on lisait ces vers :

Ozanne n'eut jamais dessein
De s'ériger en médecin;
L'honneur qu'on lui fait le chagrine.
Lui médecin! Comment! par où?

Il guérit tout le monde et n'en prend pas un sou;
Tous les jours le contraire arrive en médecine.

On fit mieux encore. Il existait un beau portrait gravé par L. de Chatillon et représentant Agathe Gottereau, sœur de Clos, médecin et directeur du laboratoire de l'Académie royale des sciences, mort en 1685. La planche qui servait à tirer ce portrait appartenait à la veuve de Ligny, marchand

l'étendue de la contracture, ni d'après sa prolongation plus ou moins grande, mais bien sur sa localisation à tel ou tel groupe musculaire, et il me semble que mes trois faits confirment manifestement ma manière de voir.

Chez mes deux premiers patients le spasme musculaire a d'embré, violemment et simultanément, atteint la colonne cervicale et le pharynx, laissant, pour un temps du moins, les autres muscles dans un repos relatif; le trismus lui-même a été modéré. De là deux symptômes saillants, l'épisthotonos cervical et la dysphagie. La dyspnée n'est venue que plus tard.

J'ai été frappé de cette double coïncidence et me suis demandé si elle n'avait pas quelque chose à revendiquer dans la similitude du résultat. Je me rappelaï à ce propos quelques paroles prononcées en 1870 par notre regretté collègue Giraldès, et que je demande la permission de reproduire.

Faisant une distinction entre la forme pharyngienne, de beaucoup la plus grave, et les autres formes du tétanos, Giraldès demanda à M. Boinet si ses malades avaient été pris de spasme pharyngien pouvant rendre la déglutition impossible. « Dans ces cas, ajoutait-il, le danger est très-grand et le chloral ne peut plus être administré que par le rectum. Il avait eu l'occasion de voir cette forme deux fois : la première, chez un Bavaïois atteint d'un coup de feu à la cuisse; la seconde chez un enfant ayant une blessure à la main. Bien que le chloral fut administré par le rectum, les deux malades n'en succombèrent pas moins dès le troisième jour après l'apparition du tétanos. Chez un autre militaire, qui tout d'abord ne présenta pas de spasme pharyngien, le tétanos dura treize jours et ce ne fut qu'après l'apparition de ce symptôme que le malade succomba rapidement dans l'espace de vingt-quatre heures. » (*Bull. de la Soc. de chir.*, 3^e série, t. II, p. 325.)

Or dans mes deux premières observations j'ai noté expressément la dysphagie intense, ce qui m'avait conduit à administrer le chloral par la voie rectale (1). Le médicament qui, soit dit en passant, agit très-bien par cette voie, amena sans peine le coma réchiré, mais ne modifia guère la contracture pharyngienne et la mort ne tarda pas à survenir. Comme l'opisthotonos cervical fut également persistant, je fus conduit à me demander si la gravité du tétanos n'était pas en rapport avec ces deux symptômes.

C'est le résultat de mes réflexions que je veux communiquer.

Opisthotonos cervical. — La tête est fortement renversée en arrière ou en extension forcée. Dans cette attitude, la convexité naturelle antérieure de la colonne vertébrale s'exagère beaucoup. Le larynx, proéminent, s'y applique exacte-

ment. Attiré en haut par les muscles de la région sus-hyoïdienne, il devient fixe au point de perdre presque toute mobilité, à la fois dans le sens transversal et dans le sens longitudinal. D'après des recherches qui devront être multipliées, la forme de la glotte serait elle-même modifiée, surtout chez les jeunes sujets, par cette situation du larynx.

En tout cas, et comme on peut s'en assurer sans peine par la plus simple expérimentation, l'extension forcée de la tête gêne singulièrement la déglutition et la respiration. Le premier de ces actes est entravé peut-être par la distension longitudinale du pharynx, et certainement par l'effacement de cette cavité à sa partie inférieure au moins, en raison de l'application du larynx sur la face antérieure des vertèbres. On sait du reste combien est difficile le cathétérisme de l'œsophage quand la tête est trop fortement renversée. Il serait donc possible que l'opisthotonos cervical provoquât la constriction du pharynx et par conséquent la dysphagie.

La respiration n'est pas moins compromise par l'extension forcée de la tête. Cette attitude a-t-elle été volontairement prise, au bout de quelques minutes on ressent un malaise extrême non-seulement à la nuque, mais au cou et même dans toute la cage thoracique. Chez plusieurs personnes ce renversement de la tête suscite presque instantanément la toux.

Tout cela s'explique assez bien par l'immobilisation du larynx, et l'on connaît déjà les inconvénients de cette immobilisation. Si, en effet, dans la respiration paisible les mouvements verticaux du larynx sont peu étendus, ils le deviennent infiniment plus dans la dyspnée, quelle qu'en soit la cause; en supposant donc que l'opisthotonos n'amenât pas par lui-même la dyspnée, il l'augmenterait certainement beaucoup.

Tous ceux qui sont familiarisés avec l'opération de la trachéotomie savent que la fixation trop complète du larynx est périlleuse et qu'on l'a accusée de suspendre la respiration. J'ai entendu faire ce reproche au procédé de Chassinac, qui fixait le cartilage cricoïde avec un ténaculum. On n'ignore pas non plus que de graves accidents peuvent survenir si, en fixant la tête des enfants pour mieux exposer la trachée, on exagère trop l'extension. J'ai la conviction d'avoir perdu un petit enfant de cette façon.

Je conclus de tout ceci que l'opisthotonos cervical très-prononcé, et surtout très-prolongé, pourrait bien porter une atteinte sérieuse à la déglutition et à la respiration, et jouer un rôle dans la léthargie du tétanos. La conséquence est qu'il faudrait combattre directement ce symptôme par des moyens que nous examinerons plus loin.

Dysphagie. — Tout en admettant que la dysphagie est due jusqu'à un certain point aux causes mécaniques que j'examinai plus haut, il n'est pas téméraire d'affirmer que la con-

(1) Dans les deux cas du docteur Baker, surtout dans le dernier, il y eut aussi de l'opisthotonos et de la dysphagie.

d'estampes. Cette planche restait improductive; on n'achetait plus le portrait du savant Cottereau. Que fit la marchande? Elle supprima les noms des artistes et une partie des accessoires qui pouvaient aider à faire reconnaître la gravure primitive; puis elle fit graver en caractères bien lisibles le nom de *Christophe Ozanne*, et c'est ainsi que le médecin de Chaudray, malgré sa modestie, se trouve représenté dans un beau costume, avec un rabat brodé, une figure imposante, et la main appuyée sur un livre qu'il n'aurait su lire. Ozanne mourut octogénaire en 1713. Peu à peu sa clientèle s'était éteinte; mais quand sa chaumière eut cessé d'être le rendez-vous des grands seigneurs et des belles dames, il fut moins affligé de rentrer dans son obscurité première qu'il ne l'avait été d'abord de l'engouement universel. Aussi fut-il loué, même par certains médecins, et Dionis, chirurgien de la Dauphine qui, dans son *COURS D'OPÉRATIONS DE CHIRURGIE* publié en 1707, flétrit avec tant d'énergie les charlatans de son temps, ne craignit-il pas d'écrire, en parlant d'Ozanne :

« Là s'est trouvé un paysan d'assez bon sens qui conseillait aux autres de se servir tantôt d'une herbe, tantôt d'une racine, selon les maux qu'ils avaient. Et parce qu'ils se trouvaient bien de ses ordonnances ils l'honorèrent du nom de *médecin*. Sa réputation se répandit dans sa province et vint jusqu'à Paris, d'où les malades accoururent en foule à Chaudray, où l'on fut obligé de faire bâtir des maisons pour se loger. Ceux qui n'avaient que des maladies légères guérissaient par l'usage de ses remèdes, qui ne consistaient qu'en plantes pulvérisées ou racines desséchées; mais les maladies rebelles et enracinées ne cédaient point à ses remèdes... On ne peut pas se plaindre de ce bonhomme. Il ne s'est pas donné pour plus qu'il n'était; il n'a point été chercher ses maladies; il n'a point fait afficher ses remèdes et il n'a point promis plus qu'il n'avait pu tenir. C'était le public prévenu en sa faveur qui l'avait élevé; c'est le public désabusé qui l'abandonne aujourd'hui. »

Le portrait de Christophe Ozanne méritait d'être reproduit,

tracture des muscles intrinsèques du pharynx y prend une large part. Or, cette contracture doit agir sur le larynx et par suite sur la respiration de deux manières :

1° Le pharynx en s'élevant fait monter le larynx comme dans le second temps de la déglutition, d'où résulte le mouvement de bascule de l'épiglotte et la création des obstacles à l'entrée des voies aériennes.

2° Dans la déglutition ordinaire exécutée naturellement par les constricteurs, la glotte se rétrécit. Ce phénomène est dû, comme Longet l'a démontré, à l'action du constricteur inférieur du pharynx. Ce muscle, inséré à la face externe du cartilage thyroïde, rapproche l'une de l'autre les lames de ce cartilage, qui à leur tour repoussent en dedans les arylénoïdes et les lèvres de la glotte.

« L'occlusion de la glotte, dit Bérard, serait un effet accessoire mais inévitable de la contraction du muscle constricteur inférieur, contraction qui est très-énergique dans la déglutition. » (*Traité de physiologie*, 1849, t. II, p. 20, 21.)

D'où je conclus que l'action énergique et prolongée des muscles du pharynx, *a priori* très-probable dans la dysplasie tétanique, est fort capable de gêner l'introduction de l'air dans les voies aériennes et de provoquer la dyspnée et plus tard l'asphyxie.

Le troisième cas ne contredit en rien mes opinions. Le tétanos débuta sans violence dans la matinée de dimanche. Le lundi même il avait fait peu de progrès; tout se bornait au trismus, à une roideur modérée de la nuque et à une dysphagie très-tolérable. Le mardi, le mercredi les phénomènes persistent mais n'acquiescent point une grande intensité. La fièvre est modérée, la respiration reste à peu près normale, la contracture ne s'étend ni aux membres ni au thorax.

Presque quatre jours sont gagnés sans crises redoutables. Si mon malade avait guéri, mes contradicteurs, en se basant sur la marche bénigne du début, n'auraient pas manqué de dire qu'il s'agissait là d'une forme chronique d'embêlée, c'est-à-dire d'un de ces cas où la guérison s'effectue presque d'elle-même. Pour moi, je m'inquiétais toujours. La limitation de la contracture ne me rassurait pas; sa ténacité remarquable me faisait toujours craindre une aggravation subite des symptômes et l'invasion des phénomènes graves du côté des voies respiratoires. Cette crainte n'était que trop fondée : le mercredi soir survint un premier accès de suffocation, signal des complications thoraciques; le jeudi l'opisthotonos cervical se mettait de la partie et la défaite de l'art était désormais inévitable.

En présence de la triste série d'insuccès que je viens de fournir, je considère comme un devoir d'examiner consciencieusement la part de chaque facteur étiologique, et en particulier le rôle de la blessure, du blessé, du milieu, et enfin du traitement primitif mis en usage.

et son histoire, très-consciencieusement écrite par M. Benoît, d'être transmise à la postérité. Cette histoire nous montre, en effet, combien est aveugle la crédulité publique et combien peut être ridicule l'engouement passager qu'inspirent les charlatans de toute espèce. Elle nous fait voir aussi — phénomène assez rare pour qu'on doive le signaler — un homme que le succès n'a point enivré et qui ne s'est pas laissé entraîner sur cette pente fangeuse qui conduit au charlatanisme le plus éhonté et à l'exploitation de la sottise humaine. Que de fois voyons-nous, au contraire, non-seulement des *empiriques*, mais les médecins eux-mêmes commencer par des manœuvres intermédiaires entre le savoir-faire et le charlatanisme et arriver peu à peu, quelquefois (mais rarement!) sans s'en douter eux-mêmes, à ne plus obéir aux lois morales de notre profession, parce que leur rigueur contrarie les calculs d'une ambition démesurée.

L. LEREBoullet.

J'ai peu de chose à dire de la blessure. Elle a porté dans les six cas précédents sur les extrémités des membres, prédisposition admise par tout le monde dans le développement du tétanos. La congélation a plus d'une fois déjà été notée. Pour les autres cas, les plaies étaient contuses, ce qui est encore dans la règle.

On a attaché de l'importance à la présence dans le foyer traumatique de parties gangrénées. Le sphacèle existait, en effet, chez le premier et chez le second de mes sujets, et dans les trois observations anglaises; il faisait absolument défaut chez le troisième. Les écrasements des pieds et des mains s'accompagnent souvent de la mortification de quelques parties désorganisées d'emblée par l'agent vulnérant, et d'autre part ils sont souvent suivis de tétanos; mais j'hésite à considérer le premier phénomène comme cause du second : je vois plutôt là une coïncidence qu'une relation étiologique.

L'état constitutionnel, si influent dans la genèse des autres accidents traumatiques, ne me paraît pas jouer de rôle évident dans la production du tétanos. Mon premier malade était cachectique, tuberculeux, en proie à la misère physiologique; le second était jeune et bien portant, le troisième vigoureux et exempt de toute tare organique. On a bien indiqué la prédisposition des races pour la complication susdite, mais ces races vivent dans des milieux qui probablement ont le vrai pouvoir pathogénique.

Les influences météorologiques ont sans doute, même dans nos latitudes, une influence beaucoup plus grande. La fréquence plus grande du tétanos dans les mois d'hiver et de printemps est chose démontrée, ce qui fait qu'à ces époques les cas se multipliant, on a pu croire à une influence épidémique et à un agent loxique particulier. Je ne crois pas à l'existence de cet agent spécial, mais j'admets très-bien que les variations atmosphériques, l'état des vents et les oscillations de la température dans une saison donnée soient fort capables d'engendrer le mal.

J'ai eu sous les yeux, précisément dans les mois passés, une de ces pseudo-épidémies. Depuis trois ans, je n'ai pas observé un seul cas de tétanos, et voici que j'en rencontre deux cas dans mon service à la Pitié. Un autre entre en même temps dans celui de mon collègue M. Labbé, et succombe rapidement. Le fait de ma pratique civile est contemporain. Il y a plus. On a décrit sous le nom de spasmes traumatiques une affection rare, voisine du tétanos, et dont les exemples sont d'ailleurs fort rares. Or, précisément j'en viens d'observer deux cas remarquables, l'un à la suite d'un écrasement de la main chez un adulte vigoureux, l'autre chez une femme que j'avais opérée d'une tumeur de l'aisselle et qui fut simultanément prise de véritables accès de manie. Enfin, je ferai remarquer que les cas que j'emprunte à la *LANCETTE* anglaise ont été observés en décembre, janvier et février.

LE CHALLENGER. — Le navire *Challenger*, de la marine anglaise, parti il y a trois ans de la mère patrie, emportant avec lui une commission scientifique, vient de rentrer triomphalement à Portsmouth. Pendant ce voyage de trois années, le *Challenger* a parcouru des distances dont le total s'élève à 68 184 milles anglais, c'est-à-dire environ 110 000 kilomètres.

Cette expédition scientifique si heureusement accomplie est la plus importante, au point de vue maritime, qui ait été entreprise jusqu'à ce jour. Il est impossible d'énumérer les curiosités, les collections d'objets de toutes sortes recueillies pendant ce long voyage, et qui fourniront aux savants de bien curieux sujets d'étude. Les caisses contenant ces objets précieux sont en ce moment débarquées sous la surveillance du capitaine du *Challenger*, M. Thomson, et de plusieurs membres de l'expédition. (*Revue des cours scientifiques.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Jouillié (Marie André) est institué aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Montpellier, pour une période de deux années à dater du 1^{er} mai 1876.

Je suis d'autant plus disposé à admettre l'influence météorologique que tous mes malades, à l'exception de l'enfant qui se levait avec son bras en écharpe, ont été pris pendant qu'ils étaient retenus au lit et sans qu'on puisse invoquer le moindre refroidissement accidentel. On peut se demander encore si la cause inconnue qui multiplie à certaines époques les cas de tétanos ne leur imprime pas également une gravité plus grande; en d'autres termes, si, à la manière de bien d'autres maladies, le tétanos épidémique n'est pas plus grave que le tétanos sporadique. J'ai gardé d'ailleurs cette impression que le tétanos a plus de chance de guérir en été que dans les saisons froides.

J'ose risquer ces hypothèses en présence de l'obscurité qui régne encore sur l'étiologie de la terrible maladie qui nous occupe.

J'arrive au traitement mis en usage, et je me demande tout d'abord si le mode de pansement primitif peut être incriminé. Chez mes trois tétaniques j'ai appliqué le pansement ouaté. Or, cette manière de traiter les plaies n'a pas que des partisans; quelques chirurgiens n'en ont point été satisfaits et lui reprochent de prédisposer au tétanos; l'accusation repose sur l'argument : *Post hoc ergo propter hoc*. Ma pratique semble l'appuyer, car j'ai bien vu déjà six fois au moins la complication éclater sous le bandage ouaté. Cependant j'hésite beaucoup à conclure sous ce sens, et voici pourquoi :

A priori, il est peu vraisemblable qu'un pansement purement antipholagique, qui calme si bien les douleurs, maintient le foyer traumatique dans une température constante et le soustrait si efficacement à toutes les irritations externes, — qu'un tel pansement, dis-je, excite particulièrement les éléments nerveux contus, déchirés ou divisés. Cependant il faudrait bien se rendre à l'évidence si les preuves abondaient et s'il était démontré, par exemple, que le tétanos est devenu plus fréquent depuis l'introduction du pansement ouaté dans la pratique. La simple coïncidence entre la complication et le procédé employé ne constitue pas un argument suffisant, car la méthode de M. Alph. Guérin étant appliquée de nos jours sur une très-large échelle et à la pluralité des plaies contuses des membres, rien de plus naturel que de compter plus de tétaniques à sa suite qu'après d'autres traitements aujourd'hui plus rarement employés. Quand on traitait jadis les mêmes blessures par l'irrigation continue, celle-ci était également accusée, au moins théoriquement, et cependant elle a été généralement disculpée.

En attendant qu'une enquête sérieuse nous ait éclairé sur ce point délicat, je continuerai à envelopper dans le coton les membres atteints de plaies contuses, parce que les avantages de cette méthode sont incontestables et que seule jusqu'ici, avec le pansement antiseptique, elle permet de pratiquer sur une large échelle la chirurgie conservatrice. Je vais même un peu plus loin. Admettons que l'occlusion ouatée favorise le développement du tétanos : il n'en est pas moins certain qu'elle diminue notablement le nombre des septiciémies graves et des pyhémies, dont le résultat final est plus funeste encore; il restera à faire la balance entre les deux éventualités et à opter pour la moins grave. Or, je suis certain d'avoir depuis cinq ans sauvé par la méthode de M. Guérin plus de sujets atteints de fractures compliquées et d'écrasements des extrémités que je n'ai perdu de tétaniques pensés avec le coton.

Mes méditations incessantes sur les accidents traumatiques m'ont conduit à admettre un certain antagonisme entre le tétanos et les fièvres chirurgicales graves. Dans les contrées où le premier est très-fréquent, la pyhémie est presque inconnue. Je me base sur les déclarations des praticiens étrangers et même, sans sortir de France, sur l'affirmation de nos confrères de province qui réduisent toujours le tétanos et ne songent guère à l'infection purulente ni aux corysypèles graves. Dans les grands hôpitaux, au contraire, où abondent les plaies contuses, les écrasements par les machines, les fractures

compliquées, etc., la pyhémie décime les blessés, et c'est à de rares intervalles seulement qu'apparaît le tétanos.

De deux maux, comme disaient nos ancêtres, *fruit estire le moindre*, et c'est pourquoi dans nos grandes villes et dans nos grands hôpitaux du moins, entre deux modes de pansement dont l'un favoriserait le tétanos, d'ailleurs rare et parfois curable, mais qui aurait sur l'autre l'avantage de diminuer notablement les chances de la pyhémie, je n'hésiterai pas un seul instant.

Un autre point mérite d'être discuté. J'étais dans mes trois cas en présence de lésions primitives d'un pronostic menaçant. La conservation des membres était évidemment périlleuse et pouvait faire craindre toute espèce de complications graves, le tétanos compris. Celui-ci, en effet, a éclaté. Devais-je pour cela me décider d'emblée à pratiquer une amputation primitive? Je ne l'admetts point. Dans le cas de congélation d'abord, je ne me serais jamais décidé à amputer les deux jambes. Couper un poignet ou un avant-bras, faire même une amputation partielle pour un écrasement de la main chez un enfant, serait considéré de nos jours comme une grosse faute chirurgicale.

Pour la fracture du pied compliquée de luxation, j'aurais pu peut-être faire la résection qui dans plus d'un cas m'a donné des résultats excellents; mais je n'étais abstenue, comptant sur la bonne constitution du sujet, sur le milieu où il vivait, beaucoup plus salubre que celui de l'hôpital, et aussi sur l'efficacité du pansement.

Bref, dans aucun de ces cas l'opération préventive ne me parut indiquée, car la crainte du tétanos ne me fera jamais renoncer au légitime espoir de conserver les membres atteints de plaies contuses. Mais ce tétanos apparut devant moi dans l'expectation? Je crois avoir déjà dit quelque part que dans les régions tropicales, où la maladie est très-commune, certains chirurgiens pratiquent le plus tôt possible l'amputation et affirment qu'elle est la seule ressource efficace. J'ai toujours, pour ma part, reculé devant cette mesure extrême; mais je me demande aujourd'hui si réellement la chirurgie conservatrice ne va pas trop loin, s'il ne conviendrait pas de revoir sérieusement ce point de pratique et de laire plus hardiment la part du feu, jusqu'au moment du moins où la thérapeutique nous aura donné contre le tétanos des méthodes curatives plus sûres.

J'ai regretté de n'avoir pas amputé l'avant-bras de l'enfant dans les premières vingt-quatre heures, avant l'élevation de la température et dès l'apparition du trismus et de la dysphagie. Je sais bien que l'amputation n'a pas donné jusqu'ici des résultats bien brillants; mais en lisant les observations il est facile de se convaincre qu'elle a été souvent pratiquée trop tard ou dans des cas où la fièvre traumatique intense diminuait beaucoup les chances de succès.

Le professeur Spence, d'Edimbourg, émettait tout dernièrement (*The Lancet*, 22 avril 1876, p. 602), à propos d'un cas de tétanos guéri par l'amputation, des idées à peu près analogues que je crois utile de reproduire. Voici d'abord un résumé du fait :

Ons. Tétanos traumatique consécutif à une plaie du genou; amputation à la partie supérieure de la cuisse; guérison. — W. M..., cinq ans, fut admis dans le service de M. Macdonald le 19 février 1876. Un mois auparavant il s'était fait, en tombant d'une voiture, une plaie profonde à la face interne du genou. On se contenta d'y faire un point de suture et d'appliquer un pansement simple. L'inflammation s'étendit d'abord en superficie, et trois semaines après l'accident le genou commença à enfler. Quelque temps avant l'entrée, on remarqua que la bouche était roide et que le malade ne pouvait avaler d'aliments solides.

L'entrée, on trouve une large plaie pénétrante du genou, laissant le condyle interne du fémur à découvert. Mauvais état général; appétit conservé; température, 38° 8. Potion contenant 60 centigrammes de chloral et 1 gramme de bromure de potassium. Nuit sans sommeil.

Le lendemain matin, température, 37° 7; le soir, 39° 4. A huit

heures, accés d'opisthotonos qui dura deux minutes. On met le malade sous le chloroforme. Le professeur Spence, appelé en consultation, émet l'opinion que pour la blessure seule il faut amputer. A huit heures et demie on ampute la cuisse au tiers moyen. On maintient les lambeaux en place par trois bandes de plâtre et on reconstruit le moignon d'une couche de charpie trempée dans l'acide phénique. Pendant l'opération, l'enfant eut deux attaques de spasme, quoique sous le chloroforme. On lui administra en une fois 1^{re}, 30 de chloral, mais en sortant du chloroforme il eut des accés d'opisthotonos survenant toutes les dix minutes pendant deux heures; on redonna alors la même dose de chloral, et il resta calme pendant quarante-cinq minutes. Après chaque spasme on lui donna 30 centigrammes de chloral, et à trois reprises on lui fit une injection de trois, cinq, sept gouttes et demie d'une solution de sulfate d'atropine.

Les jours suivants, les accés diminuèrent. On continua le chloral pendant une semaine. La température tomba à 37° le deuxième jour après l'opération; pendant neuf jours elle se maintint entre 36° 6 et 37° 2, alors elle monta brusquement par l'apparition d'un rash rubéolique.

Le 14 mars tout était fini, et le moignon s'était cicatrisé presque par première intention.

Note de M. Spence. « En rapportant le cas précédent à titre de contribution au traitement d'une maladie très-obscur, je ne voudrais pas qu'on en prêtât l'opinion que l'amputation, en enlevant la cause et interceptant la continuité entre les nerfs périphériques irrités et les centres nerveux, réussirait à arrêter les symptômes tétaniques dans tous les cas où ils naissent à la suite de blessure d'un membre. Un seul cas heureux ne suffit pas pour soutenir une pareille opinion.

» J'ai pratiqué fréquemment l'amputation de doigts écrasés dans les tétanos, mais sans aucun succès, bien que l'opération eût été faite de bonne heure. A la vérité, la marche des cas de tétanos traumatique conduirait plutôt à l'idée que lorsque les symptômes se manifestent nettement, il est déjà survenu dans les centres nerveux certains changements que l'ablation de la cause première ne peut modifier parce qu'elle vient trop tard; mais le fait que je viens de rapporter m'autorise, je crois, à dire qu'aucun moyen thérapeutique autre que l'amputation n'aurait soulagé le patient; et l'on peut regarder cette opération comme la partie principale du traitement. Dans ce cas, l'état de désorganisation du genou ne permettait pas d'hésiter; mais d'après mon expérience du tétanos je pense que la surface cutanée, irritée et ulcérée, était la cause excitatrice réelle, et le résultat obtenu doit certainement encourager à amputer dans les cas semblables, même lorsque la lésion locale serait moins grave. »

Je rappelle, avant de continuer, que le second blessé du docteur Baker fut amputé du doigt malade et qu'il n'en mourut pas moins.

A défaut de l'amputation, il conviendrait peut-être de songer plus qu'on ne le fait à la névrotomie ou à la neurotripsie, qu'il serait assez aisé de mettre en usage, au moins dans les blessures portant sur la jambe et le pied, l'avant-bras et la main.

Dans sa première observation, le docteur Baker a sectionné le nerf plantaire interne gravement lésé, mais les tétanos était déjà très-avancé et l'opération ne parut point avoir d'influence sur lui.

Dans son cas de fracture du cou-de-pied, j'ai été pendant presque toute la durée du mal, c'est-à-dire pendant trois jours au moins, dans la plus grande perplexité, hésitant sans cesse entre l'espoir de guérir à la fois la blessure et le tétanos, et cette idée que peut-être en sacrifiant le membre j'atténuerais la gravité de la complication.

Je ne sais ce qui serait advenu si j'avais été plus hardi, mais à coup sûr je n'aurais pas obtenu un pire résultat.

A la prochaine occasion, je me promets bien de mettre plus sérieusement dans la balance les avantages possibles de la médecine opératoire associée à la médication interne; je tiendrai surtout compte des résultats remarquables que m'a

donnés la neurotripsie dans deux cas récents de spasmes traumatiques à allures très-alarmanes.

Dans mes trois cas, j'ai employé à hautes doses le chloral, qui s'est montré tout à fait impuissant, n'arrivant pas même, au moins chez mes deux premiers malades, à entraver ni à retarder la marche aiguë du mal.

Les blessés de M. Baker, traités aussi par le chloral, ont également succombé.

Cette série n'est pas encourageante et justifiera les doutes de ceux qui ne croient guère à l'efficacité de l'agent nouveau.

Dans tous ces cas le chloral a été impuissant, ai-je dit. Je ferai remarquer cependant que si l'on veut un jour établir une statistique pour juger la valeur réelle de ce médicament, il sera juste de tenir compte de la gravité du cas où on l'a employé et de faire du moins deux catégories; dans l'une on placera les lésions plus ou moins légères, mais ne compromettant pas nécessairement la vie, l'écrasement de la main, par exemple; dans la seconde, au contraire, on inscrira les blessures graves, comme les grandes fractures compliquées, les plaies d'armes de guerre, et enfin les cas presque fatalement mortels par eux-mêmes, comme celui de ma première observation. Toute médication dans des circonstances pareilles serait condamnée à un échec certain.

J'ajouterai quelques mots sur l'administration du chloral. Ce médicament en solution aqueuse possède, il faut en convenir, une saveur fort désagréable et surtout irritante pour la muqueuse pharyngienne. Chez mes trois malades, son contact avec l'arrière-gorge déterminait à l'instant même des contractions et de la suffocation, et ce n'est pas la première fois que je note cette circonstance. Il en était de même chez la malade de M. Baker. Il faudra donc, dans de telles conditions, choisir la voie rectale. Les quarts de lavement à 2 grammes de chloral fréquemment administrés amenant les effets cherchés, je n'ai pas songé un seul instant, comme on peut le croire, aux injections intra-veineuses.

Mais il est une dernière question à poser, sinon à résoudre. Non content de constater que le chloral a été inefficace et même d'une administration difficile, je dois, pour répondre à des doutes exprimés, me demander s'il n'a pas été nuisible et si par hasard il n'aurait pas contribué pour sa part à l'issue fatale; si, en d'autres termes, mes patients n'ont point été empoisonnés.

Il n'est malheureusement pas très-rare de voir certains malades succomber par le fait même de la médication instituée pour les sauver, et je ne crois pas qu'il existe beaucoup d'agents thérapeutiques internes ou externes tant soit peu énergiques qui n'aient à leur passif un certain nombre de désastres semblables. Le chloral ne fait point exception à la règle.

C'est en examinant avec la plus grande attention et une bonne foi absolue la marche du mal et les causes de la mort qu'on arrive à constater ces cas regrettables. Or, si je recherche comment ont fini mes trois tétaniques et si je confronte les derniers phénomènes observés et les résultats néroscopiques, je disculpe tout d'abord le chloral.

Dans le premier de mes cas, le malade a évidemment succombé à l'asphyxie. M. Richet, mon interne, qui a suivi avec soin les progrès croissants du mal, pense que l'obstacle à l'introduction de l'air siégeait essentiellement dans la glotte; aussi avait-il songé à pratiquer la trachéotomie (1).

Le petit malade, à mon avis, est mort surtout par le cœur. Ce mécanisme est admis depuis longtemps, et l'on a même pensé que la chose pouvait se faire soit par paralysie, soit par contraction du muscle cardiaque. Je reconnais que les preuves alléguées à propos de ce dernier mécanisme ne sont pas très-concluantes; mais il me semble que dans le cas présent mon hypothèse est acceptable.

(1) Quoique je n'aie pas la preuve matérielle du fait, je suis persuadé que le fracture est mort d'une pneumonie à la production de laquelle la médication est restée étroitement. Le cas du enfant est le seul qui prête à la discussion.

Je rappelle, en effet, ce qui s'est passé dans les deux dernières heures de la vie. A trois heures l'enfant était assoupi, mais calme, conservant son intelligence et assez vivement coloré; tout à coup il pousse un cri, devient extrêmement pâle, et à partir de ce moment reste blême, ne reconnaît plus personne et ne parle plus.

A coup sûr ce ne sont point là les signes de l'asphyxie, mais bien plutôt ceux de la syncope, ou, pour parler plus exactement, de l'ischémie cérébrale.

A l'autopsie, décoloration des méninges et anémie des centres nerveux. Nulle trace de congestion pulmonaire, et, au contraire, sang rare, spumeux, vermeil dans les poumons; cœur fortement revenu sur lui-même et très-dur, les cavités à peu près vides de sang. Ne peut-on pas dire qu'il y a eu contraction du cœur, astyolie relative et défaut d'une projection suffisante du sang vers le cerveau et le poumon? La présence des ecchymoses sous-péricardiques plaide assez en faveur d'un spasme tonique des fibres cardiaques.

Si l'on compare tout cet ensemble de phénomènes à quelques résultats expérimentaux récemment publiés, il est certain qu'on peut songer ici à un empoisonnement chloralique. Evidemment la chose mérite un examen sérieux. Toutefois, je ferai remarquer en terminant que la mort par le cœur dans le tétnos a été notée déjà à une époque où le chloral n'était pas encore découvert.

J'ai dit plus haut que je n'admettais pas entièrement l'interprétation du docteur Baker au sujet des causes de la mort chez ses deux malades. Tous deux, en effet, à moins d'incriminer le chloral, me paraissent être morts par le cœur, mais d'une manière différente, lente dans le premier cas, brusque dans le second. Dans le premier cas, il n'y avait pas eu de troubles très-marqués de la respiration, et vers la fin tout essai d'ingestion des médicaments provoquait de la suffocation; la langue devint noirâtre, le pouls imperceptible, le malade perdit connaissance et mourut quatre heures après. On peut, comme chez l'enfant, penser qu'il s'agit là d'un spasme progressif du cœur. Dans le second cas le malade meurt brusquement, sans dyspnée, sans devenir livide, comme lorsqu'on meurt de syncope, et je suis tout disposé à admettre, avec l'auteur de l'observation, qu'il s'agit là d'un spasme, brusque cette fois, des fibres musculaires du cœur. Il est à regretter malheureusement que l'autopsie soit restée muette sur ces points.

Je ne veux pas étendre outre mesure cette note, et cependant il me serait facile, en fouillant dans la littérature étrangère, de rassembler un grand nombre de faits de guérison de tétnos par l'hydrate de chloral. Je viens, ces jours-ci même, de recevoir une lettre de M. Grandesso Silvestri, que vous connaissez déjà par ses travaux sur la ligature élastique, et qui depuis 1870 a adopté le chloral dans le traitement du tétnos. Il me rapporte que dans les cinq dernières années qui viennent de s'écouler il compte une série *non interrompue de dix succès*, tirés soit de sa pratique, soit de celle de deux de ses confrères, les docteurs Francesco Fiorese, de Bolzenn-Vicentino, et Domenico Rasia, de Comedo (voy. la *Gazzetta medica italiana, Provincie Venete*, anno XVIII, 1875, n° 27, 30, 51).

Tous ces faits, j'en conviens, ne sont pas également probants, et quelques-uns pourraient être rangés dans la catégorie des tétnos légers ou à forme bénigne, mais ils n'en montrent pas moins l'efficacité de la médication chloralique dans ces cas toujours menaçants où le trismus n'est souvent que le signe précurseur d'un tétnos généralisé.

Dr L.-H. PETIT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 17 JUIN 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

CRITIQUE EXPÉRIMENTALE SUR LA GLYCOSURIE (suite), par M. Cl. Bernard. — Voici les points dont s'occupe l'auteur dans cette communication :

En dehors du corps, après son extraction des vaisseaux, le sucre se détruit rapidement dans le sang.

« *Expérience.* — On retira à un chien 125 grammes de sang qu'on partagea dans cinq capsules en cinq parties égales de 25 grammes, pour être analysées successivement au point de vue du sucre. On abandonna le sang à la température du laboratoire pendant une journée chaude d'été. Voici les résultats fournis par les cinq analyses successives :

	Sucre.
1 ^o Analyse faite immédiatement.....	1 ^{er} ,07 p. 1000
2 ^o — — après 10 minutes....	1 ^{er} ,01 —
3 ^o — — après 30 minutes....	0 ^{er} ,88 —
4 ^o — — après 5 heures.....	0 ^{er} ,44 —
5 ^o — — après 2½ heures.....	0 ^{er} ,00 —

» Ainsi il suffit de quelques heures pour que, à la température ambiante, le sucre disparaisse dans un sang qui en renferme les proportions ordinaires (de 1 gramme à 1^{er},50 p. 1000). »

L'auteur, en vue des circonstances qui ne permettent pas les opérations physiologiques instantanées, a cherché à arrêter ou à empêcher momentanément la destruction du sucre dans le sang afin de pouvoir faire son analyse à loisir. Les substances qu'il a essayées dans ce but sont nombreuses; nous citerons seulement les acides phénique, sulfurique, chlorhydrique, acétique : c'est à ce dernier qu'il a donné la préférence. On ajoute immédiatement au sang, ou mieux on verse dans le vase où il doit être recueilli une petite quantité (environ 1/100) d'acide acétique cristallisable, de manière à donner au mélange une réaction très-franchement acide.

« *Expérience.* — Sur un chien on a recueilli 200 grammes de sang dans un vase au fond duquel on avait versé environ 2 grammes d'acide acétique cristallisable. On agita bien le sang à mesure qu'il s'écoulait, afin de mélanger uniformément l'acide. On fit quatre analyses successives, qui donnèrent les résultats suivants :

	Sucre.
1 ^o Analyse faite immédiatement, le 7 mai..	1 ^{er} ,27 p. 1000
2 ^o — — le lendemain, le 8 mai....	1 ^{er} ,20 —
3 ^o — — 11 jours après, le 19 mai....	0 ^{er} ,20 —
4 ^o — — 13 jours après, le 21 mai....	0 ^{er} ,00 —

» Ainsi dans ce cas, au lieu de se détruire en moins de vingt-quatre heures, le sucre n'a disparu qu'après treize jours; de sorte que quelques heures après l'extraction du sang, ou même le lendemain, on aurait pu faire une analyse du sucre dans des conditions à peu près normales. »

Au dedans des vaisseaux, après la mort, le sucre disparaît rapidement du sang. — Les expériences de l'auteur lui permettent d'établir cette proposition que jamais le sucre ne fait défaut dans le sang chez l'homme ou chez un animal vivant, soit à l'état normal, soit à l'état pathologique; seulement après la mort la disparition de la matière sucrée a lieu graduellement et dans un temps d'autant plus court, toutes choses égales d'ailleurs, que la quantité de sucre renfermée dans le sang est moins considérable. Dans les conditions ordinaires, lorsque la mort est brusquée et que le sang renferme pendant la vie de 1 gramme à 1^{er},50 de sucre pour 1000, il faut, en général, dix à douze heures à une température ambiante moyenne pour qu'on n'en retrouve plus dans le sang; mais dans le cas où la mort est survenue à la suite d'une maladie, qui a amené une extinction graduelle de la fonction glycogénique, la proportion du sucre peut descendre

si bas qu'il suffit quelquefois de quinze minutes après la mort ou même moins pour que tout le sucre ait disparu du sang. C'est alors qu'un observateur non prévenu pourrait être trompé.

Chez l'animal vivant, la richesse sucrée du sang oscille constamment. — Nous avons vu précédemment la matière sucrée du sang tarie dans sa source après la mort aller régulièrement en s'amoindrissant et en disparaissant. Il en est tout autrement pendant la vie; la fonction glycogénique du foie, qui verse le sucre dans le sang, recevant tous les contre-coups des modifications nerveuses ou circulatoires, peut amener à chaque instant, à chaque minute, une variation dans la richesse sucrée du sang. Dans l'état normal, ces variations ou oscillations sont renfermées dans les limites de 1 à 3 pour 1000 de sucre dans le sang. Au-dessous de 1 pour 1000, l'activité nutritive n'est pas dans toute sa plénitude fonctionnelle; au-dessus de 3 pour 1000, la limite de la capacité sanguine est dépassée; la matière sucrée débordée dans l'appareil rénal et l'animal devient diabétique.

« Nous croyons avoir fait suffisamment comprendre par tout ce qui précède, dit l'auteur en terminant, la part d'importance relativement très-grande qu'il faut attribuer aux conditions physiologiques d'expérimentation dans les recherches du sucre dans le sang. Ces conditions sont relatives : 1° à l'oscillation permanente de la fonction glycogénique pendant la vie; 2° à la destructibilité incessante de la matière sucrée dans le sang après la mort.

« Toute la critique expérimentale de la glycémie repose sur la connaissance de ces deux ordres d'influences qui nous rendent compte de tous les faits en apparence contradictoires qui se présentent à nos yeux. »

LA PESTE EN 1876, MESURES PROPHYLACTIQUES. Note de M. J.-D. Tholozan.

« En 1867, petite épidémie sur des Arabes nomades habitant les bords de l'Euphrate, un peu au nord de Hillé; en 1871, petite épidémie dans le Kurdistan persan, au sud du lac d'Ourmia; en 1874, épidémie plus étendue que les précédentes, dans le territoire compris entre le Tigre et l'Euphrate, et sur les bords de ce dernier fleuve, depuis Diwanieh, au sud, jusqu'à Hillé, au nord. Cette année, la peste reparut au nord de l'Afrique, dans le district de Benghazi. Des informations certaines établissent, en outre, qu'en 1875 la peste se montra aussi en Arabie, au sud de la Mecque, dans la région montagneuse occupée par la tribu vahabite des Assyrs. En 1875, on n'observa plus la peste nulle part, si ce n'est encore sur l'Euphrate, dans les districts de Diwanieh et de Samavat. Cette maladie causa, comme l'année précédente, dans ces localités et aux environs, plus de 4000 décès; puis elle s'éteignit, comme de coutume, pendant les fortes chaleurs de l'été. Vers le 1^{er} janvier 1876 la peste reparut dans la Mésopotamie, d'abord près du Tigre, dans un campement d'Arabes, à deux journées au-dessous de Bagdad. Peu de temps après elle se montra à Hillé. À la fin de février, l'épidémie atteignit Kifli et, remontant toujours vers le nord, le 15 mars elle était à Bagdad. Du 11 au 14 avril on constata à Bagdad 255 cas de peste. Le 15 avril l'épidémie s'étendit sur le Tigre, de Bagdad à Kut-el-Amara, et sur l'Euphrate, depuis Nadjef jusqu'à la partie méridionale du pays des Montefaj. Du 11 au 18 avril, il y eut à Bagdad 516 cas de peste et 313 décès de la même maladie. À Hillé, du 17 au 28 avril, il y eut 363 cas de peste et 169 décès. À Bagdad, du 18 au 25 avril, il y eut en moyenne 90 cas par jour et 60 décès. Dans la première semaine de mai l'épidémie augmenta, et il y eut par jour 160 cas et 120 décès. La plus grande partie de la population avait émigré. Sur l'Euphrate, le fléau avait atteint de nouvelles localités. Les dernières nouvelles portent que du 10 au 20 mai la peste avait diminué dans toute la Mésopotamie; à Bagdad il n'y avait plus que 80 cas par jour et 45 décès. À Kut-el-Amara la peste avait disparu. D'après les dernières informations on craignait l'apparition de la peste à Mascate et l'on soupçonnait son invasion à Schuster dans l'Arabistan.

« L'administration sanitaire de la Turquie n'est pas restée inactive en face de ces événements. Dans les années 1867, 1874, 1875 et au commencement de 1876, différentes tentatives d'isolement des points infectés ont été faites au début de l'épidémie.

Elles ont échoué comme la plupart des mesures de ce genre, soit par suite de la rapide extension de l'épidémie, soit par suite de la multiplicité de ses foyers d'immersion.

« Depuis le 15 avril, les ports persans du golfe Persique sont protégés par une quarantaine, que les provenances des lieux infectés doivent faire dans l'île de Kezzer, formée par la jonction du Chotel-Arab et du Karoun. Si la peste se déclarait à Bassora, cette quarantaine serait établie dans l'île de Karak, un peu au nord de Bouchir. Depuis le 10 avril, toutes les communications par voie de terre entre la Perse et la Mésopotamie sont soumises à une quarantaine de quinze jours. Je dois ajouter que depuis trois ans tous les pèlerinages dans le pays infecté sont formellement interdits aux sujets persans.

« Du moment qu'il est établi d'une manière indubitable que les épidémies de peste de la Mésopotamie, en 1867, 1874, 1875, sont nées sur place pour s'étendre ensuite de proche en proche aux localités voisines et s'étendant toutes pendant les chaleurs de l'été, il est à peu près certain que l'épidémie de 1876, qui a eu la même origine, suivra la même marche. Après avoir atteint son acmé à la fin de mai, elle déclinerait en juin et disparaîtrait de la Mésopotamie en juillet. C'est là un don précieux important que l'épidémiologie fournit à la science sanitaire et que celle-ci doit toujours avoir sous les yeux. Mais la peste peut d'ici à l'époque des grandes chaleurs de la Mésopotamie jeter des poussées à Bassora, à Bouchir et dans l'Arabistan. De plus, il est à craindre que les germes, assoupis pendant l'été, ne se réveillent l'automne prochain et que l'épidémie ne recommence ses ravages en hiver. Un danger plus grand encore peut venir de la possibilité de l'introduction et de l'écllosion des germes de la peste sur les plateaux élevés de l'Australie, du Kurdistan et de la Perse. »

ÉTUDE SUR LA BIÈRE. — M. L. Pasteur fait hommage à l'Académie d'un ouvrage intitulé : « Etudes sur la bière; ses maladies; causes qui les provoquent; procédé pour la rendre inaltérable, avec une théorie nouvelle de la fermentation. »

THERMO-CAUTÈRE. — M. L. Mathieu fait fonctionner devant l'Académie le thermo-cautère que M. Guérand lui a fait fabriquer en 1857. (Les pièces relatives à cette question de priorité seront renvoyées à la commission précédemment nommée pour examiner le thermo-cautère de M. Paquetin.)

CONJONCTIVITE. — M. J. Gayat adresse, par l'entremise de M. Larrey, pour le concours des prix de médecine et chirurgie, un mémoire manuscrit intitulé : « De la conjonctivite granuleuse étudiée principalement en Algérie ». (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

SPIROPHORE; APPAREIL DE SAUVETAGE POUR LES ASPHYXIÉS. Note de M. Woillez. (Voy. Gaz. heb., n° 25.)

ÉTUDE GRAPHIQUE DES MOUVEMENTS DU CERVEAU. Note de M. A. Salathé. — Dans le but de soumettre à une analyse rigoureuse les mouvements d'expansion et de retrait du cerveau, ainsi que ceux du liquide céphalo-rachidien qui en dérivent, l'auteur a essayé de les contrôler au moyen de l'inscription graphique dans de nombreuses expériences sur le chien et le lapin. Il y est parvenu de la façon suivante :

Après avoir pratiqué sur le crâne de l'animal une trépanation de 2 centimètres de diamètre, il adapte à l'orifice ainsi obtenu un tube de verre de même diamètre dont la partie inférieure est fixée au moyen d'une garniture de louton, muni d'un pas de vis. Ce tube est fermé supérieurement par un bouchon de caoutchouc que traverse un petit tube de verre, se continuant par un tuyau de caoutchouc, lequel vient aboutir à un tambour à levier. On verse du liquide dans l'appareil, de telle sorte que son niveau corresponde à la partie moyenne du petit tube de verre. De la sorte, on observe les moindres oscillations que présente le liquide, oscillations qui se traduisent d'autre part par les mouvements de la plume du tambour à levier, qui les inscrit sur un cylindre enregistreur, sur lequel il peut noter en même temps le tracé de la respiration ou du cœur. Voici les résultats obtenus :

1. Les oscillations du liquide, en rapport avec la respiration, faibles et parfois nulles dans la respiration calme, deviennent très-prononcées dans les efforts, les cris, etc. — 2. Les oscillations

respiratoires, observés simultanément au crâne et au rachis, sont synchrones. — 3. La respiration artificielle reverse l'ordre des oscillations, le liquide s'élevant alors en inspiration, s'abaissant en expiration. — 4. Les oscillations dépendent de la systole cardiaque, qui peuvent être en partie ou complètement masquées, dans le cas de respiration exagérée, donnent un tracé assimilable à celui du poulx. — 5. Les attitudes exercent sur la pression intracranienne une grande influence qu'indiquent les changements considérables du niveau du liquide, qui monte notablement quand on élève l'arrière-train de l'animal, qui baisse dans la manœuvre inverse. — 6. Les anesthésiques peuvent modifier les phénomènes des deux façons, soit en supprimant brusquement la respiration et par suite les oscillations qui en dépendent, soit en supprimant ces dernières et régularisant la respiration.

TRANSFUSION. — M. *Oré* adresse, par l'entremise de M. Larrey, une note sur deux cas de transfusion faite avec le sang humain et le sang d'agneau.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 27 JUIN 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. BOULEY.

M. le ministre de la guerre transmet à l'Académie un exemplaire de la 20^e livraison de la carte de France.

M. le ministre de l'Agriculture et du commerce transmet à l'Académie : a. Une pièce relative au service des eaux minérales et des épidémies. — b. L'approbation des propositions du récompenser présentées par l'Académie. — c. Un mémoire de M. le docteur *Burcy*, sur l'immunité épidémique des carriers en cuivre. — d. Un rapport de M. le docteur *Batpoul*, sur l'épidémie de diphtérie qui vient de sévir dans la vallée de la Loire. — e. Deux rapports sur les épidémies qui ont régné dans les départements de l'Oise et de Seine-et-Oise en 1875. — f. Un rapport de M. le docteur *Saintou* sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Chânon en 1875. — g. Un rapport de M. le docteur *Fontaine* sur l'épidémie de diphtérie qui a régné à Bar-sur-Seine en 1875. — h. Le tableau des vaccinations pratiquées dans les départements de l'Ailier, de la Creuse, de la Charente, du Cantal et des Deux-Sèvres. — i. Le rapport général de M. le médecin inspecteur des Eaux-Chaudes pour 1874 et 1875. — j. Le mémoire relatif à la fièvre typhoïde. (Commission : MM. Hérard, Moutard-Martin, Weilz.) — k. Une note de madame *Clotilde Laffite* sur les vaccinations pratiquées dans la ville de Salles en Béarn. — l. Une note de M. le docteur *Bourquet* sur la réinduction en masse et les bernies à sueu intérieur. (Commission : MM. Rubet, Verrouil.) — m. Une note de M. le docteur *Figon* sur la peste bovine.

L'Académie reçoit : 1. Une note de M. le docteur *Bernette*, une note sur un *entérocéphalite* à l'Académie, 2. Un travail ayant pour point de départ un *cas de bilite*.

M. *Besse* présente à l'Académie, de la part de M. *Branne*, une note sur un nouveau procédé opératoire pour atteindre le duodénum.

M. *Bay* de *Nerisport* offre à l'Académie : 1^o Au nom de M. *Barratier*, *Fartiel*, *Merente*, extrait du DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUE; 2^o de la part de M. le docteur *Pellarin*, une brochure sur la fièvre bilieuse hématurique. (Renvoyé à la commission du prix Godard.)

SOUFFLE PUERPÉRAL. — M. *Depaul*, après avoir rappelé à quelle occasion s'est engagée la discussion actuelle, ajoute que M. *Glénard* est venu à Paris répéter devant lui et M. *Bouillaud* les expériences qui servent de base à sa théorie. Ces expériences sont loin d'être probantes, et M. *Glénard* n'a nullement démontré l'existence dans l'artère épigastrique d'un bruit de souffle analogue au souffle puerpéral.

M. *Depaul* reprend ensuite l'histoire de la question, qui lui semble mal connue. C'est en 1821 que M. du *Kergaradec* découvrit chez la femme enceinte un bruit particulier auquel il donna le nom de *pulsations* des vaisseaux et non de souffle placentaire, comme on lui a fait dire par erreur. Cette dernière dénomination lui a été donnée par M. *Delens* et lui a été conservée depuis jusqu'en 1831, époque laquelle *Paul Dubois*, à l'occasion d'un travail de M. *Colson*, proposa une nouvelle théorie basée sur un fait anatomique encore à démontrer : la communication pathologique des artères avec les veines. Il compara le bruit de souffle puerpéral à celui que donnent à l'auscultation les *varices anévrysmales*. Après lui M. *Bouillaud* démontra l'analogie de ce souffle avec les bruits artériels perçus dans les grosses artères, et conclut de ses recherches que le souffle est placentaire avant son siège dans les artères de la région pelvienne. Cette théorie fut adoptée et défendue par MM. *Jacquemier*, *Cazeau* avec quelques modifications, *Barth* et *Roger*.

Une deuxième doctrine, se rapprochant jusqu'à un certain

point de celle de M. *Bouillaud*, est celle du souffle aortin, proposée par M. *Depaul*. D'après lui, le souffle puerpéral aurait bien pour origine un bruit artériel, mais il siégerait dans les artères de la matrice elle-même, et non dans les artères intra-pelviennes, en dehors de l'utérus, comme le professe M. *Bouillaud*.

Enfin, une troisième doctrine, plus récente, est la théorie dite épigastrique, de M. *Glénard*.

M. *Depaul* examine en détail le travail en question. La première partie ne présente rien de particulier. C'est l'anatomie courante et classique de l'utérus, de ses annexes, de la région pelvienne et des parois abdominales. Le second chapitre est plus intéressant et contient au point de vue physiologique quelques considérations nouvelles sur le rôle de la ligne blanche dans le développement des parois du ventre chez la femme enceinte. Quant à la troisième partie, elle prête largement à la critique.

M. *Depaul* lit, à l'occasion de la nouvelle doctrine, quelques passages d'une lettre où M. *Stoltz* recommande sagement aux jeunes gens tourmentés du désir des découvertes de prendre préalablement connaissance des travaux publiés avant eux sur la question. La théorie du souffle épigastrique n'est pas nouvelle; elle avait été émise en 1849 par *Kivisch*, dont M. *Glénard* ne paraît pas soupçonner l'existence. Il reconnaît du reste l'insuffisance de cette doctrine, et dans une nouvelle lettre à M. *Depaul* il déclare qu'il s'est trompé. Le bruit de souffle puerpéral n'a pas son siège dans l'artère épigastrique, mais dans le voisinage, dans une grosse anastomose située en arrière, anastomose aussi grosse, paraît-il, que la crurale, et qu'il a déjà baptisée du nom d'artère puerpérale. Cette découverte, pense M. *Glénard*, permettra de mettre d'accord toutes les théories en présence. M. *Depaul* ne partage pas cette opinion. L'existence de cette artère puerpérale n'est nullement démontrée. Quant au rôle de l'artère épigastrique, M. *Glénard*, dans ses expériences faites à la Clinique en présence de M. *Bouillaud*, n'est pas parvenu à retrouver, à produire ou à faire disparaître à volonté le souffle épigastrique, comme il l'annonçait dans son travail.

M. *Depaul* fait passer sous les yeux de l'Académie une préparation anatomique où il est facile de voir que l'artère épigastrique, par la petitesse de son volume, est incapable de donner lieu à un bruit de souffle comparable par sa force et son intensité au souffle puerpéral.

M. *Bouillaud* fait remarquer que M. *Glénard* dans ses expériences pour faire disparaître le bruit en question, exerçait la compression tout près de l'origine de l'artère épigastrique et comprimait très-vraisemblablement l'artère iliaque externe. Ce fait viendrait à l'appui de sa théorie.

M. *Depaul* ajoute encore que si le bruit puerpéral avait réellement son siège dans l'épigastrique on devrait l'entendre uniquement sur le trajet de cette artère, et on l'aperçoit quelquefois sur un point opposé ou sur trois ou quatre points à la fois.

En somme cette doctrine épigastrique ne repose sur aucune donnée anatomique, sur aucune expérience sérieuse et M. *Glénard* a bien fait d'y renoncer.

Quant à la théorie de M. *Bouillaud*, certains faits semblent lui donner raison, mais à côté on en trouve d'autres où il est difficile d'admettre le mécanisme de la compression des artères pelviennes par l'utérus gravid. Il n'est pas rare d'abord d'observer ce bruit de souffle un, deux, trois jours après l'accouchement; M. *Baillif* l'a constaté 68 fois sur 78 femmes accouchées; sur ces 68 fois, 15 fois le souffle était perçu des deux côtés, 13 fois à droite et 26 fois à gauche. Ce dernier chiffre surtout contredit l'opinion de M. *Bouillaud*, car l'utérus était dévié à droite et il est difficile d'expliquer le bruit perçu à gauche dans un point où l'utérus ne pouvait exercer sa compression.

M. Depaul signale en terminant un travail de M. Rapin (de Lausanne). Ce travail, s'il était confirmé par des recherches ultérieures, viendrait à l'appui de la doctrine utérine ; on sait qu'en introduisant le doigt dans le vagin, on sent très-souvent au niveau du col des battements artériels. M. Rapin constata qu'en auscultant une femme enceinte, et en comprimant le col de dedans en dehors, on peut faire disparaître à volonté le bruit du souffle puerpéral.

M. Depaul signale ce fait et se réserve de le rechercher à la première occasion, et remet à la prochaine séance la suite de la discussion.

Académie royale de médecine de Belgique.

SEANCE DU 24 JUIN 1876. — PRÉSIDENCE DE M. SOUPART, VICE-PRÉSIDENT.

M. Desgain soumet à la Compagnie, de la part de l'auteur, M. Dèle, médecin-vétérinaire à Auvier, un travail manuscrit intitulé : DE LA THERMOMÉTRIE DANS LA PNEUMO-PNEUMONIE CONTAGIEUSE DU GROS DÉTAIL. (Renvoyé à MM. Crocq et Delvaux.)

M. Masius présente au nom de l'auteur, M. le docteur Félix Passereau, de Liège, un mémoire manuscrit : SUR L'INFLUENCE DE L'IODURE ET DU BROMURE DE POTASSIUM SUR LA DIGESTION STOMACALE. (Renvoyé à MM. Vasson et Rousselaere.)

M. Warlomont offre, au nom de MM. les docteurs Duwez et Verriest, et en son nom, un exemplaire du COMPTE RENDU DU CONGRÈS DE VIENNE ET DU CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES DE BRUXELLES, qu'ils viennent de livrer à la publicité.

M. Herlaux a déposé dans la précédente séance, au nom de M. le professeur L. Noël, de Louvain, un travail manuscrit ayant pour titre : DU POULS VEINEUX OSSEUX PRÉSENTEMENT HABITUEL DE L'ACTION DU CHLOROFORME. (Commissaires : MM. Boddart et Warlomont.)

NOUVEAUX CAS D'ANESTHÉSIE PAR INJECTION INTRA-VEINEUSE DE CHLORAL, par MM. Deneffe et Van Wetter. — Les auteurs rapportent dix nouveaux cas d'anesthésie par injection intra-veineuse de chloral. Sept de ces cas ont été produits par eux, deux l'ont été à Bordeaux par MM. Oré et Lande, le dixième à Pola (Autriche) par M. le docteur Linhart, chirurgien en chef de l'hôpital maritime de cette ville. Le minimum de chloral injecté a été de 4 grammes, le maximum de 10 grammes. Aucun accident ne s'est produit; l'immaturité sexuelle a été remarquée deux fois, mais sans aucune suite fâcheuse. L'anesthésie s'est montrée avec tous les caractères indiqués jusqu'ici : rapidité dans sa production, intensité d'action et longue durée. Règle générale, le sommeil qui suit l'anesthésie dure plusieurs heures, et pendant vingt-quatre à trente-six heures la sensibilité reste obtuse. La période d'excitation a toujours manqué, le sommeil se produit avec autant de calme que le sommeil naturel. Jamais il ne s'est manifesté ni nausées, ni vomissements. M. Linhart anesthésiait par injection intra-veineuse de chloral un sujet qui avait été chloroformé autrefois à deux reprises par d'autres chirurgiens. Dans ces deux cas le sujet avait été très-réfractaire à l'action de l'anesthésique en inhalation, la période d'excitation avait été longue et pénible, des vomissements s'étaient produits, et le patient avait, dans les deux cas, été malade toute la journée. Sous l'influence de l'injection intra-veineuse, le sommeil et l'insensibilité se produisirent très-aisément, sans excitation, sans vomissements et sans inconvénients consécutifs. Des faits analoges avaient déjà été signalés par MM. Deneffe et Van Wetter. Ces messieurs déclarent aujourd'hui qu'ils sont en mesure de doser l'anesthésie chloralique, d'obtenir à volonté le sommeil, l'anesthésie cutanée, la demi-anesthésie et puis enfin l'insensibilité absolue de la cornée. M. Verneuil et d'autres chirurgiens éminents ont dit que les injections intra-veineuses n'étaient pas à la portée de tout le monde et que les médecins de campagne n'oseraient les tenter. Les faits contredisent cette opinion : M. le docteur Vigneau, médecin près de Bordeaux, aidé de deux paysans, une nuit, a fait des injections intra-veineuses dans les veines d'un tétanique. « Ces opérations, dit M. Vigneau, ont été faciles et ne se sont

compliquées d'aucun accident ». L'instrument de M. Oré ne paraît même pas absolument nécessaire, puisque MM. Linhart, Winsbaek et Willième se sont servis dans leurs injections d'une seringue ordinaire. Pour démontrer l'innocuité des injections intra-veineuses quand elles sont bien faites, MM. Deneffe et Van Wetter signalent que le professeur Alarco, de Lima, a pu faire en 17 jours 39 injections (trente-neuf) de chloral dans les veines d'un tétanique; 50 grammes de chloral ont pénétré et le malade a parfaitement guéri, sans phlébite ni caillots.

M. le docteur Willième, correspondant, demande si, vu l'importance du sujet, l'Académie ne jugerait pas à propos d'ouvrir une discussion sur l'anesthésie par les injections intra-veineuses de chloral.

M. Deneffe croit que cette discussion serait prématurée, que le nombre d'observations est encore trop restreint et qu'on s'exposerait par trop de précipitation à nuire à une méthode qui s'annonce si favorablement. Il est prêt à soutenir le débat, mais il croit qu'il y a tout à gagner à l'ajourner; petit à petit, d'autres praticiens se mettront de la partie et viendront y ajouter des éléments utiles.

MODIFICATIONS À APPORTER AU REFOUOIR DU CORDON OMBILICAL INVENTÉ PAR FEU LE PROFESSEUR HUBERT PÈRE, par M. Eug. Hubert fils. — M. Pigeolet, rapporteur, rend compte de ces modifications. Dans le but de rendre plus simple et plus pratique le procédé par la double sonde, le premier moyen que propose l'auteur consiste à remplacer par une éponge ordinaire ou préparée, roulée en anneau autour du cordon, la compresse destinée à embrasser le cordon ombilical et appendue comme elle par un cordonnet à l'extrémité de la sonde. Le second est obtenu par un bout de doigt de gant auquel un brin de fil suspend l'anse funiculaire, appareil qui peut rendre à peu près les mêmes services que l'autre procédé. Conclusions : Remerciements et dépôt aux archives. (Adopté.)

ÉTUDES SUR LA CLASSIFICATION ET LA SYNONYMIE DES PRINCIPAUX PRODUITS RÉSINEUX, etc., par M. Herlant. — M. Gille, rapporteur, « désirant encourager les recherches ayant pour but de grouper et de déterminer par des caractères précis les substances médicamenteuses », propose, au nom de la 5^e section, de publier le travail de M. Herlant. Ces conclusions sont adoptées.

MOTION D'ORDRE. — M. Warlomont demande qu'avant qu'il soit procédé, ainsi que l'indique l'ordre du jour du comité secret de cette séance, au remplacement de feu le docteur Vlemineux en qualité de président de l'Académie, il soit rendu à ce collègue distingué, qui pendant plus de trente ans a été préposé aux destinées de la Compagnie, un dernier et respectueux hommage. « Je propose en conséquence, dit-il, 1^o que l'Académie émette le vœu que le gouvernement fasse exécuter par le premier de nos artistes le buste de marbre du regretté défunt, pour le placer prochainement dans la salle ordinaire de nos séances, qu'il a si longtemps animée de sa verve, de son esprit et de son éloquence; 2^o que ce vœu soit apporté en personne à M. le ministre de l'Intérieur par le bureau ou par une députation à nommer par lui.

» En votant cette double proposition à l'unanimité et par acclamation, ajoute l'auteur de la motion, l'Académie montrerait qu'aucun de ses membres ne connaît ce triste sentiment que, par euphémisme, on appelle l'indépendance du cœur, et que vulgairement on nomme ingratitude. »

Les deux propositions sont votées par acclamation.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS. — M. Roussel (d³ Genève) présente un appareil pour la transfusion du sang intact et vivant. Cet appareil date de 1864 et il n'y a rien été changé depuis, si ce n'est qu'il est fait tout entier aujourd'hui de caoutchouc durci, parfaitement que l'auteur considère

comme des plus importants, l'expérience ayant démontré que tout contact de métal, de verre, d'ivoire est nuisible au sang entier, en ce qu'ils le prédisposent à la coagulation, laquelle devient inévitable si ce sang a été soumis, ne fût-ce qu'un instant, au contact de l'air. Ce contact de l'air, l'appareil de M. Roussel l'écarte également.

M. Roussel a répété sur le vivant, devant l'Académie, l'expérience qu'il avait faite quelques jours auparavant, avec un plein succès, à l'hôpital Saint-Pierre. Il avait emprunté à un infirmier du sang par incision de la veine à l'abri de l'air, au moyen de sa lancette cachée, et ce sang était venu bientôt s'écouler par la canule parfaitement fluide et vivante. Pour que l'expérience fut complète, il ne manqua que le malade appelé à recevoir le sang, que cette canule, introduite dans une veine, était prête à lui apporter.

M. Burggraeve fait quelques objections. Y a-t-il lieu de préférer le sang vivant au sang défilé ? etc.

M. Roussel déclare qu'il n'entend soulever ici aucune question de doctrine : le problème posé est celui-ci : « Trouver un appareil propre à transmettre directement et sans danger du sang vivant d'un individu à l'autre. » Ce problème, son appareil le résout. Il ne prétend pas autre chose.

COMITÉ SECRET. Élections. — Sont nommés (pour terminer l'exercice 1876) : président, M. Soupart ; premier vice-président, M. Hairion ; deuxième vice-président, M. Chandelon.

Membres honoraires belges : MM. les docteurs Bulckens (Gheel), Decaune (Anvers), Malcorps (Louvain), Van Berchem (Willebroeck), Louis Martin (Bruxelles), P.-J. Van Beneden (Louvain).

Membres honoraires étrangers : MM. Bertillon (Paris), Billroth (Vienne), Marey (Paris), Murrotte (Paris), O'Neil (Pavie), Röll (Vienne), Von Sigmund (Vienne), Wunderlich (Leipzig).

Correspondants belges : MM. Hayot (Louvain), Eug. Hubert (Louvain), Motte (Dinant), Victor Vlemmeckx (Bruxelles), Wegenkel (Bruxelles).

Correspondants étrangers : MM. Anabilli (Naples), Léon La Fort (Paris), Oré (Bordeaux), Reynal (Alfort).

REVUE DES JOURNAUX

Cas d'hypertrophie traumatique et d'élongation des phalanges digitales, par le docteur LIPPINCOTT.

Le malade est un robuste artisan âgé de vingt-cinq ans. À l'âge de trois ans il fit une chute sur la main qui occasionna une brusque flexion de l'annulaire ; à partir de cette époque, le doigt se développa rapidement et ne tarda pas à dépasser en longueur et en circonférence les autres doigts de la main. Les renseignements les plus précis permettent d'affirmer qu'au moment de la naissance la main ne présentait aucune anomalie.

Le doigt affecté est uniformément développé, les condyles sont prononcés et les diamètres latéraux sont beaucoup plus prononcés que les diamètres dorso-palmaires. L'articulation métatarso-phalangienne présente les mouvements ordinaires, mais les articulations des phalanges ne jouissent que d'une légère mobilité. La couleur de la peau est normale et la sensibilité intacte. Le doigt présente les dimensions suivantes qu'on peut comparer avec celles du doigt sain : longueur totale du doigt, 13 centimètres ; circonférence moyenne, 8 centimètres. Le doigt sain correspondant présente une longueur totale de 10 centimètres et une circonférence de 5 centimètres.

L'amputation du doigt a été pratiquée au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne. À l'examen du doigt

amputé on remarque une certaine augmentation dans le calibre des artères digitales avec épaississement des parois, mais il n'y avait pas de traces de dégénérescence athéromateuse. Tous les autres tissus étaient normalement constitués ; les os, examinés avec soin, ne présentaient aucune altération de structure ni de forme. (*American Journal*, janvier 1876 ; *Archives générales*, mai 1876.)

Section du nerf sciatique poplité interne par un éclat d'obus, mal perforant des deux premiers orteils, par le docteur MORAT, chef des travaux anatomiques, à Lyon.

Dans un mémoire publié dans les *Archives générales*, en 1873, MM. Duplay et Morat ont nettement établi les relations de causalité existant entre les ulcères du pied à forme envahissante et les altérations des nerfs. Une nouvelle observation publiée par M. Morat vient à l'appui de cette théorie. Il s'agit d'un homme de vingt-deux ans qui, à la suite d'un éclat d'obus reçu en 1870, pendant le siège de Paris, eut une fracture comminutive dont la guérison complète demanda dix-huit mois. Un an plus tard le lieu de la fracture devint le siège d'accidents inflammatoires qui se compliquèrent d'une double ulcération à la face plantaire des deux premiers orteils. Un peu plus tard survinrent des abcès multiples dans la jambe, les ulcères continuèrent leur travail destructeur et le malade se décida à subir l'amputation, qui fut pratiquée au mois de mai 1875.

À l'autopsie on trouva sur le trajet du nerf tibial postérieur un renflement fusiforme de la grosseur du doigt en partie adhérent au périoste de la face postérieure du tibia. À l'examen microscopique on remarque une profonde altération des éléments de ce nerf : les tubes à moelle ont perdu leur myéline, ils sont réduits à leur gaine de Schwann, dans laquelle on voit des noyaux tantôt espacés irrégulièrement, tantôt groupés par deux ou par trois, quelques-uns manifestement en voie de divisions. Plus de cylindre-axe, rien qu'une gaine membraneuse avec des noyaux irrégulièrement échelonnés dans son intérieur. Le sciatique poplité interne présente un mélange de fibres altérées et de fibres saines.

Les détails de cette observation se résument de la manière suivante : plaie par arme à feu, section du tibial postérieur, fracture du péroné accompagnée de désordres profonds de la région, insensibilité ou, pour mieux dire, énumération d'une notable étendue du pied ; développement d'un double ulcère dans les points privés de leur innervation. (*Lyon médical*, 21 mai 1876.)

BIBLIOGRAPHIE

Index bibliographique.

CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES, sessions de Vienne (1873) et de Bruxelles (1875), compte rendu publié, au nom du bureau, avec le concours de MM. les secrétaires des sections, par M. WARLONOT, secrétaire général, et MM. DUWEZ et VERRIEST, secrétaires des séances générales. 2 vol. gr. in-8 de 120 et 1136 pages. — Bruxelles, H. Manceaux ; Paris, J.-B. Baillière et fils, 1876.

Ce volumineux et compendieux recueil vient de paraître. Le plus important des deux volumes (il se compose de CCXVII-814 pages) rend compte de la session qui s'est tenue à Bruxelles du 19 au 25 septembre 1875.

La première partie comprend (CCVII pages) l'Introduction (règlement, programme des questions et projets de solution, liste des membres ayant participé au Congrès, etc.) et le Compte rendu des assemblées générales, donnant les procès-verbaux des séances, le texte de la conférence de M. Marey sur la méthode graphique dans les sciences expérimentales et ses applications spéciales à la médecine.

cine, et, comme annexes, les communications faites au comité général par M. Donchut (De l'ophthalmoscopie dans les différentes espèces de méningite aiguë), Ludest (État mental des alcoolisés), Palasciano (Hygiène des tonbeaux), Chopman (De la prostitution en Angleterre), Lefebvre (De la désinfection). Cette partie se termine par un chapitre Variétés se rapportant à la visite des établissements publics, savoir : *Maison pénitentiaire cellulaire de Louvain*; *Institut vaccinal de l'État (vaccination animale) de Bruxelles*; *Colonie d'aliénés de Ghel*; *Egouts de la ville de Bruxelles*; *A l'exposition d'instruments et au banquet du Congrès*.

La seconde partie se compose du *Compte rendu des travaux des neuf sections*. Chacun de ces neuf chapitres comprend : la liste des membres inscrits dans chaque section, la constitution du bureau, le texte complet des rapports et le résumé des discussions auxquelles ils ont donné lieu, puis comme annexes le texte des communications, au nombre de soixante-deux, faites sur des sujets étrangers au programme, dans les différentes sections, avec les discussions s'y rapportant.

Certaines discussions ont pris de grands développements; celle sur l'aesthétique chirurgicale, par exemple, qui a lieu dans la 2^e section, occupée dans les procès-verbaux 100 pages petit texte : on y trouve, indépendamment du rapport de M. Wilhelm, les discours étenus et étudiés de MM. Boiqué, Bouloimé, Cazin, Denaffe, A. Forget, Gayet, Giraldes, Managor, Oré (de Bordeaux), Palasciano, Maurice Perrin, Verneuil, etc., où sont traités avec compétence tous les points se rattachant aux différents procédés d'anesthésie, et principalement aux injections intra-veineuses de chloral, sujet plein d'actualité dont aucun côté n'a été négligé. Nulle part ailleurs on ne trouve un faisceau aussi condensé de documents sur cette grave question.

Citons encore dans les autres sections les rapports et discussions sur le choléra (1^{re} section), les maternités (3^e section), l'organisation internationale du service de l'hygiène publique (5^e section), les défauts de la vision et celles de l'ouïe au point de vue du service militaire (6^e et 7^e sections), la situation morale et légale et le placement des aliénés criminels et dangereux (8^e section), etc., etc. Tout cela forme un ensemble de documents curieux et intéressants, digne couramment d'une œuvre qui fait le plus grand honneur à ses organisateurs, qu'il nous ait menés à bon fin, et à la satisfaction de tous.

Entre les congrès médicaux internationaux de Paris et de Florence, qui ont publié le recueil de leurs actes, et celui de Bruxelles, qui vient de publier le sien, se place la session de Vienne (1873), qui n'avait laissé d'autre trace que des documents épars, écrits en allemand et éparpillés dans les feuilles volantes. Il y avait là une grave lacune. Le comité de publication du Congrès de Bruxelles l'a comblée en livrant à la publicité le *compte rendu résumé*, écrit en langue française, des travaux de cette session, d'après les documents fournis par le bureau du Congrès de Vienne. C'est un nouveau service rendu à l'œuvre des Congrès internationaux des sciences médicales.

Les deux volumes que nous venons d'annoncer se trouvent à la librairie J.-B. Baillière et fils, à Paris, où MM. les membres français ayant assisté au Congrès de Bruxelles et MM. les souscripteurs pourront faire réclamer les exemplaires qui leur reviennent. Ils sont imprimés en caractère compacte sur beau papier; le texte en est serré et les matériaux qu'ils renferment sont considérables.

SUR LA GÉNÉRATION DES FERMENTS, par M. FREMY, membre de l'Académie des sciences. 1 vol. in-8, 1875. — Paris, G. Masson.

Sous ce titre, M. Fremy reproduit, avec quelques faits nouveaux, les différentes discussions qui eurent lieu entre M. Pasteur et lui à l'Académie des sciences. On se souvient de ce débat, qui souleva tant de passion de part et d'autre, nous n'avons donc pas à y revenir. Dans ce nouveau mémoire, M. Fremy n'abandonne rien de ses anciennes théories, exposées pour la première fois en 1841 dans un mémoire sur la fermentation lactique. « Les ferments, dit M. Fremy, viennent non de l'extérieur, comme le veut M. Pasteur, mais de l'intérieur des organismes, et dans cette génération l'air intervient dans certains cas par son oxygène et non par ses poussières. » Voici comment M. Fremy pose aujourd'hui la question : « Pour moi, les poussières de l'air n'interviennent pas dans la génération des ferments; les matières organiques sont douées d'une force végétative qui leur permet, au contact de l'air et par action de l'oxygène, de créer des ferments sans l'intervention des germes atmosphériques; cette production des ferments par les organismes

vivants peut même dans certains cas se faire à l'abri de l'air. L'organisation engendre les ferments de la maladie et l'air les transporte. » C'est ce que M. Fremy s'efforce de démontrer dans son nouveau mémoire, où l'on trouvera des renseignements intéressants au point de vue clinique et même pathologique.

VARIÉTÉS

Nécrologie.

Nous avons la douleur d'annoncer la mort d'un de nos collaborateurs, M. le docteur Ely, médecin-major de 1^{re} classe, officier de la Légion d'honneur et de l'instruction publique, qui avait voué sa vie à des travaux de statistique médicale, soit au Ministère de la guerre, soit dans diverses publications. Les lecteurs de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, et ceux surtout du DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES, ont pu apprécier avec quelle sûreté et quelle délicatesse il maniait ce difficile instrument de la statistique, aussi propre à fausser les faits qu'à les mettre en relief. M. Ely, atteint depuis un grand nombre d'années d'une surdité complète, a succombé aux progrès lents d'une affection des centres nerveux.

— Un des plus illustres chirurgiens de l'Allemagne, Stromeyer, vient de mourir subitement à Hanovre, d'une attaque d'apoplexie. Au mois d'avril dernier, Stromeyer avait été l'objet d'une véritable ovation de la part des chirurgiens anglais et allemands, qui avaient fait une souscription pour lui élever une statue. Les travaux de ce chirurgien sont trop variés et trop connus pour être rappelés ici; il avait publié, il y a quelques années, sous le titre de *SOUVENIRS D'UN CHIRURGIEN ALLEMAND*, un volume très-intéressant, dans lequel on trouve sa propre biographie. Ce volume contient, en outre quelques épisodes sur les guerres danoises, le renversement du roi de Hanovre et la dernière guerre franco-prussienne.

— L'Italie médicale vient de perdre un médecin éminent, M. Achille Bianchi, membre de l'Académie de Rome et inspecteur de l'hôpital de l'Esprit-Saint. M. Bianchi a publié quelques travaux importants sur les affections endémiques de l'État Romain, et de nombreux tableaux statistiques sur les maladies et la mortalité de la ville de Rome. Ce médecin est mort à l'âge de quarante-deux ans.

— Un autre médecin romain, M. le docteur Ignazio Legge, vient également de mourir à Velletri, victime du typhus qui règne épidémiquement dans cette partie de l'Italie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le service des cliniques médicales est réparti comme il suit entre les professeurs de la Faculté de médecine de Paris : M. G. Sée, attaché à l'hôpital de la Charité, est transféré, au même titre, à l'hôpital-Dieu, en remplacement de M. Béhier, décédé. M. Hardy, attaché à l'hôpital Necker, est transféré, au même titre, à l'hôpital de la Charité, en remplacement de M. G. Sée.

— M. Rigal, agrégé, est chargé du cours de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement du titulaire, M. Béhier, décédé. Il est attaché à l'hôpital Necker.

— La Faculté de médecine, réunie en assemblée générale, a eu à s'occuper, probablement sur la demande de M. le ministre de l'instruction publique, du mode de nomination des professeurs. A la question, qui sans doute lui a été posée : Faut-il rétablir le concours ? Vingt et un professeurs présents ont répondu : onze par non, dix par oui. (Union médicale).

— Par arrêté en date du 21 juin, la chaire de clinique médicale de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante. Un délai de vingt jours à partir de la présente publication est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

CENTRES UNIVERSITAIRES. — Le conseil municipal de Lille, sur la proposition d'un de ses membres, M. Verly, a émis le vœu que le ministre de l'instruction publique ajointe la ville de Lille à celles de Paris, Lyon, Bordeaux et Nancy, dont il se propose de faire des centres universitaires complets.

ÉCOLE D'ARRAS. — Par arrêté en date du 23 juin, des concours s'ouvriront le 8 janvier 1877, pour un emploi de suppléant des chaires de clinique et de pathologie internes; le 15 janvier 1877, pour un emploi de suppléant des chaires de clinique et de pathologie externes et d'accouchements.

SERVICE DE SANTÉ. — L'inspection médicale et pharmaceutique du service de santé en France et en Algérie, pour 1876, aura lieu de la manière suivante :

Inspection médicale. — 1^{er} arrondissement (3^e, 10^e, 11^e et 18^e corps d'armée), M. Legouest, président du Conseil de santé; — 2^e arrondissement (5^e, 8^e, 13^e, 16^e corps d'armée et gouvernement militaire de Paris), M. Gerrier, membre du Conseil de santé; — 3^e arrondissement (1^{er}, 2^e, 6^e, 7^e et 14^e corps d'armée), M. Army, membre du Conseil de santé; — 4^e arrondissement (4^e, 9^e, 12^e et 17^e corps d'armée), M. Baizeau, membre du conseil de santé; — 5^e arrondissement (1^{er} corps d'armée et division de Constantine), M. Coëury, médecin inspecteur. — 6^e arrondissement (divisions d'Alger et d'Oran), M. Brault, médecin inspecteur.

Inspection pharmaceutique. — M. Coulier, pharmacien inspecteur, membre du Conseil de santé, inspectera la Pharmacie centrale de Paris, les hôpitaux militaires de Paris, Vincennes, Versailles, Rennes, La Rochelle, Bordeaux, Bayonne, Barèges et Toulouse.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — MM. Lacroix, médecin principal de première classe; Béchade, médecin principal de deuxième classe; Martin, Rey, Lefèvre, Darcy et Vidal, médecins-majors de première classe, viennent de prendre leur retraite.

LA SOCIÉTÉ DE SECOURS DES AMIS DES SCIENCES, fondée par Thénard, a tenu sa 17^e séance publique annuelle le jeudi 8 juin, à la Sorbonne, sous la présidence de M. Bertrand, de l'Institut. Après la lecture du compte rendu de la gestion du Conseil d'administration, faite par M. Pasteur, de l'Institut, l'un des secrétaires, M. M. Dobray, maître de conférences à l'École normale supérieure, a fait l'éloge de M. Balard, de l'Institut. M. Paul Bert, professeur à la Faculté des sciences, a fait une conférence sur l'influence des changements considérables de la pression de l'air sur les êtres vivants.

La Société a déjà voté, pour l'exercice 1876, plus de 35 000 fr. de secours; elle sollicite avec instance de nouveaux adhérents, afin de pouvoir répondre à de nombreux demandes de secours qui lui ont été adressées, et qu'elle aurait la douleur de ne pas pouvoir accueillir si de nouvelles ressources n'étaient pas mises à sa disposition.

DEUX ACADEMIES DE MÉDECINE. — L'Académie de médecine de Belgique est plus heureuse que l'Académie de médecine de Paris. Tandis que celle-ci, malgré le généreux legs de Demarquay et les nombreuses démarches de ses présidents, cherche toujours une installation digne d'elle, le roi des Belges vient de mettre à la disposition de l'Académie de médecine de Bruxelles le palais de la rue Ducale. Nous comprenons que la savante compagnie ait accueilli avec une vive satisfaction le décret qui lui prouve la sollicitude du gouvernement.

SUICIDE EN ANGLETERRE. — Le rapport annuel pour l'Angleterre et le pays de Galles montre une augmentation considérable dans le nombre des suicides. Ce chiffre, qui était en 1858 de 1275, s'est élevé en 1874 à 1592. Sur ce nombre, on compte 1204 hommes et 388 femmes. La mort reconnaissait les causes suivantes : pendaison, 597; blessures par instruments tranchants, 340; asphyxie par submersion, 280; empoisonnement, 149; blessures par armes à feu, 93; causes non définies, 433. Il est à remarquer que les suicides sont beaucoup plus nombreux dans les classes supérieures et instruites que dans les classes pauvres et ignorantes.

UN CURÉ ACCOUCHEUR. — L'exercice illégal de la médecine par les membres du clergé est de notoriété publique. En général, ils se renferment dans le domaine de la médecine préventive; tel n'est point le cas du curé de Novis, dans l'Aveyron, qui se livre en outre à l'exercice de la chirurgie et des accouchements. Un de nos confrères a rapporté à la Société de l'Aveyron le récit de deux opérations de ce genre qui dépassent tout ce que l'on pourrait imaginer : qu'il suffise de dire que, dans les deux cas, femme et enfant lui sont morts entre les mains. Les poursuites dirigées contre ce curé n'ont pas abouti, parce qu'il est mort avant que toutes les pièces du procès n'aient été réunies. (*Lyon médical.*)

Etat sanitaire de Paris :

Du 16 au 22 juin 1876, on a constaté 903 décès, savoir :

Variéole, 15. — Rougeole, 37. — Scarlatine, 3. — Fièvre typhoïde, 12. — Erysipèle, 8. — Bronchite aiguë, 15. — Pneumonie, 17. — Dysentérie, 2. — Diarrhée cholériforme des enfants, 9. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 10. — Croup, 15. — Affections puerpérales, 5. — Autres affections aiguës, 292. — Affections chroniques, 363, dont 147 dus à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 45. — Causes accidentelles, 47.

SOMMAIRE. — PARIS. Académie de médecine : La discussion sur le soufre pur-pur. — Société de biologie : Glycosurie des nourrices. — Société pathologique de Londres : Discussion sur la syphilis. — CLINIQUE CHIRURGICALE. Clinique de la Pitié : Cas de tétanos vainement traité par le chloral. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Académie de médecine de Belgique. — REVUE DES JOURNAUX. Cas d'hypertrophie trachéale et d'élargissement des phanages digitales. — Section du nerf sciatique traité latéralement par un éclat d'obus. — BIBLIOGRAPHIE. Deux bibliographies. — VARIÉTÉS. — FEUILLETON. Un médecin empirique au XVII^e siècle

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité pratique des maladies du larynx, précédé d'un traité de laryngoscopie, par le docteur Fauvel. 1 vol. in-8 de 930 pages, avec 144 figures dans le texte et 20 planches dont 7 en chromolithographie. Paris, V. A. Delahaye et C^e. Broché, 20 fr.; cartonné, 21 fr.

Traité clinique des maladies de l'utérus, par les docteurs Demarquay et Saint-Vel. 1 vol. in-8 de 600 pages, avec figures dans le texte. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 10 fr.

Étude sur la ladrerie chez l'homme, comparée à cette affection chez le porc, par le docteur Boyron. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 2 fr.

Étude sur les hémorrhagies qui surviennent pendant les suites de couches, par le docteur Contamin. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 2 fr.

De l'anesthésie dans l'hémiplegie hystérique, par le docteur Desbrosses. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 2 fr. 50

De l'empoisonnement par la nicotine et le tabac, par le docteur Foussard. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 2 fr. 50

De la valeur de la caustérisation appliquée au traitement de la tumeur et de la fistule lacrymale, par le docteur Chamoïn. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 2 fr.

De la sensibilité générale et de ses altérations dans les affections mélancoliques, par le docteur Semol. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 3 fr. 50

De la goutte; étiologie, formes, périodes, transformation prinoridiales, par le docteur Bouloumié. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 4 fr.

Coup d'œil sur les indications, les contre-indications et l'usage des eaux minérales de Contrezeuille (Voges), par le docteur Tamin-Despoules. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 1 fr.

De la mydriase, par le docteur Perceped. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 2 fr.

Notice sur les bains de Lavey, par le docteur Suchard. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 1 fr. 50

Du sevrage, conseils à ma fille, aux jeunes mères et aux nourrices, par le docteur Michalski. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 1 fr. 25

Formulaire officinal et magistral international, comprenant environ 4000 formules, etc., par le docteur J. Jeannel. 2^e édit., 1876. 1 vol. in-18 de 1000 pages. Paris, J.-B. Baillièrre et fils. Cartonné, 6 fr.

Essai clinique sur les tumeurs solides de l'ovaire, par le docteur Ziembicki. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 2 fr.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président*; BLACHEZ, A. HÉNOUCQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 6 juillet 1876.

Académie de médecine : DU FERMENT DES URINES AMMONIACALES : MM. PASTEUR et JOUBERT. — *Société médicale de Vienne* : LE CATHÉTÉRISME DE L'URÈTÈRE CHEZ L'HOMME : DOCTEUR GRÜNFELD. — SYPHILIS VISCÉRALE SECONDAIRE.

Du ferment des urines ammoniacales.

Il y a plus de deux ans, l'Académie s'est occupée d'un sujet aussi intéressant pour la pratique chirurgicale que pour l'étude physiologique des humeurs et des ferments. Nous avons, à propos de cette discussion académique, exposé l'état de nos connaissances sur ce sujet (*Gaz. hebdomadaire*, p. 49 et 81, 1874).

Nous avons rappelé que l'existence d'un ferment organisé dans l'urine ammoniacale avait été démontrée par MM. Pasteur, Van Tieghem, Munk, Fischer, Teuffel.

La discussion académique a été, à cette époque, moins prolongée que nous l'espérions en nous plaçant au point de vue pratique. Aussi croyons-nous nécessaire d'appeler l'attention sur une communication faite, dans la dernière séance, par M. Pasteur.

M. Musculus (en janvier 1876) a présenté une note à l'Académie des sciences dans laquelle il annonçait qu'il avait trouvé un ferment diastase ou soluble dans l'urine, ayant la propriété de transformer l'urée en carbonate d'ammoniaque, c'est-à-dire de rendre les urines alcalines ; la transformation ammoniacale des urines, suivant ce chimiste, ne nécessiterait donc pas la présence d'un ferment figuré.

M. Pasteur avec la collaboration de M. Joubert a de nouveau étudié cette question, et il a résumé en quelques notes les résultats de ses expérimentations, ainsi que les conséquences physiologiques et les indications thérapeutiques qui en résultent.

MM. Pasteur et Joubert sont très-précis dans leurs conclusions, que nous reproduisons presque textuellement, et nous ne voyons pas qu'elles puissent être infirmées.

« Toutes les fois que l'urée ou l'urine deviennent ammoniacales, il y a présence et développement d'un organisme microscopique. L'urine normale, quand elle ne renferme pas le germe de ce ferment, conserve son acidité indéfiniment au contact de l'air.

« Le ferment soluble de M. Musculus est produit par le petit ferment organisé de l'urée. Le maximum de la production du ferment soluble coïncide même avec l'absence de l'urée dans les liqeurs urinaires ou autres où le ferment organisé se nourrit et se multiplie. Tel est le principal résultat du travail.

« C'est le premier exemple d'un ferment organisé autonome

» cultivable dans des liquides quelconques sous la seule condition que ceux-ci soient propres à sa nutrition et pour » vant former pendant son développement une matière soluble » susceptible de déterminer la fermentation même que l'être » microscopique engendre. »

Il serait donc démontré que les urines ammoniacales sont produites par un ferment figuré, organisé. Par conséquent, au point de vue pathologique, il importerait que les médecins et les chirurgiens eussent conscience de la nécessité d'empêcher l'introduction de l'extérieur à l'intérieur des germes du ferment organisé des urines ammoniacales ; il importerait surtout que nous puissions nous opposer au développement de ces germes lorsqu'ils ont pénétré dans la vessie.

L'acide phénique, suivant M. Pasteur, est presque sans action pour combattre le ferment organisé des urines ammoniacales. Ce fait est fort intéressant à constater, parce qu'il explique pourquoi les injections phéniquées n'ont pas donné les résultats brillants que les promoteurs de l'acide phénique en attendaient.

M. Pasteur a reconnu que l'acide borique empêchait le développement du ferment. Il y aura lieu de faire des essais avec cet agent antifermescentescible ; grâce à son acidité relativement faible, il offre des conditions favorables. Des expériences doivent être faites à l'hôpital Necker avec l'acide borique injecté dans la vessie, et nous espérons pouvoir prochainement exposer les résultats obtenus.

A. HÉNOUCQUE.

Cathétérisme de l'urètre chez l'homme.

Nous avons l'année dernière (n° 44, 29 octobre 1875) signalé les essais de cathétérisme des urètres tentés par Simon (d'Heidelberg) chez la femme. On se rappellera que ce professeur, imitant la pratique de Huguier, a démontré que l'exploration digitale de la vessie est possible chez la femme, et que, de plus, la dilatation de l'urètre permet le cathétérisme des urètres. Le docteur Stein, aidant M. Simon, a pu à la suite de la dilatation éclairer l'orifice urétral au moyen de la lumière de magnésium, et le docteur Rutenberg, employant la méthode d'exploration de Simon, a pu éclairer la vessie de façon à permettre aussi de découvrir par l'examen endoscopique les orifices des urètres.

Tuchmann de (Londres), de son côté, est parvenu plusieurs fois à introduire une sonde dans les urètres de l'homme ; il a exposé les règles des manœuvres opératoires, établi des points de repère et fait construire des instruments spéciaux.

Cette fois le docteur Grünfeld, de Vienne (*Allgemeine Wiener mediz. Zeitung*, 20 juin), apporte un perfectionnement et croit avoir trouvé le moyen de rendre le cathétérisme de l'urètre plus certain et partant plus pratique. Il emploie l'endoscope comme guide ; c'est à l'aide de cet instrument

qu'il recherche les orifices des uretères. L'opérateur procède de la manière suivante : Dans un premier temps, on recherche l'orifice de l'uretère avec l'endoscope. La pratique a montré qu'on arrive assez facilement à trouver les orifices uretéraux, pourvu qu'on soit habitué à manier l'endoscope. Cet instrument doit être incliné à un angle de 30 à 35 degrés de la ligne médiane au côté qui doit être sondé ; il doit pénétrer de 2,5 à 3 centimètres dans la vessie ; l'orifice de l'uretère est reconnaissable à sa forme ovale allongée de haut en bas et de dehors en dedans, à l'ombre formée par le bord supérieur nettement saillant et les plis latéraux. Le second temps consiste à glisser le long de l'endoscope la sonde qui pénétrera dans l'orifice et dans l'uretère. Elle est guidée le long de l'endoscope par une disposition instrumentale particulière ; lorsque la sonde est dans l'uretère, on peut retirer l'endoscope. Le docteur Grünfeld n'emploie pas l'anesthésie, comme le docteur Simon, parce qu'il n'est pas obligé de pratiquer une dilatation préalable. L'endoscopie est applicable chez l'homme et chez la femme ; l'opération n'a jusqu'à présent produit aucun accident. A-t-elle amené des résultats utiles pour le diagnostic ou les indications thérapeutiques ? M. Grünfeld n'a pas précisément répondu à cette question, que tout praticien posera ; il s'est contenté de nous dire que l'exploration a réussi quelquefois chez l'homme ; et c'est, en effet, pour le moment, la seule conclusion à tirer de ces essais, à savoir : la possibilité du cathétérisme des uretères chez la femme surtout et aussi chez l'homme, la possibilité par conséquent de recueillir l'urine provenant d'un seul rein. L'avenir nous apprendra quelles peuvent être les applications pratiques ; pour le moment, il ne s'agit encore que de l'exécution heureuse d'un procédé d'investigation nouveau.

A. H.

Dans un compte rendu (voyez notre dernier numéro) sur la discussion qui a occupé la Société pathologique de Londres, nous disions que l'action de la syphilis sur les viscéres n'avait pas encore été l'objet d'une étude sérieuse. Cette assertion a été l'objet de quelques observations de la part de plusieurs pathologistes qui se sont occupés de la question. Il nous est facile de la rectifier, car notre appréciation sur la discussion de la Société pathologique de Londres ne portait que sur les travaux anglais. Nous savons en effet que plusieurs pathologistes français ont décrit les manifestations viscérales de la syphilis secondaire. Nous sommes heureux de rappeler à ce sujet les travaux de Fournier, de Lancereux et d'autres. M. Ernest Besnier a décrit dans le DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES (article RATE, pathologie) une syphilis viscérale précoce dont les manifestations sont superficielles et éphémères et au nombre desquelles il faut placer en premier lieu les manifestations spléniques. Les manifestations viscérales de la syphilis secondaire ont donc été étudiées en France, et nous nous faisons un plaisir et un devoir de le constater.

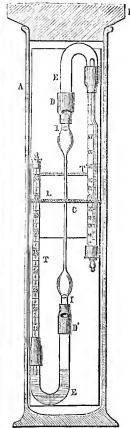
J. L.

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiologie expérimentale.

TRANSPIRABILITÉ DU SANG ; INFLUENCE DE L'ACIDE CARBONIQUE, DE L'ÉTHÉR ET DU CHLOROFORME SUR L'ÉGOUTTEMENT DE CE LIQUIDE ; ACTION DES SELS BILIAIRES SUR LES GLOBULES SANGUINS, par le docteur HARO, médecin-major.

Dans le courant de recherches que j'ai fait connaître autrefois (voy. *Gaz. hebdomadaire* du 14 avril 1873), je me suis aperçu qu'indépendamment de la chaleur il existe bien d'autres agents capables de modifier la transpirabilité du sang. Ainsi des gaz et les vapeurs de certains liquides volatils paraissent agir d'une façon plus ou moins tranchée sur la durée de l'écoulement. Mais pour aborder cette étude délicate, il fallait pouvoir faire les expériences dans un milieu gazeux déterminé, à l'abri de toute variation de température, et j'ai dû disposer mon appareil de la manière suivante :



- A. Grande éprouvette.
- B. Douche évasée.
- C. Tube capillaire muni d'ampoules.
- DD. Ajustages en caoutchouc présentant une ouverture latérale.
- EE. Tubes en U.
- II. Traits circulaires tracés sur les ampoules.
- TT. Thermomètres.
- L. Bandelette élastique maintenant le tube et les thermomètres sur une plaque de liège.

Un tube thermométrique capillaire C, que m'a construit Alvergnot, se termine à chacune de ses extrémités par une ampoule ayant environ 5 centimètres cubes de capacité et communique avec des tubes en U dans lesquels plongent des thermomètres divisés en dixièmes de degré. Ces diverses pièces, reliées entre elles à l'aide de manchons en caoutchouc, sont fixées par une bandelette élastique mobile L sur une plaque de liège et introduites ainsi dans une grande éprouvette A qui se ferme avec un bouchon fortement évasé B.

Pour faire l'expérience, on enlève le thermomètre inférieur, le sang est versé dans le tube en U, puis le tout étant remis en place, on retourne l'éprouvette et on la pose verticalement sur une table, le bouchon évasé tenant alors lieu de pied. Pendant ce mouvement le liquide, entraîné par la pesanteur, passe du tube en U dans l'ampoule correspondante et le capillaire qui lui fait suite ; à mesure que l'écoulement se produit

l'air pénètre dans l'appareil par une petite ouverture pratiquée sur le manchon de caoutchouc, le niveau du liquide ne tarde pas à paraître sous cet ajutage; on note le moment précis où il franchit le trait circulaire tracé sur l'ampoule, et l'on compte le nombre de secondes écoulées jusqu'à ce qu'il atteigne la partie supérieure du capillaire; le second thermomètre T' indique la température finale de l'expérience.

Cette disposition de l'appareil permet d'apprécier à un dixième de degré près la température du liquide sur lequel on opère et de répéter plusieurs fois de suite la même épreuve; il suffit pour cela de retourner l'éprouvette et de noter de la même manière la durée de l'écoulement qui se produit en sens inverse; mais comme les deux ampoules ne peuvent pas avoir exactement la même capacité, il est nécessaire de les désigner par une lettre tracée sur le verre qui permette de les reconnaître, et alors on peut comparer pour chacune d'elles la durée de l'écoulement du liquide en expérience avec la durée de l'écoulement de l'eau distillée à la même température (transpirabilité de Graham). Ce rapport, tout à fait indépendant des dimensions du tube employé, donne la mesure des résistances passives que le liquide oppose à l'écoulement et peut être déterminé avec autant de précision que la densité.

À l'aide de cet appareil, j'ai étudié le rôle de l'acide carbonique, de l'éther et du chloroforme sur l'écoulement du sang.

Première série d'expériences. — Je recueille à l'abattoir du sang de veau dans deux flacons; je débriane sur-le-champ le sang d'un flacon et j'abandonne l'autre à la coagulation. Une heure environ après la mort de l'animal, le sang débriiné est transvasé plusieurs fois de suite en plein air, et au bout de quelques instants il devient rutilant comme le sang artériel; je le filtre à travers un linge fin pour le débarrasser des parcelles de fibrine qu'il peut contenir, ainsi que des bulles d'air résultant des transvasements.

Moyenne de la température du sang prise dans la grande éprouvette avant et après l'écoulement.....	15,7
Durée de l'écoulement de l'eau distillée à cette température.....	99"
Durée de l'écoulement du sang débriiné.....	572"
Transpirabilité de ce sang.....	5,777

Je fais passer un courant d'acide carbonique à travers ce liquide jusqu'à ce qu'il devienne d'un rouge sombre, je le filtre pour enlever les bulles de gaz qu'il contient, puis je fais l'expérience après avoir rempli la grande éprouvette d'acide carbonique :

Température moyenne.....	14,8
Durée de l'écoulement de l'eau à cette température.....	102"
Durée de l'écoulement du sang débriiné saturé d'acide carbonique.....	634"
Transpirabilité de ce sang.....	6,215

Je répète ces deux expériences avec le sang du même animal, mais dans un ordre inverse :

Température moyenne.....	18,3
Durée de l'écoulement de l'eau à cette température.....	93"
Durée de l'écoulement du sang débriiné saturé d'acide carbonique.....	565"
Transpirabilité de ce sang.....	6,075
Température moyenne.....	18,9
Durée de l'écoulement de l'eau à cette température.....	93"
Durée de l'écoulement du sang débriiné rutilant.....	532"
Transpirabilité.....	5,612

L'acide carbonique retarde donc notablement l'écoulement du sang. Ce fait remarquable ne pourrait-il pas rendre compte de quelques phénomènes physiologiques et morbides inter-prétés jusqu'à présent d'une manière peu satisfaisante? Ainsi, le besoin si impérieux de respirer aurait peut-être son point de départ dans la difficulté que le sang veineux chargé d'acide carbonique éprouve à traverser le réseau capillaire si délicat du poumon; ce qui aurait lieu sans effort lorsque le sang, mis en contact avec l'air atmosphérique, peut se débarrasser de son acide carbonique.

Dans l'asphyxie par ce gaz, le pouls est ralenti et la pres-

sion sanguine accrue; ces phénomènes ne résulteraient-ils pas de l'obstacle apporté à la circulation capillaire par la présence en excès de l'acide carbonique dans le sang?

Quoi qu'il en soit, sur le sérum, l'action de ce gaz est bien moins tranchée que sur le sang débriiné, l'écoulement est retardé à peine de quelques secondes, ainsi que le prouvent les expériences suivantes :

Température moyenne.....	13,8
Durée de l'écoulement du sérum du même sang filtré.....	151"
Durée de l'écoulement du même sérum saturé d'acide carbonique.....	160"

Deuxième série d'expériences. — Je recueille à l'abattoir du sang de vache dans deux flacons; une portion de ce sang est débriinée, l'autre est abandonnée à la coagulation. Les expériences sont faites environ une heure après la mort de l'animal :

Température moyenne.....	15,3
Durée de l'écoulement de l'eau à cette température.....	100"
Durée de l'écoulement du sang débriiné et filtré.....	453"
Transpirabilité de ce sang.....	4,530

Je verse dans les 5 centimètres cubes environ de sang en expérience deux gouttes d'éther sulfurique et une dizaine de gouttes de ce liquide dans la grande éprouvette, afin que l'écoulement se produise au milieu de vapeurs éthérées; on conçoit que dans ces conditions l'évaporation du liquide volatil étant considérablement retardée, l'effet produit sur le sang doit être bien plus accentué que si l'écoulement avait lieu à l'air libre.

Température moyenne.....	15,9
Durée de l'écoulement de l'eau à cette température.....	99"
Durée de l'écoulement du sang faiblement éthéré.....	457"
Transpirabilité de ce sang.....	4,616

J'ajoute au même sang deux nouvelles gouttes d'éther et je mélange par agitation les deux liquides :

Température moyenne.....	15,7
Écoulement de l'eau à cette température.....	99"
Durée de l'écoulement du sang éthéré.....	512"
Transpirabilité de ce sang.....	5,171

L'éther retarde donc manifestement l'écoulement du sang.

Je recueille avec une pipette le sérum du même sang dans le deuxième flacon :

Température moyenne.....	14,8
Durée de l'écoulement de l'eau à cette température.....	102"
Durée de l'écoulement du sérum filtré.....	167"
Transpirabilité de ce sérum.....	1,637

Je verse dans ce sérum quelques gouttes d'éther et j'agite vivement :

Température moyenne.....	15,3
Écoulement de l'eau à cette température.....	100"
Écoulement du sérum éthéré.....	181"
Transpirabilité de ce sérum.....	1,810

Je verse dans un tube à essais de l'eau pure et un dixième en volume d'éther; j'agite vivement; au bout de quelques instants, lorsqu'il n'y a plus de bulle d'air dans le mélange, je fais l'expérience au milieu de vapeurs éthérées :

Température moyenne.....	17,1
Durée de l'écoulement de l'eau pure.....	96"
Durée de l'écoulement de l'eau éthérée.....	123"
Transpirabilité de l'eau éthérée.....	1,333

L'éther retarde donc également l'écoulement du sérum et de l'eau. Ce résultat est d'autant plus surprenant que la transpirabilité de l'éther est représentée par le nombre 0,299, c'est-à-dire que ce liquide coule environ trois fois plus vite que l'eau; il semblerait donc *a priori* que l'addition de l'éther à une certaine quantité d'eau dut activer notablement l'écoulement; l'expérience prouve le contraire.

J'ai employé dans ces expériences de l'éther rectifié pro-

venant du laboratoire de chimie de la Faculté et dont M. le professeur Ritter a vérifié la pureté. Ainsi les résultats obtenus ne peuvent être attribués aux faibles traces d'alcool que pouvait contenir ce liquide; donc l'éther, de même que l'alcool, dont la transpirabilité est de 2,213 à 80 degrés centésimaux, retarde l'écoulement de l'eau et du sang. Ce fait étant établi, il est fort probable qu'on pourrait employer l'ammoniaque avec autant de succès pour combattre les accidents de l'éthérisation que pour suspendre les effets de l'ivresse alcoolique.

Troisième série d'expériences. — Je verse dans une capsule contenant le même sang de vache défilé et filtré une certaine quantité de chloroforme chimiquement pur et j'agite vivement le mélange; ce sang devient noir et une demi-heure après, lorsque toutes les gouttelettes de chloroforme se sont précipitées au fond du vase, je fais l'expérience :

Température moyenne.....	16° 5
Durée de l'écoulement de l'eau à cette température..	97"
Durée de l'écoulement du sang chloroformé.....	375"
Transpirabilité de ce sang.....	3,865

Le chloroforme active beaucoup l'écoulement du sang ? la transpirabilité de ce liquide étant de 4,530 à l'état normal est descendue sous l'influence du chloroforme à 3,865, la différence de 1°,2 entre la température moyenne des deux expériences étant tout à fait insuffisante pour rendre compte de cet écart.

Même expérience avec le sérum du même sang :

Température moyenne.....	14° 3
Durée de l'écoulement du sérum filtré.....	169"
Durée de l'écoulement du sérum chloroformé.....	175"

Même expérience avec de l'eau pure :

Température moyenne.....	18° 5
Durée de l'écoulement de l'eau pure.....	93"
Durée de l'écoulement de l'eau chloroformée.....	401"
Transpirabilité de l'eau chloroformée.....	4,085

Le chloroforme retarde l'écoulement de l'eau et du sérum, tandis qu'il active l'écoulement du sang défilé. Cette double action, qui de prime abord semble paradoxale, est cependant très-rationnelle; ainsi d'une part il n'y a rien d'étonnant à ce que le chloroforme, dont la transpirabilité est de 0,306 à 45 degrés, agisse sur l'eau d'une manière analogue à l'éther, c'est-à-dire en ralentissant l'écoulement; d'autre part ce liquide paraît avoir une action spéciale sur les hématies, il les ratatine et les fluidifie, par conséquent il doit faciliter le passage du sang défilé à travers le tube capillaire. Cette fluidification du sang pourrait expliquer la fréquence et surtout la faiblesse du pouls, qui se produisent lorsqu'on prolonge outre mesure les inhalations chloroformiques.

Je venais de faire les expériences qu'on vient de lire lorsque M. le professeur Feltz, qui étudie depuis longtemps l'influence de la bile sur la circulation, a mis obligeamment son laboratoire à ma disposition pour que je déterminai à l'aide de mon appareil l'action mécanique des sels biliaires sur l'écoulement du sang. Voici ces expériences, dont les résultats ont déjà été l'objet d'une communication à l'Académie des sciences (*Comptes rendus de l'Acad. des sc. du 6 mars; De l'action des sels biliaires sur le pouls*, note de MM. Feltz et Ritter) :

Expériences du 1^{er} mars. — Je recueille sur un chien bien portant du sang artériel qui est défilé sur-le-champ et filtré :

Température moyenne.....	15° 8
Durée de l'écoulement de l'eau à cette température..	99"
Durée de l'écoulement du sang défilé de chien.....	542"
Transpirabilité de ce sang.....	5,171

Je verse dans les 5 centimètres cubes environ de sang en expérience deux gouttes d'une solution de tauro-glycocholate de soude ayant une densité de 1023 et les sels se trouvant mélangés dans les proportions où ils existent dans la bile :

Température moyenne.....	17°
Durée de l'écoulement de l'eau à cette température..	96"
Durée de l'écoulement du sang contenant des sels biliaires.....	606"
Transpirabilité de ce sang.....	7,250

L'expérience, répétée plusieurs fois de suite, a toujours donné des résultats semblables.

Expériences du 2 mars. — Comme la veille, je recueille sur un chien du sang artériel dont une partie est défilée et l'autre partie abandonnée à la coagulation :

Température moyenne.....	14° 2
Durée de l'écoulement de l'eau à cette température..	103"
Durée de l'écoulement du sang défilé.....	418"
Transpirabilité de ce sang.....	4,06

Je verse deux gouttes d'une solution de chlorure de sodium ayant une densité de 1027 dans les 5 centimètres cubes de sang en expérience :

Température moyenne.....	14° 4
Durée de l'écoulement de l'eau à cette température..	103"
Durée de l'écoulement du sang défilé et salé.....	434"
Transpirabilité de ce sang.....	4,21

Au bout d'une demi-heure il y a assez de sérum autour de la seconde portion de sang recueillie pour faire l'expérience :

Température moyenne.....	16°
Durée de l'écoulement de l'eau.....	98"
Durée de l'écoulement de la solution de sels biliaires.....	175"
Durée de l'écoulement du sérum.....	138"
Transpirabilité de ce sérum.....	1,408

Je verse dans ce sérum deux gouttes de la solution de sels biliaires :

Température moyenne.....	15° 8
Durée de l'écoulement de l'eau à cette température..	98"
Durée de l'écoulement du sérum contenant des sels biliaires.....	145"
Transpirabilité de ce sérum.....	1,464

Il résulte de ces expériences que les sels biliaires, même à très-faible dose, ralentissent l'écoulement du sang d'une manière bien évidente, puisque la transpirabilité du sang sur lequel j'opérais s'est élevée de 5,171 à 7,250 sous l'influence d'une quantité très-minime de la solution de tauro-glycocholate de soude. De plus, la forte densité de cette solution ne peut pas être invoquée pour expliquer ce phénomène, car une dissolution aqueuse de sel marin ayant une densité bien supérieure a faiblement modifié la transpirabilité du sang d'un second chien en le portant de 4,06 à 4,21. Enfin, les sels biliaires paraissent agir spécialement sur les globules : les deux dernières expériences établissent que la transpirabilité du sérum s'est accrue seulement de 4,408 à 4,461 sous l'influence de ces sels; ainsi il n'est pas douteux que le ralentissement du pouls qu'on observe si souvent dans l'ictère ne résulte principalement de l'effet mécanique de la bile sur la masse globulaire.

CORRESPONDANCE

Le chloral dans le tétanos traumatique.

Je trouve dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE du 9 juin la relation de deux observations de cas de tétanos à la suite de lésions traumatiques, dans lesquelles l'emploi du chloral s'est fait sans succès. L'observation suivante est de nature à montrer que la médication chloralée n'est pas toujours inefficace.

Obs. — Le 25 février, M. G..., à Violay (Loire), vint me prier de voir sa fille Marie G..., âgée de dix ans, atteinte depuis la veille, disait-il, de crises douloureuses.

A mon arrivée, je m'informe des antécédents de la malade et

J'apprends que depuis quinze jours cette jeune fille avait au pied une plaie résultant d'une brûlure faite par de l'eau bouillante. Cette brûlure, du second degré, occupait, sur la face dorsale du pied, une surface rectangulaire étendue depuis les articulations tarso-métatarsiennes jusqu'à une inférieure de la face antérieure de la jambe. Traitée depuis l'origine, comme cela arrive souvent dans les campagnes, par des remèdes de personnes qui s'y connaissent, elle présentait une surface saignée recouverte de gros bourgeons laissant écouler un liquide puriforme, sanguinolent. Pas de traces de tendance à la circulation. Douleurs pas trop vives. Complication d'état gastrique. Les crises qui avaient effrayé le père étaient une complication tétanique. Un trismus bien caractérisé existait; puis tour à tour les contractions envahissaient les muscles masticateurs et les muscles de la nuque. Les contractions étaient épileptiques et présentèrent, mais à de rares intervalles, quelques minutes de rémission.

Je commence par appliquer sur la brûlure un pansement composé de boudruche gonflé qu'on badigeonnera plusieurs fois par jour avec un chloraléolé d'amidon contenant une assez forte proportion de chlorhydrate de morphine, le tout bien recomposé de suite; puis je songe à essayer le chloral et les antispasmodiques à haute dose et sous l'influence quelle forme. Ainsi : potions avec 5 grammes de chloral; lavements deux fois par jour avec 3 grammes d'asa foetida et 1 gramme de chloroforme.

Sans vouloir entrer dans trop de développements, qui ne seraient que des répétitions, je dirai : Deux heures après l'administration d'une première dose, il y a rémission satisfaisante, puis retour des contractions; pendant deux jours les contractions sont aussi fréquentes, mais peut-être un peu moins violentes; après chaque administration des remèdes, bien-être relatif.

Le 28, nouvelles crises et plus violentes. J'augmente la proportion de chloral dans les potions et fais alterner des lavements de chloral avec ceux d'asa foetida.

Le 1^{er} mars, les contractions paraissent vouloir se déplacer; elles descendent. Opisthotonos. Crises moins fréquentes. Même médication.

Le 5 mars, les crises se déplacent encore. Enfin, les muscles précédemment affectés sont délivrés et toutes les masses musculaires se prennent successivement par masses, par ordre à la suite les unes des autres depuis la nuque, pour aboutir le 20 mars au membre lésé. Les contractions étaient toujours douloureuses. Continuation de la médication, mais à doses plus faibles. Pendant tout ce temps, la malade n'a pu prendre, et surtout dans les derniers jours, que quelques cuillerées de bouillon et de vin sucré. L'état gastrique diminue. La constipation disparaît aussi.

Le 8 mars, sur les instances de la famille, j'essaye des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine sur le trajet des nerfs appartenant aux masses musculaires affectées. Rien de saillant comme résultat. Plus faibles doses de chloral.

Le 15 mars, la cicatrisation de la plaie a bien marché. Régénération régulière. Plaie rose, bourgeonnante, marchant rapidement à cicatrisation. Les crises existent encore, mais localisées aux membres inférieurs, moins violentes et moins douloureuses. Suppression de toute médication.

Le 20 mars, le membre lésé seulement présente quelques légères contractions, comme pour rappeler vaguement l'affection qui va se terminer.

Aujourd'hui, Marie G... est complètement rétablie, sauf un peu de faiblesse, conséquence naturelle d'une longue et douloureuse maladie.

Cette observation m'a paru suffisamment intéressante par cet envahissement régulier de toutes les masses musculaires les unes après les autres, et par cette marche lente et successive des contractions tétaniques des muscles masticateurs aux muscles du membre point de départ de l'irritation causale primitive, contractions dont la marche et l'intensité suivaient graduellement l'état de la plaie et ont fini par s'éteindre insensiblement avec la cicatrisation. L'action du chloral niée paraît avoir joué un grand rôle dans la marche de cette affection.

D^r César DURAND (de Violy).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SEANCE DU 26 JUILLET 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

CONSERVES ALIMENTAIRES. — M. J. *Pagliari* adresse à l'Académie plusieurs échantillons de viande conservée à l'aide d'une solution d'un sel de fer. Cet envoi est accompagné d'un flacon du liquide préservateur. (Renvoi à la commission précédemment nommée.)

THERMO-CAUTÈRE. — M. *Paquelin* adresse une réclamation de priorité relative à son thermo-cautère. (Renvoi à la commission précédemment nommée.)

EMPLOI DU CHLORURE DE CALCIUM DANS L'ARROSAGE DES CHAUSSÉES DE NOS PROMENADES ET DE NOS JARDINS PUBLICS. Note de M. A. *Housseau*. — Depuis longtemps l'auteur appelait l'attention sur l'utilisation possible des quantités importantes de chlorure de calcium perdues par les fabriques d'acide pyrolytiques des environs de Rouen. L'expérience a confirmé ses prévisions. Depuis plusieurs années, l'arrosage au chlorure de calcium des principales voies de communication de la ville de Rouen promet les meilleurs résultats. Il serait désirable de voir ce mode d'arrosage étendu aux promenades, aux squares et aux jardins publics les plus fréquentés de la capitale (Luxembourg, Jardin des plantes, etc.). Ce mode d'arrosage est économique. En effet, une chaussée de 1 kilomètre sur 5 mètres de largeur reçoit par jour quatre arrosages à l'eau (deux le matin et deux le soir) à raison de 1 mètre cube de liquide par 250 mètres parcourus sur une largeur de 5 mètres, ou autrement dit par surface de 1250 mètres. Total de l'eau distribuée par jour : 16 mètres cubes. L'eau étant fournie gratuitement, le prix d'arrosage de ce kilomètre de chaussée revient, au coût du collier (cheval et conducteur), à 40 francs par jour. Cette même surface de chaussée (1 kilomètre sur 5 mètres) ne consomme que 4 mètres cubes de solution de chlorure marquant 33° B et coûtant 7 fr. 60 le mètre cube. Et ses effets d'humectation durent de cinq à sept jours, soit en moyenne six jours, pendant lesquels tout arrosage est suspendu.

Académie de médecine.

SEANCE DU 4 JUILLET 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. le ministre de l'Agriculture et du commerce transmet à l'Académie : a. Un rapport de M. le docteur *Robert Saint-Cyr* sur un épidémie du névrose roussois observée à la ferme-colo de Saint-Michel. — b. Le tableau des vaccinations pratiquées en 1875 dans les départements du Rhône, de la Savoie, de l'Arèche, du Finistère, du Tarn-et-Garonne, des Côtes-du-Nord.

L'Académie reçoit : a. Une lettre de M. le directeur de l'Institut des Soudanais qui informe l'Académie que le service anatomique du docteur *Hardy* aura lieu le mercredi 5 juillet. — b. Une note de M. le docteur *Pigeon*, sur l'électricité accumulée dans l'économie animale. — c. Le programme du Congrès international d'hygiène qui s'ouvrira à Bruxelles le 27 septembre. — d. Une brochure de l'Académie de Bologne sur quelques cas de tératologie.

M. *Devilliers* présente à l'Académie, de la part de M. le docteur *Vibert*, une note sur un nouveau procédé de conservation du vaccin.

M. *Larrey* présente à l'Académie : 1° De la part de M. le docteur *Lahlinone*, l'avis qui informe le Congrès international de Bruxelles en 1875. — 2° De la part de M. le docteur *Laval*, un mémoire d'épidémiologie intitulé : QU'ÉTAIT-CE QUE LE TAC.

M. *Richet* offre à l'Académie : 1° Au nom de M. le docteur *Paquet*, une note sur une blessure pénétrante de la corne. — 2° Au nom de M. le docteur *Léonide*, un ouvrage sur le kiestis génital et les fistules uréto-génitales. (Commission du prix Godard.)

M. *Pasteur* offre à l'Académie : 1° En son nom un ouvrage intitulé : ÉTUDE SUR LA BIÈRE ET SES MALADIES. — 2° En son nom et au nom de M. *Joubert*, une note sur la fermentation de l'urine.

FERMENTATION DE L'URINE. — M. *Pasteur* lit un travail qu'il a fait, en collaboration avec M. *Joubert*, et dans lequel il contrôle les expériences d'un chimiste de Strasbourg sur la fermentation de l'urine. Il résulte de ce travail qu'il existe dans l'urine un ferment soluble capable de transformer l'urée en

carbonate d'ammoniaque à la température ordinaire (voy. *Premier-Paris*).

PANSEMENT OUATÉ. — M. *Pasteur* présente ensuite à l'Académie un appareil qui démontre la facilité avec laquelle l'air traverse les couches d'ouate qui composent le pansement de M. Guérin. C'est un tube de verre dans lequel on a introduit de l'ouate très-comprimée. Ce tube permet de démontrer que l'air traverse cette couche d'ouate avec une grande facilité et dans un temps très-court. M. Pasteur fait remarquer, à l'occasion de ce pansement, qu'il est nécessaire de s'assurer avant de l'appliquer qu'il n'existe sur la plaie aucun organisme; c'est une précaution qui n'avait été négligée sur le malade qui a été présenté à l'Académie des sciences.

M. *Alphonse Guérin* dit que le malade présenté aux membres de l'Académie des sciences, qui devaient juger son pansement, répandait, en effet, une odeur infecte, tandis que les malades de son service ne répandaient aucune odeur; mais il faut dire que dans ce cas la plaie présentait les éléments de la putréfaction avant qu'on ait examiné le pansement.

SOUFFLE PUERPÉRAL. — M. *Depaul* s'est efforcé de démontrer dans les séances précédentes que toutes les théories émises depuis M. de Kergardec sur le souffle puerpéral n'étaient pas acceptables. Il lui reste à parler aujourd'hui de la théorie iliaque, que M. Bouillaud défend avec tant d'autorité depuis 1831.

La dissidence entre lui et M. Bouillaud n'est pas aussi grande qu'on pourrait le croire, car il existe, en effet, dans certains cas un bruit de souffle iliaque.

M. Bouillaud trouve très-simple que l'utérus comprime les artères iliaques. Cela serait acceptable vers le septième ou le huitième mois; mais on entend le souffle utérin chez des femmes enceintes de trois mois. Or, il n'est pas admissible que l'utérus puisse à cette époque produire une compression suffisante. M. Bouillaud dit aussi que ce bruit est produit par des tumeurs du bassin, telles que fibromes, etc. Cet argument est sérieux, mais il est à remarquer d'abord que le bruit de souffle produit par des tumeurs est très-rare et que lorsqu'il existe c'est un bruit de souffle *avec pulsations*. Dans les cas où le bruit de souffle est identique, c'est qu'il est produit par des tumeurs contenues dans la matrice, dont les vaisseaux sont alors plus développés. M. Bouillaud a dit encore que lorsqu'une femme enceinte est couchée sur le côté, l'utérus se déplace et le bruit cesse en même temps que la compression. M. Depaul a répété plusieurs fois cette expérience sans obtenir la cessation du bruit de souffle.

M. Bouillaud fait remarquer qu'il attache peu d'importance à cet argument et qu'il a lui-même publié des observations dans lesquelles le bruit de souffle a persisté après l'accouchement.

M. *Depaul* a également observé le souffle puerpéral après l'accouchement. Chez une femme enceinte dont l'utérus était fortement dévié à gauche, il a entendu deux bruits de souffle: un à gauche, l'autre à droite. Le premier avait tous les caractères du souffle utérin; le second avait les caractères du souffle iliaque: c'était un souffle *avec pulsations*.

M. Bouillaud n'admet pas qu'il existe un souffle sans pulsations.

M. *Depaul* décrit ensuite sa théorie. D'après lui, le souffle puerpéral est produit dans les artères flexueuses qui entourent l'utérus. Ce souffle présente les caractères suivants: 1° absence de choc ou de pulsations; 2° il varie beaucoup et peut présenter tous les timbres possibles; 3° il est intermittent, cependant quand la circulation est accélérée par la maladie le souffle semble être permanent; 4° il est très-superficiel et contraste par ce fait avec celui de l'iliaque, qui semble venir d'un point beaucoup plus profond; 5° on l'entend partout et non pas exclusivement sur les parties latérales de l'abdomen.

M. *Depaul* convient cependant qu'on l'entend surtout sur les parties latérales.

M. *Bouillaud* dit qu'après avoir démontré qu'il existe dans l'abdomen des femmes enceintes un souffle produit par la compression de l'utérus sur les artères iliaques, il ne saurait nier l'existence d'autres souffles. Le souffle utérin de M. *Depaul* peut exister, mais il ne saurait en rien infirmer ce qui a été démontré à propos du souffle iliaque.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 44 JUILLET 1876. — PRÉSIDENTE DE M. HOUËL.

CORRESPONDANCE. — INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LE TRAUMATISME. — PSORIASIS ET ÉPITHÉLIOMA DE LA LANGUE.

La correspondance comprend: 1° une thèse de M. *Mouchot*, intitulée: STATISTIQUE CHIRURGICALE DES HÔPITAUX DE BESANCON PENDANT LES TRENTE DERNIÈRES ANNÉES; 2° une observation de M. *Vaisse*, interne des hôpitaux: TRACHÉOTOMIE AU SIXIÈME MOIS DE LA GROSSESSE; AVORTEMENT SIX HEURES APRÈS L'OPÉRATION; 3° un travail de M. *Regnier*, médecin militaire, sur la compression digitale et la flexion dans le traitement des anévrysmes.

— M. le Président annonce à la Société la mort de M. *Pétréguin* (de Lyon), membre correspondant depuis l'année 1866.

— M. *Guéniot* traite aujourd'hui de l'influence de la grossesse sur le traumatisme. D'abord la grossesse est une cause prédisposante de traumatisme; l'utérus en s'élevant n'est plus protégé que par la paroi abdominale antérieure. Comme cause directe de traumatisme on peut citer la grossesse tubaire; à cinq mois, le développement de l'œuf produit une rupture et une hémorrhagie. Le diabète, la syphilis, le scorbut, l'albuminurie influencent défavorablement les plaies; on est conduit à penser que la grossesse influence les plaies d'une façon analogue. Ce n'est pas un état morbide, mais le sang est profondément altéré.

Quelle proportion de mortalité fournit le traumatisme dans la grossesse? Quelle est la marche des traumatismes pendant la grossesse?

M. *Guéniot* passe en revue les contusions, les plaies accidentelles, les fractures, etc.; puis les plaies chirurgicales, les grandes opérations, etc. Certaines plaies, les plus légères, sont parfois suivies de mort: monchures sur les grandes lèvres. A moins que l'on n'ait publié que les bons résultats, l'ensemble des faits ferait penser que la grossesse ne modifie pas d'une manière fâcheuse la terminaison du traumatisme. Mais si le traumatisme intéresse la matrice ou la zone génitale, la grossesse lui communique une gravité qu'il n'a pas dans l'état de vacuité de l'utérus. De même, la rupture des veines variqueuses du membre inférieur constitue une lésion grave pendant la grossesse.

Comment marchent les traumatismes pendant l'état de grossesse? C'est ce que M. *Guéniot* examinera dans la prochaine séance.

— M. *Trélat* fait une communication sur le psoriasis linguale et l'épithélioma de la langue.

Un travail sur l'ichthyose de la langue, publié à New-York par Robert Weill, renferme 43 observations de psoriasis linguale. Il lui fois la maladie a duré plus de dix ans, trois fois plus de vingt ans, et une fois l'épithélioma s'est développé après quarante ans de psoriasis; trente fois les chirurgiens ont vu se développer l'épithélioma sous leurs yeux.

M. *Trélat* ajoute deux faits à ceux qu'il a déjà communiés: Homme de cinquante-six ans, portant depuis douze ans un psoriasis linguale; un épithélioma se développa dans l'épaisseur de la langue. Ablation par le procédé de Chas-

saigne, mais avec l'anse galvano-caustique. — Femme sujette à des poussées d'eczéma. Plaques blanchâtres sur la langue. Il y a quinze jours, M. Trélat remarqua une plaque d'ulcération épithéliomateuse sur le bord gauche de la langue.

Il faut faire un diagnostic prompt et opérer de bonne heure.

M. Verneuil a observé depuis longtemps la coexistence de l'épithélioma et du psoriasis sur la langue; mais les chirurgiens sont parfois embarrassés pour prendre un parti. Pendant longtemps on voit un papillome occupant de nombreux points de la langue; entre le papillome et l'épithélioma la limite est peu nette.

M. Panas. Les plaques de psoriasis ne demandent pas d'opération, et même il faut éviter les caustiques. Les papillomes existent le plus souvent sur les parties latérales de la langue; si leur base est indurée et bien limitée, il faut opérer, car on n'est pas loin de l'épithélioma.

Les rhagades, les ulcérations du bord de la langue sont souvent le point de départ du cancer; il faut opérer si la base est indurée. Le cancerite post-psoriasique est un des plus dangereux parmi les cancers; souvent après l'opération survient une récurrence. Quand il n'y a pas de ganglions et qu'on peut tout enlever, on doit opérer; mais le résultat n'est pas toujours brillant; on ne connaît pas exactement la proportion des succès.

M. Th. Anger. Le psoriasis se rencontre fréquemment chez les syphilitiques et chez les vieux fumeurs; si l'on donne un traitement mercuriel, la maladie fait des progrès rapides et les ganglions se prennent. Le mercure et, peut-être, l'iode de potassium donnent un coup de fouet à la maladie.

M. Le Fort a excisé, au moyen de pinces fenêtrées, des plaques de psoriasis qui siégeaient sur la face interne des joues; il y eut guérison sans récurrence. Mais souvent l'intervention chirurgicale active la maladie.

M. Trélat. L'histologie enseigne que l'épithélioma a une marche envahissante et se propage rapidement le long des vaisseaux et des filets nerveux. C'est à cause de cela que M. Trélat insiste sur la nécessité de faire un diagnostic précoce. La question de pratique est difficile. Quand le cancerite est visible, il faut le détruire non par la cautérisation, mais par une large ablation du tissu malade.

SEANCE DU 21 JUIN 1876. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LE TRAUMATISME.

M. Le Fort pense qu'il faut étudier non-seulement l'influence de la grossesse sur le traumatisme, mais aussi l'influence de l'état puerpéral sur les plaies; la puerpéralité influence d'une façon fâcheuse le résultat des opérations chirurgicales.

Une femme de trente-quatre ans entre à Beaujon pour une tumeur du sein, le 17 février 1876; en 1871, elle avait été opérée à Cochin pour une tumeur sarcomateuse du même organe. La tumeur, très-volumineuse, est mobile sous la peau. L'opération est faite le 8 mars, cinq semaines après son accouchement; la masse enlevée contenait encore du lait. La malade meurt le 12, avec les symptômes de l'infection purulente. Les résultats de l'autopsie furent nuls.

Cette femme a été opérée pendant qu'elle était encore sous l'influence de l'état puerpéral. Ayant une opération urgente à faire sur une femme enceinte, si les progrès du mal ne permettent pas d'attendre trois ou quatre mois après l'accouchement, M. Le Fort n'hésiterait pas à opérer la femme pendant la grossesse plutôt que d'attendre la délivrance.

M. Guéniot continue son discours. Il étudie la marche et la durée des lésions traumatiques pendant la grossesse. Il

envisage d'abord les contusions, puis les plaies accidentelles et les plaies chirurgicales.

— La Société se forme en comité secret à quatre heures et demie.

L. LEROY.

Société de biologie.

SEANCE DU 24 JUIN 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CLAUDE BERNARD.

GLYCOSURIE DES FEMMES ENCEINTES ET DES NOURRICES, DISCUSSION : MM. BLOT, O. BERNARD, DE SINÉTY. — MATIÈRE COLORANTE PERMETTANT D'obtenir des ÉPREUVES PHOTOGRAPHIQUES TRÈS-NETTES AVEC LES PRÉPARATIONS DE SYSTÈME NERVEUX : M. LUYSS. — UNE CIRCONVOLUTION SUPPLÉMENTAIRE DANS LE CERVEAU : M. LUYSS. — INOCULATIONS POSITIVES DU PEMPHEGUS NON SYPHILITIQUE DES NOUVEAU-NÉS : M. VIDAL. — CORPS ÉTRANGER DU POUÇON : M. PONCET. — ÉTUDES SUR LE RÔLE PHYSIOLOGIQUE DU PAVILLON DE L'OREILLE, AU MOYEN DU TUBE INTER-AURICULAIRE : M. GELLÉ. — OBSERVATION DE PURPURA : M. COUTY. — ANESTHÉSIE CÉRÉBRALE : M. PITRES.

M. de Sinéty rapporte qu'il a examiné l'urine de trois nourrices, en bonne santé et ayant un lait abondant et que dans aucun de ces cas il n'a trouvé de sucre.

M. Blot fait observer que ces nourrices allaitant plusieurs enfants, le sucre était absorbé par le lait, etc.

Puis la discussion continue (voyez le dernier numéro, p. 401).

— M. Luyss présente de très-belles épreuves photographiques qu'il a obtenues au moyen de préparations de système nerveux, colorées avec une matière colorante dérivant de l'aniline et connue sous le nom de *noir Colin*, substance très-soluble dans l'eau.

M. Luyss a trouvé chez deux vieilles femmes, âgées de quatre-vingt-deux et quatre-vingt-dix-huit ans, une circonvolution cérébrale supplémentaire, située en arrière de la pariétale ascendante et parallèle à cette dernière. Cette circonvolution a été retrouvée par M. Luyss chez un nouveau-né et chez des sujets jeunes, elle n'a jamais été trouvée que dans l'hémisphère gauche. Serait-ce un arrêt de développement, une circonvolution de perfectionnement, c'est là un point à élucider.

M. Bernard émet l'hypothèse que, peut-être, des études poussées dans ce sens permettraient de décider par la simple inspection du cerveau, quelles étaient les facultés intellectuelles, etc.

M. Vidal présente un de ses élèves sur lequel on a obtenu par inoculation trois générations successives de pemphigus épidémique des nouveau-nés. Les bulles étaient de moins en moins grosses.

— M. Gellé démontre au moyen d'un tube de caoutchouc, qui réunit les deux oreilles, que le pavillon ne sert à l'audition qu'en colligeant les ondes sonores qui viennent en avant et en les faisant converger dans la normale. Quand, en effet, il supprime l'action du pavillon le sujet entend également en avant et en arrière.

M. Poncet présente, de la part de M. Berge, médecin en chef à l'hôpital militaire de la Calle (Algérie), un corps étranger, extrait du corps d'un enfant dans des circonstances assez curieuses.

C'est un épi de Vulpin des prés avec une partie de sa tige, repliée sur elle-même, parallèlement à l'épi, hérissé de longues barbes, et mesurant 5 centimètres de long sur un de large. Ce corps étranger a été avalé par un enfant de onze mois, jouant sur l'herbe, sans que la mère, occupée à d'autres soins, s'en aperçût au moment même. Pendant quinze jours à trois semaines, l'enfant ne parut nullement incommodé; mais alors, explosion d'une pneumonie de la base du poumon droit, qui donna lieu 5 ou 6 jours après à la

formation d'un petit abcès en arrière du côté malade, entre la dixième et la onzième côte.

Ouverture spontanée du foyer et apparition à l'ouverture de cet épi qui se présentait au point où la tige était coiffée sur l'épi.

La mère retira elle-même cette tige sans difficulté et entière. Tous les accidents cessèrent presque immédiatement.

Il existe encore un mois après l'éclosion une petite fistule pulmonaire, mais la maladie est en voie de complète guérison.

— M. *Couty* rapporte un cas de purpura observé dans le service de M. le professeur Villemin, au Val-de-Grâce, chez un enfant de treize ans, bien portant, sans antécédents spéciaux.

Depuis la première éruption hémorrhagique cutanée, survenue sans aucun autre trouble appréciable le 19 mars, jusqu'au 11 juin, date de la dernière éruption, il y a eu 19 poussées de purpura très-différentes d'intensité, se produisant brusquement et sans cause, séparées par des intervalles variables de un à dix jours.

Ce purpura est compliqué d'accidents intestinaux, constitués : 1° par des vomissements, vomissements répétés d'un liquide visqueux et jaunâtre ou vert porracé ; 2° par des coliques quelquefois très-violentes et atrociement douloureuses, simulant la colique saturnine avec rétraction du ventre, constipation, etc. ; on a observé 17 accès intestinaux, durant quelques heures ou deux ou trois jours, survenant sans ordre et sans rapport constant avec les poussées hémorrhagiques.

Enfin il y a eu trois fois de l'œdème douloureux præarticulaire, deux fois du sang mêlé aux selles, et une légère epistaxis.

Le malade est anémié : 2.000.000 globules au milieu de son affection ; 3.100.000 actuellement ; cependant pas de souffle cardiaque, ni de souffle vasculaire très-net, et surtout pas d'altération des geucives, pas d'hémorrhagie des muqueuses.

La température a été généralement un peu abaissée : 36°,4 à 37 degrés ; cependant à certains jours elle s'est élevée à 38 degrés ; du reste pas de troubles généraux, pas même de céphalalgie pendant les accès, et un bon appétit, avec absence de trouble digestif ou autre, dans leur intervalle. Aujourd'hui le malade va très-bien, les dernières poussées de purpura, non compliquées d'accidents intestinaux, ont été très-légères, la dernière bornée à 7 ou 8 taches.

M. *Couty* rapporte cette affection à un trouble du système nerveux sympathique, et il se propose de rapprocher ce fait d'autres cas assez nombreux, observés par Ollivier d'Angers, Cruveilhier, Royer, Henoch, Yalin, etc. ; cas dans lesquels a existé le syndrome caractéristique : éruptions brusques et répétées de purpura, accès intestinaux, coliques et vomissements, œdèmes passagers douloureux ou non, siégeant soit au niveau des articulations, soit sur les membres ou la face.

H. CROUPE.

Société de thérapeutique.

SEANCE DU 28 JUN 1876. — PRÉSIDENTE DE M. BUCQUOY.

SACHETS ET CATAPLASMES VAGINAUX. — MM. C. PAUL, BUCQUOY, MOUTARD-MARTIN. — ACTION PHYSIOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES SELS DE CUCITINE, ET EN PARTICULIER DU BROMHYDRATE DE CUCITINE ; RAPPORT SUR UNE NOTE PRÉSENTÉE SUR CE SUJET PAR M. MOURRUT, PAR M. DUJARDIN-BEAUMETZ ; DISCUSSION : MM. DELIeux DE SAVIGNAC, MOUTARD-MARTIN, BUCQUOY.

M. *C. Paul* a mis en usage, depuis la dernière séance, les sachets à la graine de lin recommandés par M. Moutard-Martin dans les affections utérines. Dans une métror-péritonite, le soulagement a été très-rapide. Il a remarqué que ces sachets ne doivent pas être trop gros, sous peine de s'in-

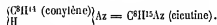
roduire difficilement. Il a également essayé de remplir des sachets avec de la poudre d'amandes : mais il avoue lui-même que l'innovation n'a pas été heureuse ; cette poudre fermenté et donne une odeur très-désagréable.

M. *Bucquoy* rappelle que, étant interne dans le service de Louis, il a vu mettre de véritables cataplasmes dans le vagin. Ces cataplasmes minces étaient enroulés autour d'un petit bâton qui servait à les introduire et qu'on retirait ensuite. Cette pratique, qui était excellente, semble tombée en désuétude et n'est plus suivie actuellement que par M. Fournier, à Lourcine. M. Fournier se sert en effet de cataplasmes volumineux qui doivent dépresser et distendre le vagin. Le procédé de Lourcine raconte qu'il a été mis sur la voie de ce procédé par l'oubli qui avait été fait plusieurs fois par les élèves du service de gros tampons de ouate introduits dans le vagin ; il avait remarqué chaque fois, que loin d'avoir été préjudiciable cet oubli avait été excellent pour la vaginite.

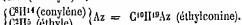
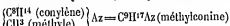
M. *Moutard-Martin* emploie surtout les sachets dans l'abaissement et plus encore dans l'antéversion. Il est urgent de placer autour le sachet soi-même, afin de l'introduire dans le cul-de-sac postérieur. On voit cesser de suite les envies d'uriner et la difficulté dans la marche. M. Moutard-Martin n'emploie jamais d'autre pessaire.

— M. *Dujardin-Beaumez*, à propos d'une récente communication de M. Mourrut, donne lecture d'un rapport sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques des sels de cucitine, et en particulier du bromhydrate de cucitine.

On sait que la cucitine se retire de toutes les parties, mais surtout des fruits du *Conium maculatum*. Elle a pour formule $C^{11}H^{14}Az$. On peut donc la considérer comme une ammoniacque dans laquelle deux atomes d'hydrogène sont remplacés par un corps hydrocarboné, de soufre Wertheim (1864) a donné le nom de conylène ($C^{11}H^{14}$).



On peut dans cette formule remplacer l'atome d'hydrogène par un radical alcoolique : le méthyle, l'éthyle, etc., et l'on obtient alors : la méthylconine, l'éthylconine, etc.



La cucitine se combine avec les acides pour former des sels : acétate, azotate, sulfate, tartrate, enfin le chlorhydrate, dont on s'est servi jusqu'ici et le bromhydrate déjà entrevu par Blyth (1835), mais tout récemment déterminé d'une manière précise par M. Mourrut.

Ce sel cristallise en prismes rhomboïdaux ; il est soluble dans l'eau, l'alcool et l'éther. Il a pour formule $C^{11}H^{12}AzClBr$, ce qui correspond en poids à 0,405 d'acide bromhydrique et 0,595 de cucitine pure ; de telle sorte que lorsqu'on administre ce sel on donne plus de moitié en poids de cucitine pure.

La cucitine et ses sels détruisent les propriétés motrices des nerfs et laissent intacte la contraction musculaire. Il y a donc une sorte d'identité d'action entre la cucitine et le curare ; cette identité n'est pas cependant absolue : la nerfrité du pneumogastrique est atteinte par la cucitine, tandis qu'elle est intacte par le curare.

Lorsque la cucitine est parfaitement pure, elle provoque rarement des convulsions, tandis qu'au contraire lorsqu'elle renferme de la méthylconine ou de l'éthylconine, les convulsions deviennent très-fréquentes.

La sensibilité est aussi atteinte dans le cucitisme. M. Gubler a signalé un cas où des frictions faites par une dame sur une tumeur ont provoqué l'anesthésie des doigts employés à cette opération.

L'action de la cicutine sur la circulation est beaucoup moins marquée. Suivant Casaubon, Pelvet et Martin-Damourette, elle altérerait le fonctionnement des hématies.

Quant au bromhydrate de cicutine, chez un chien de 7 à 8 kilogrammes : 5 centigrammes donnent de la somnolence, 10 donnent de la paralysie du train postérieur ; avec 40 centigrammes la paralysie se généralise, mais au bout de quatre heures l'animal est remis ; avec 50 centigrammes administrés d'un seul coup la paralysie est générale et l'animal meurt.

Chez l'homme, les effets physiologiques se font sentir à la dose de 15 centigrammes. Le docteur Saison a pris un soir 15 centigrammes de bromhydrate de cicutine (soit 5 de brome et 8 de cicutine pure) : aucun effet sensible pendant une heure, sommeil calme, pas de toux, malgré l'existence d'une bronchite ; rien au réveil. Le docteur Saison prend alors (huit heures après la première dose) une seconde dose de 15 centigrammes : tendance au vertige, difficulté du travail intellectuel, état de vœuilité cérébrale ; au bout de quelques heures le docteur Saison éprouve un commencement de titubation ; quelques heures plus tard tout a disparu.

Le docteur Landure a de son côté pu donner 45 centigrammes en douze heures à un enfant de deux mois sans produire d'empoisonnement.

La ciguë a été appliquée jusqu'ici à des maladies bien diverses : cancer, tumeurs lymphatiques, ulcères atoniques, syphilis, coqueluche, épilepsie, névralgies, affections de la peau, etc.

M. Dujardin-Beaumez pense qu'elle doit être surtout employée contre les affections réflexes qui ont pour point de départ le nerf pneumogastrique : toux convulsive, asthme, coqueluche, hoquet, dysphagie, vomissements, etc., surtout si l'on associe le bromhydrate de cicutine au bromure de potassium. On doit ajouter à cette liste le tétanos, la chorée. L'auteur, au point de vue des convulsions, mentionne l'antagonisme observé par quelques expérimentateurs entre la strychnine et la cicutine.

M. Dujardin-Beaumez propose qu'on se serve soit de granules, soit de sirop, soit de solutions.

1° Soit la formule qu'il propose pour le sirop de bromhydrate de cicutine.

Sirop simple..... 999 gr.
Bromhydrate de cicutine cristallisé, blanc et pur. 1 —

10 grammes de sirop contiennent 1 centigramme de sel ou 6 milligrammes de cicutine pure.

2° Formule des granules :

Bromhydrate de cicutine..... 2 grammes.
Sucre de lait et sirop de gomme. Quant. suffis.

pour 1000 granules.

Chaque granule contient 2 milligrammes de sel.

3° Solution :

Bromhydrate de cicutine cristallisé.... 30 centigr.
Eau de menthe..... 50 grammes.
Eau distillée..... 250 —

Chaque cuillerée à bouche contient 1 centigramme de sel.

Un autre point : Les expériences sur les animaux montrent que l'action du sel est beaucoup plus énergique lorsqu'on l'administre par la peau ; ainsi, tandis que chez un chat 20 centigrammes par l'estomac amènent une paralysie qui guérit en quatre heures, 10 centigrammes par la peau ont donné des symptômes qui au bout de seize heures n'étaient pas dissipés.

Quel est l'effet local des injections ? On ne saurait le dire encore. On ne devra pas introduire plus de 1 centigramme à la fois.

Voici la formule que l'auteur propose pour injections sous-cutanées :

Bromhydrate de cicutine cristallisé..... 50 centigr.
Alcool..... 4^r, 50
Eau de laurier-cerise..... 28 grammes.

1 gramme de cette solution contient 2 centigrammes de bromhydrate ; chaque goutte en contient 1 milligramme.

La fugacité d'action de la ciguë indique qu'il sera bon de procéder par doses rapprochées, par exemple 1 centigramme toutes les deux heures. On peut atteindre ainsi 15 et 20 centigrammes en vingt-quatre heures.

M. Delioix de Savignac est d'avis qu'on ne saurait se montrer trop réservé à l'endroit de ce médicament. Martin-Damourette et Pelvet ont, avec de petites doses, produit des effets toxiques. La dose de 15 centigrammes prise par le docteur Saison lui semble énorme. Il est d'avis qu'en injections sous-cutanées il ne faut pas dépasser 1, 2 ou 3 milligrammes. La formule d'une injection à 2 centigrammes par gramme, donnée par M. Beaumez, lui paraît donc trop forte ; il ne voudrait pas que chaque gramme contint plus de 1 ou 2 milligrammes.

Quant à l'eau de laurier-cerise comme véhicule, M. Delioix la rejette absolument ; elle est très-irritante, et il lui substitue l'eau de menthe. Dans certaines contrées où il est d'usage populaire d'employer des compresses d'eau de laurier-cerise sur le front contre les maux de tête, on voit parfois des érythèmes et même des érysipèles résulter de son emploi. La glycérine lui semblerait un véhicule préférable.

M. Moutard-Martin ne voit pas quel avantage il y aurait à trop diluer le sel. On n'est pas forcé d'injecter 1 gramme de liquide, et toutes les fois que la substance n'est pas irritante par elle-même et n'a pas, comme telle, besoin d'être étendue d'eau, il aime mieux injecter un très-petit nombre de gouttes de liquide que 20 ou 30.

M. Delioix fait remarquer que tous les alcaloïdes végétaux doivent être étendus d'eau, parce qu'ils sont tous irritants en principe : plus une solution d'alcaloïde est étendue, moins elle irrite et plus elle calme.

M. Dujardin-Beaumez répond que par l'estomac on peut compter sans danger par centigrammes. Par la peau, il ne faut pas chez l'homme dépasser 1 centigramme, ce qui fait en somme les 6/10 de cicutine pure.

M. Delioix de Savignac insiste pour qu'on évite de donner, comme le docteur Saison le fait sur lui-même, 15 centigrammes d'un coup. Si le docteur Saison n'a pas éprouvé d'accidents, c'est que la cicutine n'a pas été absorbée.

M. Bucquoy partage cet avis et croit qu'il est bon d'insister sur ce point.

M. Delioix. En somme, il faut conseiller aux médecins qui voudront se servir du bromhydrate de cicutine de commencer par l'estomac par 1 centigramme, et en injection sous-cutanée de ne pas dépasser 1 centigramme.

Ce conseil nous semble sage.

A. B.

REVUE DES JOURNAUX

Ataxie locomotrice progressive. Troubles ataxiques du côté du larynx et du pharynx, par M. JEAN, interne des hôpitaux.

L'observation de M. Jean est des plus intéressantes parmi celles qui ont été publiées sur les troubles ataxiques ; jusqu'à présent les ataxiques avaient été étudiés principalement au point de vue de la motilité et de la sensibilité musculaire et cutanée. M. Charcot dans ses leçons parle des troubles gastri-

ques, uréthraux, articulaires, mais les troubles du larynx et du pharynx, beaucoup plus rares il est vrai, avaient été passés sous silence. La première observation connue est celle de Cruveilhier (1825), elle est accompagnée de Pautopsie, elle sert donc de complément utile au mémoire de M. Féréol, mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux (1868). Dans ce travail, nous trouvons cinq observations d'ataxiques; chez ces cinq malades, indépendamment des troubles ordinaires de cette affection, il y avait des accès de toux spasmodique offrant de grandes analogies avec ceux que nous trouvons dans l'observation de M. Jean. Cette dernière observation est de beaucoup la plus importante, non-seulement à cause de la précision des symptômes observés, mais à cause de l'autopsie qui est venue donner l'explication des symptômes observés pendant la vie. C'est, avec l'observation de Cruveilhier, la seule qui ait été suivie d'autopsie.

Mais avant d'insister sur ces troubles nerveux du côté du larynx et du pharynx, nous allons résumer l'observation de M. Jean.

Ons. — La malade (Barbier), âgée de cinquante ans, entrée à l'infirmerie de la Salpêtrière, le 11 novembre 1867, service de M. le docteur Luys; décédée le 30 novembre 1875.

Il y a plusieurs années, douleurs fulgurantes intenses dans les membres inférieurs et la région épigastrique, puis peu à peu paralysie, depuis trois ans la malade ne peut plus sortir de son lit.

Au commencement de 1875, la malade est dans l'état suivant : douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, principalement à gauche, douleurs sous forme d'accès durant plusieurs heures et se renouvelant environ toutes les trois semaines. Pendant l'accès les membres supérieurs sont dans l'extension et la pronation forcées ; il y a de plus une constriction très-vive de l'épigastre, parfois vomissements, souvent nausées. Pas de tenesme vésical ou rectal, ni incontinence, ni rétention d'urine.

Troubles de la motilité. — Au début tous les troubles ataxiques, depuis trois ans paraplégie, paraplégie ayant évolué lentement, mais arrivée à ce point qu'aujourd'hui la malade ne peut exécuter aucun mouvement exigeant la plus légère force musculaire. Lorsque les douleurs fulgurantes deviennent très-fortes, les jambes, la gauche surtout, sont animées de secousses énergiques et instantanées. Peu de troubles de la motilité dans les membres supérieurs.

Du côté du pharynx et du larynx, M. Jean signale les faits suivants : violents accès de toux, survenant par quintes le jour ou la nuit et qui présentent les caractères tout particuliers. Ces quintes apparaissent soit spontanément, soit sous l'influence d'un courant d'air, ou au moment de l'ingestion des aliments. La toux est rauque, suffocante, convulsive ; les expirations se succèdent rapidement, puis vient un hoquet aspiratif, ou une inspiration bruyante ; dans les accès légers, l'expiration est suivie d'une courte inspiration ressemblant à des sanglots entrecoupés ; dans les accès plus violents, aux secousses convulsives de l'expiration succède une inspiration sifflante très-prolongée ; cette aspiration laryngienne rauque, fêrre, est ordinairement unique; quelquefois cependant deux ou trois inspirations offrent les mêmes caractères, mais la rareté va en décroissant avec le nombre des inspirations. La fin de l'accès ressemble en tout point à la reprise de la coqueluche. Au moment de ces crises laryngiennes la malade sent un chatouillement et un picotement au pharynx ; les aliments et la salive franchissent avec peine l'isthme du gosier ; au cou, contractions spasmodiques des muscles de la région à ce moment.

Troubles de la sensibilité. — Anesthésie légère au bras gauche et aux deux jambes. Au bras gauche, ni analgésie, ni thermo-anesthésie.

Troubles de la vue peu marqués : la malade voit moins de l'œil gauche, légère exophtalmie des deux yeux.

La malade, entrée dans le service (docteur Luys) le 11 novembre 1867, est prise dans la nuit du 26 au 27 novembre 1875 de spasmes du pharynx avec quintes laryngées ; puis, quelques heures plus tard, elle vomit à plusieurs reprises plusieurs érachiols d'un sang noir analogue à l'hématémèse du cancer stomacal. Elle eut plusieurs syncopes avec alternative de pâleur et de cyanose de la face : l'oppression est très-grande, bien que l'examen de la poitrine ne révèle rien d'anormal. La bouche peut être ouverte sans trop de difficulté, mais les muscles du pharynx sont dans un état spasmodique tel, qu'aucun aliment solide ou liquide ne peut être introduit. (Lavement de chloral, 4 grammes.)

27. On introduit une sonde œsophagienne; elle passe facilement au pharynx, mais est serrée au cardia.

28. Gona. Mort.

Autopsie. — Artères de la base non athéromateuses. Vertébrales et tronc basilaire très-volumineux.

Origines du spinal gauche très-grêles : origines du pneumogastrique gauche réduites à des filaments très-petits. Rien dans les circovolutions. Quelques lacunes à la partie antérieure du noyau extra-ventriculaire du corps strié du côté gauche. Cervelet, rien. **Protubérance.** — Sur des coupes, gros vaisseaux donnant l'apparence de petites lacunes.

Quatrième ventricule. — Les pyramides postérieures sont petites, atrophiques et présentent une coloration grisâtre très-accentuée; sur une coupe pratiquée à 7 ou 8 millimètres au-dessus du bec du calamus, les pyramides postérieures sont complètement grises, et de plus on remarque un petit foyer de ramollissement dans le corps restiforme gauche.

Moelle. — Nombres traînées laiteuses d'arachnitis occupant surtout la partie médiane de la région postérieure et s'étendant dans toute la hauteur de la moelle. Les cordons de Goll sont complètement gris dans toute l'étendue de l'axe médullaire. Les cordons radicaux postérieurs sont gris et indurés à la région dorso-lombaire, tandis qu'ils sont respectés à la région cervicale.

Estomac. — La seconde moitié de l'estomac, depuis la ligne médiane jusqu'au pylore, est très-rétrécie et n'est pas plus volumineuse que le duodénum. Épaississement des tunique musculaires.

Larynx. — Pneumogastrique gauche très-atrophie. Il se présente sous la forme d'un petit filament grisâtre, tandis que le pneumogastrique droit a conservé son volume normal. Le récurrent gauche est très-petit. Rien d'apparent dans le volume, la coloration des muscles du larynx. En relevant l'épiglotte et en regardant de haut en bas, on constate facilement une atrophie très-manifeste de la corde vocale inférieure gauche qui ne présente plus que la moitié d'épaisseur de la droite. Sur une coupe horizontale du larynx, durci dans l'acide chromique, on constate que le muscle thyro-aryténoïdien gauche n'a plus que les 2/3 de l'épaisseur du muscle thyro-aryténoïdien droit.

À quoi peuvent être dus les troubles du larynx et du pharynx ? L'examen microscopique permet de s'en rendre compte. Nous trouvons, en effet, que les pyramides postérieures ont été lésées, elles sont atrophiques, grisâtres, indurées comme aussi les corps restiformes, que le pneumogastrique et le spinal du côté gauche, c'est-à-dire les branches nerveuses provenant des régions bulbaire lésées ont diminué de volume ; il n'y a donc pas lieu de s'étonner que ces lésions nerveuses aient amené à leur suite des lésions musculaires ; c'est en effet ce qu'on a constaté, le muscle thyro-aryténoïdien gauche (corde vocale inférieure) étant atrophie, les phénomènes laryngés que la malade a présentés pendant sa vie s'expliquent donc naturellement. Quant aux troubles du côté du pharynx, impossibilité de déglutition, etc., il est permis de les attribuer à la lésion du récurrent. Nous trouvons donc dans les lésions anatomiques les raisons des symptômes signalés dans l'observation, signalés aussi dans les observations publiées par M. Féréol, dans le mémoire auquel nous avons fait allusion plus haut.

Oblitération par thrombose de l'artère cérébelleuse postérieure et inférieure, ramollissement symétrique occupant les deux lobes du cervelet, par M. A. DOLAIS, interne provisoire.

Les seuls symptômes observés pendant la vie de ce malade, âgé de cinquante-six ans, sont des symptômes vagues de paralysie et de contracture, coma absolu, rouleur dans la flexion et l'extension des membres, tête déviée à droite, déviation conjuguée des yeux du même côté; excitation réflexe obtuse, quelques heures avant la mort contractures partielles des membres supérieurs et du tronc alternant avec des convulsions cloniques; dyspnée, stertor; céphalalgie très-vive, vomissements continus; cette céphalalgie et ces vomissements avaient débuté cinquante jours avant son entrée à l'infirmerie (licéité, service de M. Bouchard); il n'y avait alors aucun trouble de la sensibilité et de la motilité. Il y a deux ans, le malade avait été soigné à Sainte-Anne pour du délire maniaque.

Autopsie. — Athrome sur les valves des cavités gauches; les plaques sont épaisses et crétacées. Les seules lésions cérébrales observées siègent dans le cervelet, où l'on trouve un foyer de ramollissement occupant symétriquement dans les deux lobes une étendue considérable; il est plus rapproché de la circonférence postérieure et de la face inférieure du cerveau; il est aussi plus étendu à droite et à gauche. Les tissus sont désorganisés et forment une bouillie rougeâtre; sur tout leur pourtour hyperémie considérable. Il n'existe qu'une seule artère cérébelleuse inférieure et postérieure, qui naît de la vertébrale droite et qui, au niveau de l'extrémité antérieure du vermis inférieur se divise en deux branches pour les parties latérales et inférieures du vermis. Les branches de terminaison s'anastomosent avec quelques rameaux ténus provenant de la cérébelleuse antérieure et inférieure gauche. Cette artère unique est oblitérée par un caillot solide sur une longueur de 7 à 8 millimètres au niveau du point où elle contourne le bulbe. Les artères du cerveau sont toutes athéromateuses. (Société anatomique, 28 janvier 1876. *Progress médical*, n° 20.)

Traitement de l'ophtalmie, par le docteur E. ORY, ancien interne des hôpitaux.

Dans cet article, après avoir défini ce qu'il faut entendre par l'ophtalmie, c'est-à-dire : « la chute des cheveux, des poils, qu'elle soit accidentelle ou prématurée, sénile, partielle ou totale, idiopathique ou symptomatique », M. Ory élimine l'ophtalmie liée à un état général. Quant à l'ophtalmie idiopathique, voici les divers traitements qui ont été préconisés :

Après avoir fait couper les cheveux, appliquer chaque jour de la pommade suivante (Devergie) :

Axonge.....	30 grammes.
Tannin.....	4 —

On fait ensuite des lotions avec de l'eau salée au 20^e, ou avec

Eau.....	100 grammes.
Sulfate de fer.....	1 —

La pommade de Dupuytren agit de même :

Moelle de bœuf.....	300 grammes.
Acétate de plomb cristallisé.....	5 —
Baume noir du Pérou.....	20 —
Alcool à 21 degrés.....	50 —
Teinture de cantharides.....	2 —
Teinture de girofle } aa.....	10 gouttes.
— cannelle }	

Mélez.

Après avoir donné les formules de Schneider, de Cauderer, de Cazenave, de Laillier, M. Ory reproduit le traitement de M. le professeur Hardy :

Moelle de bœuf.....	60 grammes.
Huile de ricin.....	30 —
Acide gallique.....	3 —
Essence de vanille.....	Quelques gouttes.

(*France médicale*, 25 mai 1876.)

BIBLIOGRAPHIE

Histoire de la médecine arabe; exposé complet des traductions du grec; les sciences en Orient, leur transmission à l'Occident par les traductions latines, par le docteur Lucien LECLERC. — Paris, Ernest Leroux; 1876, 2 vol. in-8.

Enfin, nous allons voir clair dans cette curieuse histoire de la médecine arabe, de cette période de cinq ou six siècles aussi peu connue qu'elle est intéressante, originale dans ses débuts, née d'une espèce d'initiation, de révolution scientifique, ayant pris pour maîtres les chrétiens, s'étant assimilée avec une promptitude, des aptitudes merveilleuses, les dou-

nées de ces derniers, défrayant l'Occident jusqu'à l'admirable époque de la Renaissance: Cuvier, Pouchet, Sédillot, Freund, Sprengel, Amoreux, Carnoly, Rossi, Schmolders, Munk, Renan, Reinand, Jourdain ont bien essayé de découvrir le voile qui recouvrait le mouvement scientifique et littéraire en Orient, mais leurs travaux ne peuvent être considérés que comme des essais qui avaient besoin d'être élargis. Ce sont Wüstenfeld, Weurich et Fluegel qui, dans ces derniers temps, ont considérablement agrandi, par des recherches minutieuses et de longue haleine, le champ de nos connaissances : Wüstenfeld, en écrivant l'HISTOIRE DES MÉDECINS ET DES NATURALISTES ARABES (1840), Weurich, en exposant les livres grecs traduits en syriaque, en arménien, en arabe et en persan (1812), Fluegel en donnant tout à la fois une édition du FURIST, ou catalogue de Mohammed ben Ishaq Emedin, qui est, en effet, un recensement des ouvrages de sciences en langue arabe écrits entre les années 377 et 987, et une édition du DICTIONNAIRE BIBLIOGRAPHIQUE de Hadji Khalifa, qui vivait au XV^e siècle de notre ère, dictionnaire comprenant les titres de 15000 ouvrages arabes, persans et turcs, et qui n'a pas exigé moins de sept volumes in-4 dans cette édition Fluegel.

M. Lucien Leclerc, bien connu déjà par des traductions de livres arabes, la CHIRURGIE d'Albucasis, le TRAITÉ DE LA VARIOLE de Razès, la MATIÈRE MÉDICALE d'Abd er Rezzaq, etc., n'a reculé devant aucune recherche pour parvenir l'important ouvrage que nous annonçons aujourd'hui. Non-seulement il a mis à profit les travaux de ses prédécesseurs, mais il a puisé à toutes les sources les plus pures d'information : nous voulons parler des catalogues des bibliothèques européennes, de celui de l'Escorial, rédigé il y a cent ans par Casiri, de ceux de la bibliothèque bodliérienne et du *British Museum*, des deux à trois cents volumes qui constituent le fonds médical arabe de Paris. Avec cette mine abondante de matériaux, exploitée avec le coup d'œil sûr du savant et la passion qui seule peut engendrer de grandes choses, notre laborieux confrère a pu écrire huit livres sur l'histoire de la médecine arabe; les quatre premiers forment le premier volume, les quatre autres constituent le second volume. Voici, du reste, le plan adopté par l'auteur :

1^{er} volume. — Livre I^{er} : Origines de la médecine arabe, ou autrement ce que l'on pourrait appeler son âge héroïque, ou période antéislamique, c'est-à-dire jusqu'à la fondation du mahométisme ou islamisme, en l'an 622 de notre ère (1^{re} de l'hégire). Livre II : Initiation des Arabes à la science, parlée initialement par la traduction des ouvrages scientifiques de la Grèce; histoire complète de ces traductions dans toutes les parties de la science; histoire des traducteurs et des ouvrages traduits; notices des médecins de l'époque, c'est-à-dire du XI^e siècle. Livre III : La médecine arabe au X^e siècle. Livre IV : La médecine arabe au XI^e siècle.

II^e volume. — Livre V : La médecine arabe au XII^e siècle, Livre VI : La médecine arabe au XIII^e siècle. Livre VII : Décadence de la science arabe amenée par les commotions politiques. Livre VIII : Histoire de la médecine arabe en Occident; son influence sur le développement de la science européenne au moyen âge.

Nous voudrions bien, et nous croyons que M. L. Leclerc a un tel projet, que ce huitième livre fournit l'occasion d'une publication d'un tirage à part. On lira avec fruit et intérêt cette HISTOIRE DE LA MÉDECINE ARABE EN OCCIDENT, médecine qui a régné si longtemps dans nos écoles françaises, et qui, louée par les uns, châtifiée et malmenée par d'autres, a besoin de toute la compétence de notre auteur pour être passée au crible d'une discussion juste et éclairée.

Ainsi que cela est bien partout, la médecine arabe ont ses débuts dans une médecine populaire établie sur l'observation, l'instinct; puis des hommes supérieurs se sont emparés de ces lambeaux de moyens curatifs, les ont colligés, les ont soumis au crenset de l'expérience, et n'ont pas eu de peine à se faire proclamer médecins. Harets ben Caladah est le pré-

mier parmi les Arabes qui ait vraiment mérité ce titre en joignant à la pratique la doctrine, qui doit la dominer. Ses entretiens sur l'hygiène, qui doivent date de la fin du VI^e siècle, nous sont parvenus. Son fils Ennadrh suivit ses traces. Mahomet lui-même, le fondateur de l'islamisme, et qui était contemporain de Harets et d'Ennadrh, y fut pas étranger à l'art de guérir; on a même des recueils intitulés : MÉDECINE DU PROPHÈTE, laquelle a été traduite dans ces derniers temps par M. Perron.

La dynastie des Ommiades (661-749) marque les premiers pas des Arabes dans la carrière scientifique, et l'envahissement accompli par ces peuples extraordinaires, de l'Afrique septentrionale, de l'Égypte surtout, où ils se trouvèrent en contact avec les derniers représentants de l'école d'Alexandrie.

A cette école d'Alexandrie, M. L. Leclerc a consacré de bien curieuses pages; il la montre comme étant, au commencement du VI^e siècle, le foyer principal des études médicales, basées sur un recueil de seize livres choisis à travers les œuvres de Galien, mais remaniés, abrégés, paraphrasés. Il a prouvé que les Arabes, à leur tour, s'approprièrent ces mêmes livres galéniques et en firent le pivot de l'enseignement.

Mais au IX^e siècle quel merveilleux spectacle va donner ce peuple de pasteurs, que le fanatisme a rendu soudainement le maître de la moitié du monde, et qui, une fois bien assis, se préoccupe d'acquiescer la science qui manquait à sa grandeur! «Entre tous les envahisseurs qui se disputent les débris de l'Empire romain, écrit M. Leclerc avec enthousiasme, les Arabes ont cette préoccupation; tandis que les bandes germaniques se font une gloire de leur brutale ignorance et mettent un millier d'années à renouer la chaîne des traditions, les Arabes le font en moins d'un siècle, et ce sont eux qui provoquent les concours des chrétiens vaincus, concours heureux, qui assure l'harmonie des races. Le IX^e siècle ne s'écoulera pas sans que les Arabes n'aient en leur possession toute la science des Grecs, ne comptent parmi eux des savants de premier ordre, n'aient suscité parmi leurs initiateurs des hommes qui sans eux croussaient dans l'obscurité, et ne montrent dès lors pour la culture des sciences exactes une aptitude que n'eurent pas ces mêmes initiateurs, désormais dépassés...» Les médecins sont nombreux dans ce siècle, nous citerons particulièrement le fameux Jean Sérapion (Jouhanna ben Serafion), auteur du KOUNNACH, traduit en latin par Gérard de Crémone sous le titre de BREVIARIUM, et plus tard par Alpagos sous le titre de PRACTICA, et plusieurs traducteurs des livres grecs, au milieu desquels émerge comme la plus grande figure, Honein ben Ishaq, qui, s'il ne créa pas le mouvement de renaissance en Orient, y prit une part active, sûre et féconde. Né en l'année 800, Honein mourut vers 873; ses traductions, faites très-probablement sur les textes grecs mêmes, sont nombreuses: on y voit un Platon, un Aristote, un Euclide, un Archimède, un Hippocrate et un Galien, un Paul d'Égine. Philosophes, mathématiciens, médecins, naturalistes, etc., presque tous les grands noms de l'antiquité sont chez les Arabes merveilleusement représentés dans ce IX^e siècle, où la science grecque est non-seulement importée mais naturalisée, où l'on remonte aux sources éternelles de la véritable philosophie, et où, tout en s'attachant au trésor des connaissances acquises, on ouvre de nouvelles voies à l'étude de la nature. Effaçons les Arabes de l'histoire, a dit Libri, et la renaissance des lettres sera retardée de plusieurs siècles en Europe.

Nous sommes bien obligé, vu les limites qu'il nous faut donner à cette notice, de passer par-dessus les X^e et XI^e siècles, si féconds pourtant en grandes choses en Orient, et durant lesquels le mouvement scientifique se complète et se propage à tous les membres de la vaste famille musulmane; le travail des traductions se prolonge encore, il exploite de nouveaux filons, il reprend en sous-œuvre des travaux défectueux ou inachevés; telle est la puissance de l'impulsion primitive, que

les révolutions politiques, les dissensions intestines ne peuvent en arrêter le cours. En 931, on vit plus de huit cents médecins se présenter à Bagdad pour y faire preuve de leur savoir; on fonda des mosquées, des écoles, des hôpitaux; on élève des bibliothèques d'une richesse inouïe; Avicenne, Razès, Constantin l'Africain étouffent leurs contemporains par leurs grands travaux.

Et au milieu de ce superbe et irrésistible élan vers la conquête du passé, vers la révolte contre l'ignorance, des institutions médicales se fondent, on crée des écoles, des bibliothèques, des inspections générales de police, des inspections plus particulièrement médicales, des fonctions, titres et dignités conférés aux médecins. Cette HISTOIRE DES INSTITUTIONS MÉDICALES CHEZ LES ARABES n'est pas le chapitre le moins important écrit par M. Leclerc; l'histoire de la médecine serait, en effet, incomplète si l'on se bornait à la biographie des hommes qui se sont distingués par leur pratique et par leur enseignement; il faut aussi faire connaître les institutions, lesquelles accusent le progrès accompli, assurent le progrès à l'avenir, fournissent à l'étude des encouragements et des aliments, protègent la santé publique et l'exercice régulier de la profession, indiquent le caractère et le développement, le crédit et la considération attachés aux médecins.

Dès la fin du VIII^e siècle, il y avait à Djondisabour un hôpital en plein fonctionnement; cet hôpital fut en quelque sorte le berceau de la médecine arabe; Mesué, le père, en fut le pharmacien pendant quarante ans.

Un peu plus tard, le fils de ce même Mesué enseignait la médecine dans un hôpital, à Bagdad, où encore Adhad Eddoula le Bouide créa, en 977, un autre hôpital dont la fondation fut accueillie par des réjouissances publiques; à cet établissement hospitalier étaient attachés 24 médecins, et les malades y étaient divisés par catégories et les médecins placés suivant leurs aptitudes; un administrateur gérait les affaires; comme dans l'ancienne Grèce, on y conservait des registres d'observations, recueils si souvent cités dans le CONTINENT de Razès. Meyafarikin, Merou, Rey, Ispahan, Chiraz, Jérusalem, Antioche, Damas, Médine, la Mekke, etc., eurent tous des hôpitaux où les médecins, remarquons-le bien, étaient chargés tout à la fois du soin des malades et de l'enseignement des élèves.

Mais en dehors de ces mêmes hôpitaux il y avait aussi des centres spéciaux d'instruction, des écoles; il y en avait dues à des fondations spéciales; il y en avait dans les collèges, le plus souvent annexés à une mosquée; il y en avait enfin de privées, où n'entraient que les élèves agréés par le professeur. On raconte qu'un nommé Aboul Barakat, vu sa qualité d'Israélite, s'était vu refuser par Hibat Allah, médecin de Bagdad, l'entrée de son école; cependant Aboul Barakat corrompit le concierge et obtint dans le vestibule une place d'où il pouvait entendre les leçons du maître. Un jour le professeur interrogea les élèves, qui ne surent que répondre. Aboul Barakat s'avança et répondit si bien, qu'à partir de là Hibat Allah lui ouvrit son école. On rapporte encore, chose prodigieuse, que Fakhr eddin el Razy marchait quelquefois dans les rues accompagné de plusieurs centaines d'élèves. Quant à son homonyme, le célèbre Razès, on dit qu'il avait des élèves lesquels en avaient d'autres eux-mêmes, qui en avaient à leur tour. Exactement comme cela se passait dans nos vieilles écoles de la rue de la Bûcherie, où de grands personnages, des princes, des magistrats, assistaient aux leçons et aux actes, les khalifes ne dédaignaient pas de faire la même chose dans les écoles de l'Orient.

Les fils se formaient aussi à l'école de leurs pères, et M. Leclerc a bien raison de dire qu'il y avait chez les Arabes de véritables dynasties de médecins; telles furent les familles des Bakhtichou, des Tsabet, des Honein, des Avenzoar, pour ne citer que les plus illustres.

Au reste, le pèlerinage régulier de la Mekke était bien

propre à favoriser singulièrement la diffusion des sciences dans le vaste empire musulman ; c'était une occasion pour les pèlerins de compléter leurs études, soit en achetant des livres, soit en écoutant de nouveaux maîtres ; on venait du Magreb et de l'Espagne, de la haute Asie, suivre les écoles de l'Égypte et même de la Perse quand un professeur était en renom.

Les collections de livres, les bibliothèques surgirent à l'envi à partir du IX^e siècle, qui laissa chez les Arabes un ferment scientifique d'une incomparable activité. Vers l'année 870, Mostancer faisait construire un collège qui possédait une bibliothèque de 80 000 volumes. Les Fatimides fondèrent au Caire une bibliothèque où dix-huit chambres étaient remplies de livres ; celle du palais en contenait 200 000. La bibliothèque de Tripoli, qui fut brûlée par les Francs, ne contenait pas moins de 300 000 de volumes. Au milieu du XII^e siècle, dans une émeute, cinq bibliothèques brûlèrent à Nichabour. L'Espagne fut très-passionnée pour les livres ; on y parle de soixante-dix villes pourvues de bibliothèques ; celle de Cordoue comptait 600 000 volumes, et son catalogue seul 40. On connaît aussi les richesses de quelques bibliothèques privées de médecins dans ces temps extraordinaires. L'auteur du VIATIQUE, Ebn Djézâr, laisse à sa mort vingt-cinq quintaux de livres. Le médecin juif Afratsim entretenait chez lui des copistes et des relieurs ; après avoir un jour vendu 40 000 volumes à un habitant de l'Irak, il en resta encore 20 000 à sa mort.

Un vrai bibliomane fut Djemal eddin el Kofly. Il avait une bibliothèque estimée 600 000 francs.

Un jour, en Égypte, un convoi de livres fut surpris par des hordes ennemies et pillé pour ses riches reliures ; le reste fut jeté comme une vile matière ; il y en avait tant, que de leur amoncellement se formèrent deux buttes qui furent dites les *Collines de livres*.

Heureux peuple ! heureux médecins ! La reconnaissance des malades égalait le savoir de ceux qui les soignaient. Que dites-vous de ce Djabril ben Bakhtichou, qui estimait à 90 millions de drachmes les sommes d'argent et tous les candeaux qu'il avait reçus ! Nos plus richissimes disciples modernes d'Ésaulpe n'ont jamais été à la cheville du docteur Djabril ben Bakhtichou.

M. Lucien Leclerc a bien mérité de la science et des lettres en faisant servir ses talents d'orientaliste à l'édification d'un tel monument que son HISTOIRE DE LA MÉDECINE ARABE. La lecture de son œuvre nous a ouvert des horizons tout nouveaux dont nous n'avions pas même l'idée. On se passionne aisément, et comme malgré soi, pour les héros que l'on met en scène ; peut-être M. Leclerc en a-t-il exagéré les formes athlétiques, mais il n'en est pas moins certain que le génie d'appropriation qui a caractérisé le peuple musulman a eu sur le mouvement scientifique en Occident une portée incalculable. Comment ne pas sentir l'admiration, l'enthousiasme vous saisir le cœur lorsque, en face d'une Europe encore barbare, ignorante, dominée exclusivement par la force brutale, on voit là-bas, tout là-bas, dans une péninsule asiatique, un peuple échanger presque subitement la houlette du pasteur et la bourse du commerçant contre la culture de l'intelligence, amasser les richesses laissées par les Grecs, rendre dans le r langage, on pourrait presque dire avec rage, les plus belles conceptions de l'antiquité et se faire ainsi les dépositaires de trésors inestimables que l'Occident reprendra à son tour en les revêtant de la forme latine. La Renaissance en Orient date du IX^e siècle, celle de l'Occident n'est venue que quatre à cinq cents ans plus tard ; les Arabes nous ont devancés dans la voie qui fait notre force et notre grandeur. Honneur à eux, et que notre orgueil fasse une petite place à la reconnaissance ! Nous ne pouvons que regretter que M. Leclerc n'ait pas ajouté à la fin de son œuvre une table alphabétique des noms qui se pressent un peu pêle-mêle dans cette longue suite d'années ; le curieux, le chercheur sont fort em-

barassés pour retrouver le personnage qu'il leur convient d'étudier plus spécialement. En ce qui nous concerne, que va-t-il arriver de cet oubli : c'est que nous allons être obligé de faire cette table pour notre propre usage. M. Leclerc s'en fût acquitté mieux et plus vite.

D^r Achille CAZÉREAU.

Index bibliographique.

ANNUAIRE DE THÉRAPEUTIQUE, DE MATIÈRE MÉDICALE, DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE, POUR 1875, par M. le professeur BOUCHARDAT, in-32 de 288 pages. — Paris, 1876, Germer Baillière.

Parmi les articles consacrés à des médicaments nouveaux ou à des applications récentes de médicaments connus, nous signalerons ceux qui ont trait à l'acide salicylique, à l'aconitine, à l'apomorphine, à l'ipécacuanha et à l'émetine, au chloral, soit comme anesthésique, soit contre le mal de mer, soit comme topique ; il importe encore de signaler tout spécialement l'étude du laborandi qui contient le résumé des recherches de MM. Vulpian, Gubler, Robin, Rochefontaine, Hardy, etc. Outre ces articles, nous pouvons dire qu'on trouve dans ce petit livre l'indication sommaire de toutes les recherches thérapeutiques qui ont été faites dans l'année.

ESSAI SUR LA MYOCARDITE PALUSTRE ; par M. le docteur CASIMIR ALBENOIS. Thèse inaugurale. Montpellier, 1875. In-4 de 80 pages, avec une planche lithographiée.

Ce travail est très-soigné, et surtout riche en observations recueillies avec soin. Nous en reproduisons les conclusions :

Le miasme palustre peut, comme les fièvres infectieuses et éruptives, produire la dégénérescence granulo-graisseuse de la fibre musculaire du cœur.

La myocardite survient rapidement dans les fièvres pernicieuses, lentement au contraire dans la forme chronique de l'intoxication.

L'altération, au début, se montre assez souvent sur les muscles papillaires de la valvule mitrale et peut en amener le rétrécissement.

A une période plus avancée, la dégénérescence de la fibre musculaire cardiaque entraîne la dilatation des ventricules.

L'œtasia cardiaque porte principalement sur le ventricule gauche et produit une insuffisance mécanique de la valvule correspondante.

Dans toutes les formes de l'intoxication paludéenne il faut tenir compte de l'état du cœur.

Les deux figures de la planche montrent l'état des fibres musculaires au début et à une période avancée.

APPLICATIONS PRATIQUES A L'ÉLECTRICITÉ, AU DIAGNOSTIC ET A LA THÉRAPEUTIQUE, DESCRIPTION DES APPAREILS EMPLOYÉS DANS LES DEUX MONDES ET PERFECTIONNEMENTS APPORTÉS RÉCEMMENT À LEUR USAGE, par le docteur JULIUS ALTHAUS, traduit et annoté par M. le docteur GUSTAVE DALIN. In-8 de 90 pages. Y. ANDRIEN DELAHAYE et C^{ie}, 1876.

Comme le titre l'indique, nous avons ici surtout affaire à un livre de technique : la description des appareils, la manière de les appliquer y tiennent la plus grande place. Sous ce rapport il est intéressant de trouver réunis dans une courte brochure des instruments dont il faudrait chercher une description souvent obscure dans nombre de catalogues. Ce travail peut donc servir à titre de renseignements d'autant plus qu'il est accompagné de nombreuses gravures sur bois qui aident à l'intelligence du texte. Ajoutons que M. Darin a donné à cette courte traduction des soins minutieux et que les points de la technique française que l'auteur avait pu laisser échapper se trouvent reproduits dans des notes.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LE MÉCANISME DE LA DÉGLUTITION, par M. le docteur LOUIS FLAUX. In-3 de 150 pages avec 2 planches lithographiées. — Paris, 1875, P. Asselin.

Le sujet qu'entreprend d'éclaircir M. FLAUX est encore le point de départ de bien des controverses. Aussi l'auteur a-t-il, croyons-nous, suivi la véritable marche en se confiant uniquement aux résultats

expérimentaux. Nous ne dirons rien de la première partie de son mémoire, consacrée entièrement à des recherches historiques et anatomiques; elles ont dû coûter bien des heures à M. Fiaux et seront d'un intérêt sérieux pour quiconque entreprendra dans l'avenir des recherches sur ce point.

Mais la seconde partie est tout à fait personnelle, et nous allons la résumer. L'auteur se limite lui-même à l'étude du rôle du voile du palais au second temps de la déglutition: « Dès le début du second temps, à l'instant précis où il commence, dit-il, le voile palatin, de vertical et abaissé qu'il était, s'élève, devient horizontale et présente même, vu à travers les fosses nasales, sa face supérieure bombée et convexe. » Cette élévation se fait activement et par l'action des muscles propres; cette élévation est provoquée comme action réflexe, et elle est toujours la même, quels que soient la nature ou le volume du corps dégluti. L'élévation se fait par un mouvement de rotation autour du bord adhérent, le bord libre se trouvant solidement appliqué à la paroi postérieure du pharynx. Le voile s'abaisse ensuite, mais ce mouvement a lieu trop tard pour qu'il puisse agir sur le bol alimentaire. L'abaissement est dû au poids du voile, à l'action des muscles qui le tirent en bas. Les piliers antérieurs sont destinés à deux rôles: 1° au début du second temps de la déglutition, ils élèvent la langue et la portent en arrière; 2° à la fin du même temps, ils abaissent le voile et appliquent son bord libre à la base de la langue. Les piliers postérieurs jouent, à l'égard du pharynx, un rôle analogue à celui des piliers antérieurs par rapport à la langue. Le rôle du pharynx et de la langue est également très-grand dans ce second temps de la déglutition, mais l'auteur ne nous apprend à leur sujet rien de nouveau. Enfin, il termine son mémoire par un intéressant chapitre de physiologie comparée.

MANUEL DE PATHOLOGIE ET DE CLINIQUE MÉDICALE, par M. le docteur L. MOYNAC. In-18 de 720 pages. — Lauwereyns, Paris, 1876.

Il est absolument impossible de donner une analyse de l'ouvrage de M. le docteur Moynac, et nos lecteurs le comprendront de reste en songeant que toute la pathologie médicale y est condensée dans un très-petit livre. Rien n'y manque en effet, ni les maladies de la peau, ni les intoxications, etc. Nous ne voulons pas davantage en faire la critique, ce serait redire et moins bien tout ce qui a été écrit à propos des manuels. Lire l'ouvrage de M. Moynac est impossible, et personne ne songera à y apprendre la pathologie; mais il peut servir à revoir rapidement les matières d'un examen. En se plaçant uniquement à ce point de vue, il peut rendre des services. Il présente sur les manuels antérieurs l'avantage d'être maintenant au courant de la science. De plus, il est écrit suivant un plan très-rigoureusement suivi et qui rend facile l'étude d'une maladie en le prenant comme guide pour travailler dans les grands traités de pathologie ou dans les monographies. Il est facile de comprendre qu'un travail de ce genre a dû coûter à l'auteur un labeur assidu et des recherches nombreuses.

VARIÉTÉS

Chronique de l'étranger.

ITALIE: L'HÔPITAL MAJEUR DE MILAN. — L'UNIVERSITÉ DE PAVIE. — LA PELLAGRE. — L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE VENISE. — LE PANSEMENT ANTISEPTIQUE AU SULFITE DE SOUDE. — NOUVELLES CRÉMATIONS. — L'ÉTAT SANITAIRE DE ROME.

Les médecins français qui visitent le nord de l'Italie oublient souvent qu'à côté des merveilles de l'architecture et de la peinture se trouvent des monuments d'un genre plus modeste mais non moins dignes d'attirer leur attention. Nous voulons parler des nombreux hôpitaux qu'on trouve dans les principales villes de la Lombardie et de la Vénétie. La plupart de ces établissements présentent du reste, au point de vue artistique, un certain intérêt. La façade de l'*Ospedale maggiore* de Milan est monumentale; on y remarque de belles sculptures et des ornements de terre cuite très-curieux; à l'intérieur on trouve une bonne collection de tableaux dont plusieurs sont dus au pinceau des grands maîtres; la stationnaire y est également représentée par quelques œuvres remarquables. Mais on conçoit aisément que nous n'ayons pas l'intention d'entretenir nos lecteurs des beautés artistiques de l'Italie; si nous en avons dit quelques mots à propos de l'*Ospedale maggiore* de Milan,

c'est simplement pour attirer l'attention sur ce bel établissement le plus vaste et le mieux administré de toute l'Italie.

L'hôpital Majeur peut contenir près de 3500 malades, mais on en admet rarement plus de 2800 en temps ordinaire, ce qui fait un cube d'air d'environ 70 mètres pour chaque malade. Malgré le voisinage d'un canal stagnant, l'absence de ventilation artificielle dans les salles et l'accumulation d'un nombre considérable d'individus, cet établissement est le plus sain de toute l'Italie. Ce résultat doit être attribué à la stricte observation des lois de l'hygiène, à l'emploi des désinfectants et à un rigoureux système de surveillance qui ne permet pas le contact prolongé des malades atteints d'affections zymotiques avec les malades ordinaires.

Il est vraiment regrettable que les immenses ressources cliniques que possède cet hôpital soient perdues pour l'enseignement. La Faculté de médecine de la province a, comme on le sait, son siège à Pavie, et cette dernière ville est trop éloignée de Milan (31 kilomètres) pour que les élèves puissent fréquenter l'hôpital en même temps que l'École. Il a bien été question de transférer la Faculté à Milan, mais il serait injuste d'enlever à Pavie sa vieille université dont elle est si fière et qui a jeté tant d'illustration sur l'Italie. On a proposé une combinaison par laquelle les étudiants commenceraient leurs études médicales à Pavie et viendraient les terminer à Milan, où l'on instituerait les chaires de clinique; mais la vieille cité universitaire ne veut rien céder. On trouve cependant à Pavie l'hôpital majeur de Saint-Mathieu, dont l'aménagement et l'aération laissent peu à désirer; mais une ville de 30000 habitants ne peut offrir que de maigres ressources pour l'enseignement clinique d'une grande université. Aussi peut-on assurer que si s'en fondait à Milan une école de médecine, les étudiants ne tarderaient pas à désertir celle de Pavie.

Un des médecins les plus distingués de l'*Ospedale maggiore*, le docteur Achille Visconti, a fondé il y a quelques années dans cet établissement un musée pathologique dont nous avons beaucoup admiré les richesses et surtout la bonne distribution. Les jeunes médecins et chirurgiens de l'hôpital ont eu l'excellente idée d'organiser des leçons par lesquelles les infirmiers reçoivent une certaine instruction. On leur apprend à faire quelques pansements, à transporter les malades, à conserver les instruments et les appareils de chirurgie. Cet exemple, qui n'est suivi en France que dans quelques établissements militaires, ne saurait trop être recommandé aux administrateurs de nos grands hôpitaux civils.

— Le médecin français devra également profiter de sa visite à l'hôpital de Milan pour y étudier quelques cas de pellagre, affection qu'on ne rencontre guère que dans la Lombardie et le Piémont. De 1861 à 1863 on a reçu 2137 pellagres dans cet établissement; sur ce nombre 400 sont morts, ce qui fait une mortalité d'environ 19 pour 100. En 1873, 314 pellagres furent traités dans ce même hôpital, 33 guérirent, 112 furent améliorés, 74 moururent et 28 furent transférés dans d'autres établissements.

Un petit nombre de pellagres étaient en traitement lors de notre visite à l'*Ospedale maggiore*, mais il nous a été facile néanmoins de constater les caractères pathogénomiques de cette affection, dont l'existence ne saurait être niée. Les pathologistes italiens ne sont pas d'accord sur l'étiologie de la pellagre, mais la majorité d'entre eux semble se rattacher à l'opinion qui considère cette affection comme due à une intoxication lente résultant de l'usage du maïs envahi par le verdet; mais tous sont d'avis que cette intoxication ne peut avoir lieu que chez les individus déjà prédisposés par les conditions insalubres dans lesquelles se trouvent la plupart des cultivateurs des provinces du nord de l'Italie.

— Nous ne quitterons pas Milan sans dire quelques mots de la Maternité, qui est placée sous la direction des docteurs Chiara et Charleou. Ce petit établissement, situé au milieu des jardins qui entourent la ville, est très-bien organisé, tant au point de vue de la science obstétricale qu'au point de vue de l'hygiène; aussi a-t-il pu traverser quelques-unes des épidémies de diphthérie qui ont ravagé Milan sans que sa mortalité ait été sensiblement augmentée. Le docteur Giuseppe Charleou a récemment publié un intéressant rapport statistique sur cet établissement; nous aurons à en rendre compte un peu plus tard.

— Le médecin qui arrive à Venise devra consacrer une matinée à visiter l'hôpital général, qui, comme celui de Milan, présente un certain attrait artistique. C'est un ancien couvent de dominicains qui a été transformé en hôpital depuis la chute de la République et qui contient encore plusieurs restes qui attestent son ancienne splendeur. Sans vouloir nous étendre sur les richesses de ce monument, nous signalerons cependant le salle VI, qui servait autre-

fois de bibliothèque aux moines et dans laquelle se trouve un plafond de bois sculpté des plus remarquables.

L'hôpital général de Venise peut contenir environ 1500 malades. C'est un établissement où les règles de l'hygiène sont observées avec le plus grand soin, mais qui, comme beaucoup d'hôpitaux italiens, pêche sur le rapport de la distribution et de l'aménagement. C'est un labyrinthe de salles de toutes dimensions et distribuées sans aucun ordre. Ce défaut se remarque dans tous les établissements qui occupent d'anciens couvents et dans la distribution ne saurait, par conséquent, répondre aux besoins des services hospitaliers.

— La Faculté de médecine de la province a son siège à Padoue et ne peut par conséquent tirer aucun parti des ressources cliniques de cet hôpital. Il existe cependant à Venise une Ecole de médecine libre dont les cours sont suivis par une soixantaine d'étudiants. La chirurgie y est habilement professée par les docteurs Vigna et Minich. Ce dernier a adopté le pansement antiseptique de Lister depuis longtemps, mais il a remplacé l'acide phénique par le sulfite de soude. Ce mode de traitement lui a donné, nous assure-t-il, les meilleurs résultats. Pour être juste, il faut convenir que les services de chirurgie de cet hôpital sont admirablement tenus et que les saignées maximales de l'hygiène y sont observées avec le plus grand soin.

— Nous revenons à Milan pour parler de la crémation, dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs dans notre dernière chronique italienne (31 mars 1876). Plusieurs crémations ont eu lieu dans cette ville depuis celle du chevalier Keller, et les appareils ont subi quelques perfectionnements importants. Le corps de madame Pozzi-Localelli a dernièrement été incinéré au moyen de l'appareil crématoire que les héritiers Keller ont généreusement cédé au conseil municipal. La cérémonie a eu lieu en présence des plus zélés fondateurs de la Société de crémation, sous la présidence du docteur Malachia, de Christoforo. Les autorités sanitaires, municipales et provinciales étaient représentées par les docteurs Gabba et Valsuani.

En attendant l'autorisation ministérielle, le corps de madame Pozzi avait été maintenu pendant cinq mois dans un état de parfaite conservation par l'injection d'un mélange antiputride composé d'alcool, d'acide phénique, d'acétate de soude et d'acide arsénieux. L'opération, qui s'est exécutée dans l'appareil à gaz Polliceretti, a duré deux heures, et, de même que pour la première expérience, il n'est sorti de la haute cheminée qu'une vapeur aqueuse mélangée à un peu de fumée ne répandant aucune odeur désagréable. L'incinération a été complète et le résidu, composé de principes minéraux et carbonés inaltérables à l'air, a été religieusement recueilli dans une urne funéraire. Le corps pesait 50 kilogrammes; le poids du résidu obtenu par la calcination était de 34,60.

— Dans une de ses dernières séances, l'Académie de médecine de Rome a eu une intéressante discussion dont le but était de réfuter les récentes allégations de quelques journalistes, qui avaient répandu sur l'état sanitaire de la Ville Eternelle les nouvelles les plus alarmantes. Les docteurs Lanzi et Terrigi ont lu d'importants mémoires dans les conclusions, basées sur l'analyse de l'air et des eaux et sur de nombreuses statistiques, tendent à prouver que le séjour de Rome pendant l'hiver et le printemps est non-seulement inoffensif, mais peut rendre de grands services dans la thérapeutique des affections pulmonaires. Les auteurs affirment que l'état sanitaire est également satisfaisant pendant l'été, mais ils conviennent que le séjour de la *campagna* est des plus dangereux. Le docteur Balestra a ensuite démontré que la plupart des statistiques fournies par la ville sur la mortalité de chaque semaine étaient erronées en ce qui concerne les fièvres. Beaucoup d'affections aiguës de natures diverses sont attribuées à tort à la *malaria*. D'un autre côté, la plupart des malades admis dans les hôpitaux pour des affections paludéennes sont considérés comme de nouvelles victimes de la *malaria*, tandis qu'il ne s'agit en réalité que d'une rechute se produisant chez des individus intoxiqués depuis longtemps.

CONCOURS VULFRANC GERDY. — RÉGLEMENT.

L'Académie de médecine a accepté le legs par lequel M. Vulfranc Gerdy instituant un concours pour l'envoi d'élèves stagiaires dans les principales stations d'eaux minérales. Le

règlement de ce concours, qui a été discuté et adopté dans les dernières séances, en comité secret, est ainsi conçu :

TITRE I^{er}. — Dispositions générales.

Art. 1^{er}. — Les rentes léguées à l'Académie de médecine par Vulfranc Gerdy sont consacrées, conformément à la volonté du testateur, à l'institution d'un concours, qui est destiné à nommer des stagiaires aux eaux minérales, et qui prend le nom de Concours Vulfranc Gerdy.

Art. 2. — Sont admis au concours les élèves en médecine qui ont passé au moins les trois premiers examens de doctorat et qui ont rempli pendant deux ans au moins les fonctions d'internes (titulaires nommés au concours; dans les hôpitaux des villes où existe une faculté, ou une école de plein exercice, ou une école préparatoire de médecine.

Art. 3. — Les candidats nommés prennent le titre de stagiaires aux eaux minérales. Ils sont nommés pour quatre ans. Ils ne peuvent se faire recevoir docteurs en médecine avant l'expiration de ce délai, sans perdre immédiatement leur titre et leurs fonctions.

TITRE II. — Des stagiaires aux eaux minérales.

Art. 4. — Le stagiaire aux eaux minérales est tenu de résider chaque année, pendant la durée de la saison thermale, dans la station hydrologique qui lui est désignée par l'Académie et d'y recueillir, conformément aux instructions générales ou spéciales qui lui sont remises par la Commission permanente des eaux minérales, les éléments d'un rapport qui devra être déposé au secrétariat de l'Académie le 15 au 31 mars de l'année suivante, sauf l'exception mentionnée en l'article 10 ci-après.

Art. 5. — Si le rapport n'est pas déposé le 31 mars, le stagiaire est considéré comme démissionnaire, à moins qu'il ne fasse valoir des motifs de santé dont l'Académie reste juge. L'Académie peut alors lui accorder un congé d'un an sans appointements; mais elle ne peut en aucun cas le désigner pour une nouvelle station avant que le rapport en retard soit déposé.

Art. 6. — La désignation des stations est faite chaque année par l'Académie, dans le courant du mois d'avril, sur la proposition de la Commission permanente des eaux minérales. Cette commission prend connaissance des rapports des stagiaires, les apprécie dans son rapport annuel, et propose, s'il y a lieu de décerner aux auteurs la récompense de 500 francs mentionnée en l'article 9 ci-après.

Art. 7. — Le stagiaire ne peut être envoyé qu'une seule fois dans une même station, à moins d'une décision spéciale de l'Académie prise sur la proposition de la Commission permanente des eaux minérales.

Art. 8. — Il reçoit chaque année, au moment de son départ pour la station qui lui est désignée, la somme de 1500 francs, qui lui est versée en une seule fois par les soins du trésorier de l'Académie.

Art. 9. — En outre, l'Académie, par une délibération spéciale, peut lui décerner, à la fin de son mandat, une récompense de 500 francs pour chacune des années où il s'est acquitté de ses fonctions d'une manière satisfaisante et où la commission a porté sur son rapport un jugement favorable. Il pourra faire valoir ses droits à cette récompense s'il se démet de ses fonctions à la fin de sa troisième année d'exercice. Mais il ne pourrait recevoir aucune récompense s'il donnait sa démission avant ce terme, ou s'il ne déposait pas son troisième rapport, ou si ce rapport n'était pas jugé favorablement par la commission.

Art. 10. — Le stagiaire ne peut être désigné pour une station d'hiver qu'après trois années entières d'exercice et après le dépôt de son troisième rapport. Son rapport sur cette station d'hiver devra être déposé dans le courant du mois d'octobre suivant.

Art. 11. — Les stagiaires qui ont rempli leur mandat pendant trois ans au moins à la satisfaction de l'Académie reçoivent, à la suite d'une délibération spéciale, le titre de lauréat de l'Académie (Prix d'hydrologie).

Ils sont à ce titre recommandés à M. le ministre de l'Agriculture et du Commerce comme candidats aux emplois vacants d'inspecteurs.

Art. 12. — A partir de 1879, il y aura toujours trois stagiaires en activité de service, à moins de mort ou de démission.

TITRE III. — Du concours.

Art. 13. — Le jury se compose de cinq membres de l'Académie, élus au scrutin de liste en séance publique.

ART. 14. — Les concours comprennent deux épreuves publiques : 1^{re} une épreuve écrite sur un sujet de physiologie et de pathologie ; 2^e une épreuve orale de vingt minutes, après vingt minutes de réflexion, sur la physique et la chimie appliquées aux questions hydrologiques. Le sujet de chaque épreuve est tiré au sort, au début de chaque séance, par l'un des candidats, sur une série de trois questions préparées par le jury.

ART. 15. — Les concours a lieu tous les deux ans. Il ne peut être donné plus de deux places dans un même concours. Dans le cas où, par suite de mort ou de démission, les trois places seraient vacantes à la fois, l'une d'elles serait réservée pour le concours suivant.

ART. 16. — Les concours ont lieu en novembre et décembre, et doivent être terminés avant le 31 décembre. Ils sont annoncés en séance publique six mois à l'avance. Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat pendant la dernière semaine d'octobre, en déposant les pièces qui justifient des conditions exigées par l'article 2. La liste d'inscription est close le 31 octobre à quatre heures de l'après-midi (1). L'Académie élit les juges du concours dans la première séance de novembre.

Les deux mois de novembre et décembre, pendant lesquels a lieu le concours, sont admis en déduction des deux années d'internat exigées par l'article 2.

ART. 17. — Les reliquats des rentes affectées à cette institution sont mis en réserve et placés par le trésorier de l'Académie. Lorsque cette réserve, déduction faite des récompenses en perspective, atteindra le chiffre de 8000 francs, il sera nommé un quatrième stagiaire qui restera comme les autres quatre années en fonctions.

ART. 18. — Le présent règlement pourra être révisé par l'Académie sur la proposition de la Commission permanente des eaux minérales.

ART. 19 transitoire. — Le premier concours aura lieu en novembre 1877 pour la nomination d'un stagiaire qui entrera en fonctions le 1^{er} mai 1878. Le second concours aura lieu en novembre 1879 pour la nomination des deux autres stagiaires. Les concours se succéderont ensuite de deux en deux ans, conformément à l'article 12 ci-dessus.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. LE CONCOURS. — Comme nous l'avions annoncé d'après l'UNION MÉDICALE, la Faculté de médecine, consultée par le ministre sur l'opportunité de rétablir le concours, a répondu négativement par 11 voix contre 10. Un des membres présents s'est abstenu. Six professeurs étaient absents.

C'est un fait à noter qu'à l'inauguration du régime politique actuel la Faculté de médecine repousse une institution toujours abolie par les régimes autoritaires et toujours rétablie par les régimes de liberté. Nous nous obstinons à croire néanmoins que le concours, présentement banni, sera rapatrié quelque jour. Le vote de la Faculté n'est d'ailleurs que consultatif.

M. Gauthier, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de chimie à la Faculté de médecine de Paris.

MÉDECINE NAVALE. — En exécution des décrets et règlements concernant le corps de santé de la marine, un concours s'ouvrira successivement dans les écoles de médecine navale de Rochefort, de Toulon et de Brest, à partir du 1^{er} septembre 1876, dans le but de pourvoir à cinquante emplois d'aide-médecin et à sept emplois d'aide-pharmaciens.

ANATOMIE DES BEAUX-ARTS. — Le prix Huguier, consistant en une somme de 600 francs pour les études de l'anatomie à l'École des Beaux-Arts, a été décerné à M. Perruchot, élève de M. Gérôme. Des mentions ont été décernées à MM. Cuyet, Delaune et Beyiac.

TRAITEMENT ORTHOPÉDIQUE DES HÔPITAUX. — La direction de ce service, devenue vacante par suite de la mort du docteur Duval, est confiée, par arrêté en date du 23 juin 1876, à M. de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'AMIENS. — M. Herbet, professeur de clinique externe, est nommé directeur, en remplacement de M. Padiou père, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Blondlot, professeur de chimie médicale et toxicologie, est autorisé à se faire suppléer, pendant trois mois à dater du 1^{er} mai 1876, par M. Engel.

— M. Gérard (Henri), bachelier ès sciences, est nommé préparateur à l'École supérieure de pharmacie de Nancy.

RÉUNION DES MÉDECINS LÉGISLATEURS. — La commission extra-parlementaire, composée des médecins membres du Sénat et de la Chambre des députés, se réunira mercredi prochain, 5 juillet, à deux heures, à Paris, boulevard des Capucines (salle des Conférences).

L'ordre du jour comprendra : 1^o Rapport de la sous-commission nommée pour étudier les propositions de MM. Th. Roussel, Richard Waddington et plusieurs députés, concernant l'assistance publique dans les campagnes ; discussion des deux projets de lois ; 2^o étude de la proposition de M. Parent concernant les eaux minérales (cette proposition a été prise en considération par la Chambre, la commission spéciale n'a pas encore été nommée) ; 3^o examen de nouvelles questions à soumettre à la réunion.

LE GÉNÉRAL GIARDINI. — Le modeste étudiant en médecine qui traduisait en italien, vers 1832, dans un pauvre hôtel de la rue de la Harpe, les œuvres de Voltaire, de J.-J. Rousseau et de Velpaun, le général Giardini va bientôt revenir à Paris, et cette fois comme ambassadeur d'Italie.

HARVEY. — Un intéressant meeting a eu lieu à Londres, dans la grande salle de la bibliothèque du Collège royal des médecins. Sir William Jenner a prononcé le discours qu'il est d'usage de dire chaque année pour célébrer la mémoire du célèbre docteur anglais William Harvey, né à Folkestone en 1578.

ÉPIZOOTIES. — Nous avons fait connaître dans notre numéro du 19 mai une ordonnance de M. le préfet de police relative aux animaux suspects ou atteints de maladies contagieuses. Depuis cette époque, le Comité consultatif des épizooties, institué près du ministère de l'Agriculture et du Commerce par décret du 24 mai dernier, a tenu plusieurs séances. Dans la première, qui a été présidée par le ministre, il a été décidé qu'une sous-commission serait chargée d'étudier les réformes à introduire dans la législation sanitaire et de préparer les projets des actes législatifs et réglementaires destinés à remplacer l'ensemble des anciens arrêtés qui régissent actuellement la matière. La sous-commission a déjà pu soumettre une partie de son travail au Comité et lui fournir une base utile de discussion. Le Comité s'est en même temps occupé de l'organisation du service des épizooties. Dans le but d'arriver à l'organisation de ce service, M. le ministre vient d'adresser une circulaire à MM. les préfets.

Etat sanitaire de Paris :

Du 23 au 29 juin 1876, on a constaté 796 décès, savoir :

Variéle, 13. — Rougeole, 36. — Scarlatine, 1. — Fièvre typhoïde, 14. — Erysipèle, 10. — Bronchite aiguë, 19. — Pneumonie, 44. — Dysentérie, 4. — Diarrhée cholériforme des enfants, 10. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 4. — Group, 8. — Affections puerpérales, 7. — Autres affections aiguës, 230. 1. — Affections chroniques, 344, dont 147 dus à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 43. — Causes accidentelles, 22.

SOMMAIRE. — PARIS. Académie de médecine : Du ferment des urines ammoniacales. — Société médicale de Vienne : Le cotidierismo du uretère chez l'homme. — Syphilis vésiculaire secondaire. — TRAVAUX ORIGINAUX. Physiologie expérimentale : Transpirabilité du sang ; influence du Pseudo carboique, de l'albiter et du chloroforme sur le soulèvement de en liquide ; action des sels biliaires sur les globules sanguins. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — Société de thérapeutique. — REVUE DES JOURNAUX. Alaxie locomotrice progressive. — Oblitération par thrombose de l'artère cérébrale postérieure et inférieure. — Traitement de l'otopélie. — BIBLIOGRAPHIE. Histoire de la médecine arabe. — Index bibliographique. — VARIÉTÉS. Chronique de Fétranger. — Concours Vullrauc Gerdy.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

(1) Le 30, si le 31 est un dimanche.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOQUE, L. LEREBOLLET

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 13 juillet 1876.

L'ASSAINISSEMENT DES HALLES CENTRALES. — RAPPORT SUR L'ORGANISATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE. — LE CONCOURS POUR LES HÔPITAUX MILITAIRES.

L'assainissement des halles centrales.

Le préfet de la Seine vient de nommer une commission spécialement chargée de renseigner l'administration sur l'observation des règlements existants et d'indiquer au besoin les perfectionnements nouveaux à introduire soit dans l'aménagement partiel, soit dans la police des halles. Cette commission comprend plusieurs membres du Conseil de salubrité, entre autres MM. Poggiale et Devergie, plusieurs ingénieurs et architectes, enfin M. le docteur J. Worms, représentant la préfecture de la Seine. Elle élira son président et aura pour secrétaire M. Lheureux, architecte. Elle devra faire au moins une fois par mois dans les halles une visite générale ou partielle. Le procès-verbal de ces visites sera rédigé en double et transmis à la préfecture de police et à la préfecture de la Seine.

On ne peut qu'applaudir à cette décision qui répond à un vœu exprimé il y a plus d'une année par une commission spécialement nommée pour étudier la question de l'assainissement des halles et répondre aux plaintes que provoquent chaque jour les émanations infectes que l'on constate aisément en parcourant les sous-sols de plusieurs pavillons. Cette commission composée d'ingénieurs, d'architectes et de trois membres du corps médical, M. Poggiale, représentant la commission des logements insalubres, M. J. Worms, médecin de la préfecture et M. Bouchardal, membre du conseil d'hygiène, avait présenté le 1^{er} mai 1875 un long et intéressant rapport qui résumait ses travaux. La commission avait recherché avec soin quelle pouvait être l'influence exercée sur la santé publique par les odeurs désagréables qu'elle avait constatées. Chargé spécialement d'étudier cette question, M. J. Worms avait reconnu que les personnes qui vivent dans les sous-sols des halles, tout en constatant que les odeurs qu'on y respire deviennent intolérables pendant les chaleurs, n'étaient exposées à aucune maladie grave, qu'elles étaient même plus rarement malades que les individus occupés à d'autres travaux. Les agents employés à divers titres par l'administration des halles paraissent également n'être placés sous aucune influence fâcheuse. Enfin l'influence des halles ne se fait pas sentir sur la santé des habitants du quartier, la mortalité du 1^{er} arrondissement étant notablement moindre que celle des arrondissements voisins. Ce résultat négatif a conduit M. le docteur J. Worms à des conclusions extrêmement prudentes, car il s'est borné à déclarer que la

commission « n'a rencontré aucun fait qui dénote une influence pernicieuse exercée par l'état des sous-sols, soit sur les personnes qui y séjournent, soit sur les habitants du voisinage. » Toute autre affirmation eût été certainement assez difficile à soutenir. L'aisance relative qui règne dans le quartier des Halles, la nourriture substantielle et abondante que son personnel est à même de se procurer à des prix réduits, la constitution primitivement robuste de tous les employés des halles entrent peut-être pour une forte part dans cette résistance constatée aux influences morbifiques. Aussi, tout en tenant un grand compte des conclusions de M. J. Worms (qui se rapprochent de celles que Parent Duchatelet avait fait connaître en 1836 et des résultats d'une enquête à laquelle s'étaient livrés, en 1840, Deyeux, Parmentier et Pariset relativement à l'influence exercée par le clos d'é-quarrissage de la Gare sur la santé publique) tout en convenant que les émanations infectes des halles ne paraissent pas donner naissance à des épidémies ou à des maladies sérieuses, on n'en a pas moins pensé qu'il importait de prévenir autant que possible ou du moins de combattre les émanations infectes qui ont soulevé tant de plaintes. C'est ce que rechercha la commission et ce qui la conduisit à proposer, après un certain nombre de mesures accessoires ayant pour but d'améliorer les aménagements intérieurs des halles, un système de ventilation par appel dont elle a esquissé les principales dispositions et les effets généraux. La commission mixte qui vient d'être nommée aura surtout à surveiller l'effet des aménagements nouveaux qui viennent d'être faits et de s'assurer que le système de ventilation adoptée réalise bien un progrès sérieux et combat efficacement les émanations dont on peut encore aujourd'hui constater sinon l'influence nocive, du moins l'odeur désagréable.

Rapport sur l'organisation des Facultés de médecine.

Tous ceux qui ont souci des intérêts de l'enseignement public en France s'accordent pour admettre la nécessité de modifier les règlements qui président à l'exercice et à l'enseignement de la médecine. L'accord persiste lorsqu'il s'agit de reconnaître que ces réformes doivent être très-libérales; il cesse lorsque l'on demande une définition rigoureuse de ce qu'il faut entendre par liberté de l'enseignement ou bien lorsqu'on discute ce que pourront donner, au point de vue pratique, certaines réformes qui de tout temps ont été soutenues par les esprits les plus libéraux. C'est ainsi que nous avons vu bien des propositions différentes développées et vivement défendues lorsqu'il s'est agi de la loi sur la collation des grades; c'est ainsi également que nous venons de voir les professeurs de la Faculté se diviser sur une question qui depuis bien longtemps cependant paraissait résolue, celle du mode de recrutement et de nomination des professeurs; Le

10 février 1874 cette question avait été agitée devant la Faculté et, dans un très-remarquable rapport, M. le professeur Gavarrat avait conclu au rétablissement des concours. Il n'avait pas eu de peine, après avoir montré toutes les vicissitudes par lesquelles avait passé depuis 1794 le mode de nomination des professeurs, à prouver que si le concours n'avait pas réuni les suffrages de tous les hommes impartiaux et éclairés, il fallait s'en prendre à la manière dont il avait été organisé, à ses formes, et non à son essence. Nous n'avons pas à reproduire ici tous les arguments développés par M. Gavarrat pour prouver que l'importance des travaux scientifiques d'un homme, quelque renommée qu'ils lui aient acquise, ne suffit pas pour permettre de juger ses aptitudes professorales. Nous ne voulons que signaler les réformes demandées en 1871 par la Faculté et montrer que le concours tel qu'elle le concevait à cette époque était bien débarrassé de ces épreuves de surprise, excellentes pour un classement de jeunes docteurs à peine sortis des bancs de l'école, mais indignes d'hommes qui aspirent au professorat. Après avoir réglé le mode de nomination et la composition du jury pour les divers concours, le projet de loi présenté par la Faculté réduisait à trois le nombre des épreuves destinées à apprécier le mérite des candidats. La thèse, dont le sujet était tiré au sort par le candidat, devait être rédigée en trente jours et jugée sans argumentation par le jury d'examen sur un rapport présenté par une sous-commission composée de trois juges. Les deux leçons d'une heure devaient être faites après quarante-huit heures de préparation sur des sujets exclusivement relatifs à l'objet de l'enseignement de la Faculté. Pour les chaires de clinique, cette épreuve devait consister dans l'examen de deux malades, et une leçon clinique après une heure consacrée à cet examen et à la méditation. Enfin le jury, après avoir discuté le rapport sur les thèses, consacrait plusieurs séances à l'examen d'un rapport spécial sur les titres scientifiques des concurrents, et classait les candidats en tenant compte de la valeur de ces titres et de l'appréciation des qualités dont ils avaient fait preuve dans la rédaction de leur thèse et dans leurs leçons publiques. Le rapport de M. Gavarrat a été ici même, de la part de M. Dechanamb, l'objet d'une appréciation étendue (*Gaz. hebdom.*, 1871, p. 97, 108 et 129). Depuis cette époque, une commission d'études nommée par la Faculté et composée de MM. Vulpian, Broca, Hardy, Le Fort et Gnarret, rapporteur, s'est préoccupée de rechercher quelles pouvaient être les modifications à apporter aux règlements et aux lois qui régissent nos institutions médicales. Un premier rapport, présenté par cette commission le 8 juin dernier, concluait au rétablissement du concours pour régler le mode de nomination des professeurs. Cette proposition n'ayant pas été admise par l'assemblée des professeurs de la Faculté de médecine, un second rapport lui fut soumis le 6 juillet 1876. Il n'y est plus question du concours, mais les réformes qui s'y trouvent mentionnées et dont l'utilité a été, presque unanimement reconnue, sont encore assez importantes pour que nous croyions devoir les signaler.

La Faculté demande, comme en 1872, la suppression des examens de fin d'année, « qui n'ont pas réalisé les espérances conçues à l'origine ». Cette mesure peut être bonne à Paris, où les examens sont excessivement nombreux, où le professeur n'a que très-peu de rapports avec ses élèves; nous persistons à croire qu'en province ces examens de fin d'année peuvent être maintenus avec avantage ou même, comme on l'avait fait à Strasbourg pour les élèves du service de santé militaire, reportés à la fin du premier semestre. Il importe,

en effet, que les professeurs jugent leurs élèves non sur une réponse ou d'après un petit nombre de questions, mais en ayant sous les yeux un dossier complet qui leur montre les efforts qu'il a réalisés ou les succès qu'il a déjà obtenus. Dans les Facultés de province, il est bon que les professeurs arrivent rapidement à bien connaître leurs élèves, et les examens semestriels, en entretenant entre eux une émulation féconde, en les préparant aux concours et aux examens de doctorat, relèvent le niveau des études.

Nous approuvons par contre la mesure qui a pour but de placer l'examen définitif de physique et de chimie après la première année, et celui d'anatomie et de physiologie après la troisième année. C'est ainsi que l'on procédait à Strasbourg pour les élèves militaires. On allait même plus loin, car on leur accordait la faveur de passer un examen de doctorat à la fin de chacune de leurs années d'études. Sans croire à l'utilité de cette dernière mesure, qui morcelle trop les études et permet de préparer d'une manière trop mécanique chacun de ces examens, nous aurions préféré voir l'examen d'anatomie rapproché de celui de pathologie externe et de médecine opératoire, et celui de physiologie (puisque cette épreuve a été, avec beaucoup de raison, séparée de l'épreuve d'anatomie), joint à celui de pathologie interne. On pourrait ainsi reporter à la fin de la troisième année ces deux examens, comprenant : le premier, une épreuve d'anatomie avec dissections, une épreuve de médecine opératoire et des interrogations de pathologie externe; le second, une épreuve de physiologie et des interrogations de pathologie interne. Les examens cliniques seraient toujours placés à la fin de la scolarité.

La Faculté demande, en outre, et dans un intérêt facile à comprendre, que nul ne soit admis à prendre sa première inscription de doctorat sans avoir présenté les deux diplômes de bachelier ès lettres et ès sciences.

Les articles suivants sont consacrés à déterminer dans quelles conditions seront créées de nouvelles chaires de cliniques spéciales à la Faculté. La chaire de clinique des maladies mentales sera seule réclamée immédiatement. On sait que la Faculté n'a pas voulu admettre toutes les conclusions du rapport si décisif cependant qui lui avait été présenté par M. Chauffard (voy. *Gaz. hebdom.*, 1875, p. 754), qu'elle continue à confier à des agrégés libres ou en exercice, et qu'elle veut même plus tard confier à des médecins des hôpitaux pris en dehors de l'agrégation les cours complémentaires dont elle admet l'utilité, mais pour lesquels elle n'a point voulu demander la création de chaires spéciales.

Les règlements qui fixent la durée de l'agrégation et les conditions dans lesquelles fonctionnent les agrégés, sont aussi modifiés. Les agrégés en exercice seront associés à l'enseignement de la Faculté. Le stage est supprimé; le temps d'exercice est fixé à huit ans avec renouvellement des agrégés par moitié tous les quatre ans. Nous aurions préféré voir insister tous les deux ans un concours d'agrégation. On en connaît, à Paris surtout, les difficultés et les chances aléatoires en raison même du mérite des concurrents. Deux échecs successifs reporteront bien loin un candidat qui aurait pu, si le renouvellement des agrégés avait eu lieu par quart tous les deux ans, arriver à conquérir cette position si enviée. Enfin, des laboratoires d'études seront organisés assez largement pour satisfaire à tous les besoins, et l'abrogation du décret qui attribue à l'Etat la nomination de toutes les personnes attachées aux établissements d'instruction publique permettra, en laissant à la Faculté le soin de choisir et de nommer les chefs de ces laboratoires et tous les fonc-

tionnaires de ses bureaux, de réaliser en partie l'un des vœux de tous les amis de l'Université, qui pensent qu'il est indispensable de lui restituer une certaine autonomie. Nous ne pouvons, tout en approuvant la plupart des réformes demandées par la Faculté, ne pas faire remarquer que ces réformes elles-mêmes ne seront que peu de chose si l'on ne se persuade de la nécessité de créer en province des centres universitaires puissants, indépendants et autonomes, et de favoriser à Paris l'autonomie et l'indépendance de la Faculté de médecine. Qu'elle règle les conditions des épreuves qui lui offrent les plus sûres garanties de capacité et de moralité d'un candidat au titre de professeur, qu'elle tienne un plus grand compte des travaux et des services antérieurs ou qu'elle institue des concours publics; enfin qu'elle cherche à s'adjoindre, en qualité de professeur extraordinaire, les hommes dont l'enseignement lui paraîtra présenter un intérêt spécial, il importe avant tout que, dans l'intérêt de tous, la Faculté ne puisse entraver l'enseignement libre des agrégés ou des docteurs autorisés à ouvrir des cours dans l'enceinte de la Faculté. C'est ce que demandait, il y a plusieurs années déjà, le professeur Schützenberger dans un travail dont la deuxième édition vient de paraître et sur lequel nous aurons l'occasion de revenir. C'est ce que nous demandons aussi, en reconnaissant que les réformes réclamées par la Faculté sont des plus urgentes, mais en persistant à croire qu'il y a plus à faire encore pour assurer l'autonomie des facultés et la libre concurrence dans l'enseignement supérieur.

Le concours pour les hôpitaux militaires.

A plusieurs reprises déjà nous avons signalé les inconvénients qu'avait eus pour le corps de santé de l'armée la suppression du concours destiné à constater l'aptitude au service hospitalier des médecins militaires. Nous avions cru pouvoir annoncer que le Conseil de santé avait demandé le rétablissement de ce concours, mais nous ne pensions pas qu'on pût lui infliger l'obligation de présider à des épreuves analogues à celles dont un document inséré au BULLETIN DE LA MÉDECINE MILITAIRE (juillet 1876, n° 227) vient nous faire connaître la nature. Nous nous bornerons à résumer les instructions ministérielles dont nous avons le texte sous les yeux; tout commentaire serait superflu. Les médecins-majors, ayant deux ans de grade, qui désireront être admis à passer dans les hôpitaux en feront la demande au médecin-inspecteur au cours de son inspection. Celui-ci ne pourra proposer au ministre, pour passer dans les hôpitaux, que deux candidats de chaque grade soit (quatre par arrondissement (ou, pour l'armée, vingt-six médecins de tout grade). Les candidats désignés par l'inspecteur médical se réuniront au chef-lieu de l'inspection et là un jury présidé par le médecin-inspecteur, et composé de médecins militaires d'un grade supérieur, sera chargé de constater leur capacité: « L'aptitude chirurgicale devra entrer pour une très-large part dans les appréciations qui motiveront les acceptations. » Les épreuves consisteront 1° en une composition écrite sur un sujet de pathologie interne ou externe ou en un rapport médico-légal; 2° dans l'examen clinique de quatre malades et, s'il y a lieu, dans la pratique à l'amphithéâtre d'une opération chirurgicale ou d'une nécropsie. Les épreuves écrites seront éliminatoires. « Les médecins-inspecteurs devront prévenir les médecins-majors de 2° classe qui demanderont à être examinés que le passage dans les hôpitaux

n'implique nullement pour eux le droit d'y rester maintenus une fois qu'ils seront pourvus du grade de médecin-major de 1^{re} classe, cette promotion devant avoir pour premier effet de les rattacher au service régimentaire. »

Il résulte donc de ces instructions ministérielles: qu'il n'y a plus désormais de distinction à établir entre les chirurgiens et les médecins militaires ou plutôt, puisque l'aptitude chirurgicale doit entrer pour une très-large part dans les appréciations qui motiveront les acceptations, qu'il n'y aura plus désormais dans les hôpitaux de l'armée que des chirurgiens. On supprime d'un trait de plume toute l'épidémiologie, l'hygiène et la médecine d'armée. Les jeunes médecins n'ont plus à se préoccuper de toutes les questions qui, depuis près d'un siècle, préoccupaient les hygiénistes et qui étaient considérées jusqu'à ce jour comme les plus importantes. Ils devront tous être et rester chirurgiens. D'ailleurs le roulement perpétuel qui paraît devoir s'établir entre les régiments et les hôpitaux rendra les études chirurgicales elles-mêmes parfaitement inutiles. Nul ne saurait prendre goût à des fonctions qui pourront lui être retirées d'un instant à l'autre, et la vie de régiment éloigne trop de la pratique médicale pour qu'on puisse espérer voir sortir de ces changements incessants quelque résultat favorable. Un dernier article nous montre d'ailleurs dans quel esprit ce règlement vient d'être rédigé: « Les médecins-inspecteurs, y est-il dit, devront se renfermer rigoureusement dans les limites fixées pour le nombre des candidats à présenter. Ils devront s'attacher à attribuer exactement à chaque candidat le classement qu'il mérite réellement de manière à n'avoir pas à recommander plus ou moins spécialement à l'attention du ministre, en considération de la façon satisfaisante dont ils auront subi les épreuves, des candidats qui ne viendraient qu'en seconde ligne d'après leur classement. » Nous recommandons cet article, comme du reste toute cette instruction ministérielle, à ceux qui soutiennent encore que le corps de santé de l'armée jouit, en ce qui concerne les questions scientifiques, de toute l'autonomie qu'il peut désirer. Il serait au moins singulier de soutenir qu'un semblable règlement conçu en termes aussi peu mesurés ait pu être rédigé avec l'assentiment du Conseil de santé.

TRAVAUX ORIGINAUX

Ophthalmologie.

OBSERVATION D'HEMORRHAGIE DU CORPS STRIÉ, par M. le docteur RICHON, médecin-major de 2^e classe au 24^e de ligne, chargé du service des militaires à l'hospice civil de Bernay.

Obs. — *Hémorragie du corps strié gauche survenue à l'hôpital dans le cours d'une bronchite. — Hémiplegie droite et aphasie. — Retour progressif de la sensibilité et de l'usage de la parole; persistance de la paralysie motrice. — Gangrène sèche du gros orteil du côté paralysé. — Pleurite purulente du côté opposé. — Mort le soixante-douzième jour après l'attaque apoplectique. — Autopsie.* — Sébire, âgé de vingt-deux ans, soldat au 15^e régiment de chasseurs à cheval; est atteint, dans le cours d'une permission, d'une bronchite aiguë pour laquelle il entre, le 15 décembre 1875, à l'hôpital de Bernay. Ce jeune homme, vigoureusement constitué, jouit d'une bonne santé habituelle; sa seule indisposition est toute récente, une aneurysme de sa famille n'est mort d'apoplexie.

Le 18 décembre, vers sept heures du matin, sans qu'aucun prodrome ait été remarqué, ses voisins le voient glisser de son lit et tomber lourdement sur le côté droit. Accourant pour lui porter secours, ils le trouvent plongé dans le coma avec résolution complète des membres; il s'est fait en tombant une contusion à la région malaire et une plaie contuse sur le grand trochanter.

Quatre jours durant, le coma persiste malgré des compresses froides maintenues en permanence sur le crâne et des applications de sinapismes renouvelés plusieurs fois par jour sur les membres inférieurs. La face est pâle, la respiration lente et bruyante; il y a incontinence de l'urine et des matières fécales.

Le 22, le malade revient progressivement à lui; il présente du côté droit une paralysie complète du mouvement et de la sensibilité; la langue est déviée de ce côté, la commissure des lèvres tirée du côté opposé; enfin il est aphasique et n'a conservé que l'expression *ah oui* qui l'accompagne suivant les cas de mouvements affirmatifs ou négatifs de la tête.

Le mouvement fibrile est très-moderé et se développe peu les jours suivants; de faibles poussées congestives vers la face cèdent rapidement à des applications de sinapismes sur les membres inférieurs; nous prescrivons quatre ventouses scarifiées à la nuque et des ventouses sèches en nombre suffisant pour couvrir les parois thoraciques. Une diarrhée abondante rend superflu l'emploi d'un purgatif.

Le bras et surtout la main paralysés sont couverts d'une transpiration abondante; la peau de la fesse droite, d'un rouge livide et parsemée d'érosions superficielles, menace de s'escarifier; elle est recouverte de sparadrap et protégée contre la pression par une épaisse couche de coton.

Le 2 janvier, la fièvre a complètement disparu, ce qui permet d'augmenter rapidement l'alimentation. La sensibilité reparaît progressivement dans tout le côté paralysé.

Le 3, contracture peu accentuée des muscles fléchisseurs de la jambe portée dans la demi-flexion; douleurs spontanées dans le membre inférieur.

Dès le 8, Sèbire commence à retenir ses urines; il ne mouille plus son lit que pendant le sommeil; il peut imprimer à sa jambe des mouvements de flexion très-limités. Pour atténuer ses douleurs de plus en plus aiguës, il maintient, à l'aide de la main gauche, le membre dans l'abduction et la flexion forcée. Le gros orteil a pris une teinte noire gangrèneuse et présente une phlyctène à la base de l'ongle; de petites escarres se forment sur les points comprimés entre le lit et les saillies osseuses (mallole externe, partie inférieure de la face externe du péroné, tubercule du cinquième métatarsien, face dorsale des articulations phalangiennes des orteils). Nous cherchons en vain à soustraire le pied à toute pression en l'enveloppant de coton et en le couvrant d'un cerceau; le malade défait obstinément son pansement et remplace le membre dans la flexion forcée.

Malgré ces accidents, l'état général continue à s'améliorer; la langue se dépouille, l'appétit devient très-vif et les selles se régularisent; la peau de la fesse reprend sa vitalité et la plaie trochantérienne tend à se cicatriser.

Le 12 janvier, le régime est porté à quatre portions.

Bientôt la scène change: les mouvements volontaires disparaissent, le membre inférieur est le siège de douleurs incessantes augmentées par le moindre atouchement et contre lesquelles nous administrons sans succès l'iode de potassium d'abord, puis le bromure de potassium, l'hydrate de chloral et des liniments chloroformés. Il en résulte, à partir du 17, la perte complète du sommeil, de l'appétit et un affaiblissement rapide. La température prise aux deux mollets est plus élevée de 2°, 3 du côté paralysé (36°, 5 à droite, 34°, 2 à gauche). Un sillon d'élimination s'est formée à la base du gros orteil qui est mortifié dans sa totalité.

Le 19 janvier, Sèbire prononce le mot *non* pour la première fois.

Le 22, il refuse toute nourriture et ne boit que quelques gouttes de lait; il a de la fièvre, de la dyspnée; les deux poumons sont engoués en arrière dans toute leur hauteur. Température: aisselle gauche 38°, 8, aisselle droite 38°, 4, pouls 132, respiration 44. Infusion de 1 gramme de feuilles sèches de digitale avec oxymel scillitique 50 grammes; ventouses sèches sur le thorax.

Le 23 et 24, même situation, les souffrances arrachent des cris continus; la faiblesse fait des progrès rapides. Même traitement; plus une potion avec 4 grammes d'hydrate de chloral.

Le 28, la nuit a été calme. Température: aisselle droite 36°, 8, aisselle gauche 36°, 9. Le malade accepte des potages; la digitale est supprimée; potion avec oxymel scillitique 50 grammes et sirop de tolu 30 grammes.

Le 29, persistance du calme; le malade prononce plusieurs mots nouveaux; il arrive avec des efforts à répéter quelques-unes des expressions prononcées devant lui.

Le 1^{er} février, les souffrances redevenaient plus vives et se

localisent surtout dans le côté droit du thorax; l'oppression est très-grande; les douleurs provoquées par les déplacements et les pressions du côté paralysé empêchent de procéder à l'examen de la poitrine. Injection de 0^{er}, 01 de chlorhydrate de morphine au point le plus douloureux.

Du 2 au 5, le calme se rétablit, la parole fait des progrès sensibles; Sèbire parvient à construire quelques membres de phrases comme *cela va bien, merci*; il reprend des aliments solides; une portion avec viande.

Le 6, nous séparons d'un coup de ciseaux le gros orteil qui ne tient plus que par quelques fibres ligamenteuses; la tête du métatarsien est ouverte de bourgeons et la cicatrice se forme; les autres petites escarres sont tombées et les plaies marchent vers la guérison.

Le 9, la température reprise aux deux mollets ne diffère plus que de 0°, 2 (34°, 2 du côté droit, 34°, 4 du côté gauche.)

Les jours suivants, la dyspnée fait de nouveaux progrès; il y a de fréquents accès de suffocation; le malade continue à s'alimenter un peu.

Il meurt subitement dans la nuit du 27 au 28 dans un de ces accès de suffocation de jour en jour plus nombreux.

Autopsie. — L'autopsie est pratiquée trente-trois heures après la mort avec l'assistance de M. le docteur Blain, médecin de l'hospice.

La rigidité cadavérique est beaucoup plus prononcée du côté sain que dans les membres paralysés qui résistent à peine aux efforts de flexion. L'émaciation est extrême, égale des deux côtés. La plaie d'élimination du gros orteil est bordée d'un liséré cicatriciel adhérent à la tête du métatarsien; la plaie trochantérienne est à moitié cicatrisée; une ulcération peu profonde, à bords taillés à pic, de la dimension d'une pièce de vingt centimes, existe à la région scérale.

Cavité thoracique. — Péricarde parsemé de taches laiteuses viscérales et pariétales, contenant environ 200 grammes de sérosité citrine.

Cœur anémique; dans le ventricule gauche caillots blancs homogènes, peu denses, se prolongeant dans l'aorte; dans les cavités droites, caillots de même nature s'étendant très-loin dans les veines pulmonaires. Toutes les valvules sont saines; pas de traces d'athéromes dans les gros vaisseaux.

Adhérences pleurales lâches, faciles à rompre du côté droit; dans la moitié inférieure du poumon de ce côté, engorgement hypostatique parsemé de points splénisés non perméables à l'air; pas de tubercules au sommet. Du côté gauche, adhérences peu résistantes au sommet et en avant, complètes en arrière dans toute la hauteur de la gouttière vertébrale. Le poumon est refoulé vers le médiastin par un épanchement purulent abondant (un litre environ) dans lequel flotte une coagulation purulente infiltrée sur quelques points de sérosité. Le foyer est tapissé d'une fausse membrane épaisse, lisse sur la plèvre pariétale, aréolaire sur la plèvre pulmonaire où des points ulcérés donnent accès dans le parenchyme pulmonaire à des diverticules de la poche purulente. Le poumon comprimé à l'aspect fetal; il est farci au sommet de noyaux blancs, friables de pneumonie caseuse. Les ganglions bronchiques ne sont pas altérés.

L'œsophage ne présente aucune altération.

Cavité abdominale. — L'estomac distendu par des gaz contient un demi-verre de pus qui a dû arriver à la bouche par une bronche ulcérée et être avalé quelques instants avant la mort, puisqu'il n'existe pas de communication pathologique entre les organes digestifs et les voies respiratoires. Foie normal, vésicule distendue par une bile fluide. Rate normale; pancréas très-volumineux sans altération de structure. Reins volumineux, le droit très-congestionné, le gauche plus pâle, portant des traces de péricéphrite scléreuse.

Membre inférieur paralysé. — Les artères fémorale, tibiale et pédiéuse sont perméables sur tout leur trajet; cette dernière a été suivie jusqu'à la tête du premier métatarsien, dans le voisinage immédiate de la plaie d'élimination.

Cavité crânienne. — Aucune infiltration des méninges; le réseau veineux superficiel est gorgé de sang. Les circonvolutions de l'hémisphère droit sont nettes avec leur relief normal. Du côté gauche, les circonvolutions de l'insula sont jaunâtres, affaissées et flétries, il en est de même de la circonvolution sphénoïdale remontant le long de la scissure de Sylvius, réduite à un mince feuillet; toute la pointe de la cornue sphénoïdale est molle et atrophique.

Les coupes sont pratiquées vingt jours après sur l'organe durci par l'acidité chronique. Les premières, horizontales, portent sur

la convexité des hémisphères jusqu'au voisinage des ventricules latéraux ; et suivantes, verticales, sont faites transversalement d'avant en arrière, dans la base du cerveau.

L'hémisphère droit ne présente aucune altération. A gauche les coupes pratiquées au-dessus du corps calleux ne révèlent aucune lésion ; les circonvolutions frontales sont intactes. Immédiatement au-dessus du ventricule latéral commence une zone de ramollissement blanc, intéressant la voûte du ventricule diluente dans toute son étendue. Ce tissu écarté, on découvre le noyau intra-ventriculaire du corps strié, de consistance molle, d'une teinte ocreuse dans sa moitié externe et recouvert, au point où il s'infléchit pour entrer dans la corne sphénoïdale du ventricule, d'arborisations vasculaires qui n'existent pas du côté opposé.

Les coupes verticales permettent de constater les lésions suivantes : le noyau caudé et la zone externe du noyau lenticaire sont transformés dans toute leur étendue en un magma couvert de matière ocreuse friable, reliquat d'un foyer sanguin qui a détruit toutes ces parties. Les deux segments internes du noyau lenticaire sont ramollis ainsi que la base de la couronne rayonnante, la capsule interne et le pied du pédoncule cérébral altéré jusqu'au niveau de la protubérance ; l'étage supérieur du pédoncule ou tegmentum, la couche optique, les tubercules quadrijumeaux et la substance grise du troisième ventricule sont intactes. En dehors du corps strié, la zone de ramollissement comprend la capsule externe, l'avant-mur, la substance blanche et l'écorce grise de l'insula, enfin la totalité de la corne sphénoïdale jusqu'à un ou deux millimètres en arrière de la limite postérieure du corps strié.

La moitié antérieure de l'hippocampe est comprise dans le ramollissement ; plus en arrière l'altération n'atteint pas la surface inférieure du cerveau qui redevient saine au point où elle se met en rapport avec le cervelet. Le cervelet, la protubérance et le bulbe ne sont pas altérés. Il n'existe pas d'anévrysmes miliaires.

RÉFLEXIONS. — Le siège de la rupture vasculaire n'a pu être retrouvé ; elle a dû porter sur une artère du groupe lenticulo-strié et probablement sur la plus grosse de ces artères qui fournit abondamment aux deux noyaux altérés. La perméabilité de l'artère sylvienne et de ses branches ne permet guère d'attribuer à une embolie la production de ce vaste ramollissement, si l'on tient compte également de l'intégrité du cœur et des gros vaisseaux ; il paraît plutôt avoir succédé à l'encéphalite développée autour du foyer hémorragique. La contracture et les douleurs signalées dans le membre inférieur à partir du 3 janvier marquent le début de ce processus ; d'autre part, le retour éphémère de quelques mouvements quelques jours après le 8, témoignent de l'altération plus tardive de la capsule interne.

Bien que l'aphasie fût parfaitement caractérisée, l'autopsie n'a pas révélé les lésions qui l'accompagnent habituellement ; le lobe frontal gauche tout entier et, par conséquent, la circonvolution de Broca étaient absolument indemnes de toute altération. Mais, en raison de la faible épaisseur de la couche de tissu sain interposée entre cette circonvolution et le foyer hémorragique, il nous paraît légitime d'attribuer la production de l'aphasie à la compression de la partie inférieure du lobe frontal entre la paroi crânienne et le foyer apoplectique. Cette hypothèse est du reste la seule qui permette d'expliquer d'une part, par la résorption de l'épanchement sanguin et, de l'autre, par le retrait et la flétrissure des parties ramollies, le retour progressif de la parole observé concurremment avec l'aggravation de tous les autres symptômes ; car, si l'on devait attribuer la perte du langage à la lésion d'une des parties du cerveau atteintes par l'hémorragie ou le ramollissement, on ne pourrait se rendre compte de son retour partiel, puisque toutes ces parties ont été définitivement détruites. Le cas de notre malade nous paraît donc plutôt favorable que contraire à l'opinion de Broca.

Les accidents pulmonaires ont été plus tardifs que chez la plupart des apoplectiques. Ce n'est qu'au commencement du second mois que l'engouement s'est généralisé ; plus tard est survenue une pleurite purulente du côté gauche qui a déterminé la mort. Cette complication nous avait échappé pendant

la vie ; c'est en effet au côté droit que le malade a constamment rapporté ses douleurs et les souffrances qui provoquaient chez lui les déplacements nous avaient empêché dans les derniers temps d'explorer le côté gauche dans lequel nous ne soupçonnions pas de lésion plus grave que dans le côté opposé.

L'évolution singulière des troubles de nutrition observés chez notre malade constitue le point le plus intéressant de cette observation. Les premiers jours apparaissent au siège habituel les signes précurseurs du décubitus aigu ; puis, tandis que les conditions de la nutrition semblent s'améliorer, que la peau de la fesse reprend de la vitalité, que la plaie trochantérienne soumise aussi à la pression du corps entre en voie de cicatrisation, des troubles plus graves, points de mortification disséminés sur le pied, sphacèle de la totalité du gros orteil, apparaissent du côté paralysé. On doit-on chercher la raison de cette dernière complication que nous n'avons trouvée signalée nulle part et qu'on ne peut assimiler, en raison de la rapidité de son développement, aux eschares dues à la pression qui surviennent à la fin des paralysies ? La perméabilité des artères du membre et l'intégrité des organes centraux de la circulation ne permettent pas d'invoquer l'existence d'une embolie qui, du reste, n'expliquerait pas la production d'eschares disséminées sur la surface du pied, dénotant plutôt des troubles trophiques corrélatifs à la lésion centrale.

La coïncidence fréquemment signalée des troubles de nutrition avec les altérations des lobes frontaux ou des lobes occipitaux nous porte à croire qu'ils ont été provoqués par le ramollissement de la corne sphénoïdale.

Si nous cherchons à déterminer la nature de ces troubles trophiques, nous remarquons d'abord que l'élévation de la température du membre paralysé, indice d'une paralysie vaso-motrice, écarte l'hypothèse de l'excitation des nerfs vaso-moteurs et d'un resserrement spasmodique des petits vaisseaux de nature à produire une gangrène ischémique. Cette paralysie vasculaire ne peut amener la mortification des tissus que par l'intermédiaire d'un violent état inflammatoire ; or la gangrène du gros orteil s'est produite sans gonflement préalable, sans processus inflammatoire d'aucune sorte, sans rien, en un mot, qui puisse indiquer un afflux sanguin exagéré ; elle n'est donc pas une conséquence directe de la paralysie vaso-motrice qui d'ailleurs, réalisée expérimentalement sur des animaux par la section de la moelle ou de tous les nerfs du membre abdominal, est toujours impuissante à produire des eschares et ne donne lieu qu'à des atrophies plus ou moins rapides.

Nous nous voyons amené à invoquer l'action des nerfs trophiques de Samuel, exerçant une influence directe sur les éléments anatomiques. L'existence de ces nerfs, nous le savons, bien loin d'être démontrée, est niée par un grand nombre de physiologistes et il n'est pas généralement admis qu'une lésion nerveuse puisse déterminer directement la gangrène par simple abolition fonctionnelle ; cependant le cas de notre malade semble favorable à cette manière d'interpréter les faits. La seule influence à invoquer en dehors de la suppression de l'action nerveuse, celle des vaso-moteurs étant écartée, est la pression subie par les parties mortifiées ; elle doit être admise pour les eschares siégeant à la malléole externe, à la partie inférieure de la face externe du péroné, en face du tubercule du cinquième métatarsien, et peut-être aussi, mais, à un moindre degré, pour celle de la face dorsale des articulations phalangiennes des orteils. La seule pression supportée par le gros orteil a été celle des couvertures portant sur l'extrémité de la pulpe ; si l'on peut à la rigueur admettre qu'elle ait suffi à produire une petite eschare à cette extrémité, il est tout à fait invraisemblable de lui attribuer la mortification complète de l'orteil.

Quelle que soit l'explication à laquelle on s'arrête, on conçoit difficilement comment le décubitus aigu confirmé et

pu être évité, alors que la nutrition des tissus était assez compromise dans le membre pour amener le sphacèle de parties que rien n'y prédisposait.

Il y aurait encore à trouver la cause déterminante d'une hémorragie cérébrale survenant pendant le repos, chez un jeune homme, sinon en pleine santé, atteint du moins d'une indisposition légère, ne présentant aucune lésion du cœur ni du système artériel et n'offrant aucun signe d'affection cachectique; forte nous est d'avouer que cette cause nous échappe complètement.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Congrès périodique de l'Association médicale américaine.
(27^e session. — Philadelphie.)

(Correspondance spéciale de la GAZETTE HEBDOMADAIRE.)

Philadelphie; 24 juin 1876.

Première séance.

COMPOSITION DU BUREAU. — DISCOURS D'OUVERTURE, PAR LE DOCTEUR MARION SIMS (ORGANISATION DE L'ASSOCIATION; PROJET D'UNE UNIVERSITÉ NATIONALE; LE CODE D'ÉTHIQUE; LES MALADIES SYPHILITTIQUES). — ÉLECTION DES COMITÉS.

Le système de liberté absolue, qu'il est de mode, en Europe, d'envier à l'Amérique, lorsqu'on ne juge ce pays que sur des rapports optimistes, appliqué à l'enseignement de la médecine, entraîne de graves abus. Les écoles de médecine sont devenues trop nombreuses; les professeurs n'ayant d'autre rétribution que les droits d'inscription et de diplôme, cherchent souvent à alléger les élèves par l'appât d'un programme facile et d'un examen trop indulgent, de sorte que la majorité des jeunes gens qui reçoivent le titre de docteur manquent d'éducation préalable et n'ont acquis en médecine que des connaissances tout à fait insuffisantes.

Pour réagir autant que possible contre ce mal, qui tend à diminuer la considération du corps médical aux États-Unis, les médecins qui, munis d'une instruction convenable, l'ont complétée par des études personnelles et la fréquentation de cours spéciaux en Amérique ou à l'étranger, se réunissent en sociétés locales, qui exercent de fait une surveillance efficace des intérêts des médecins et du public.

Au-dessus de toutes les sociétés locales est placée l'Association médicale américaine, composée de membres permanents et de délégués de toutes les sociétés médicales, écoles de médecine, hôpitaux, hospices et autres établissements médicaux de bonne réputation. L'Association tient une session chaque année dans une ville importante, sous la direction d'un bureau nommé pour un an.

Dans un pays où le gouvernement demeure dans une neutralité regrettable en ce qui concerne l'enseignement supérieur, — bien qu'il ait déjà reconnu la nécessité d'intervenir dans l'enseignement primaire, — il est heureux que le corps médical ait institué une Association capable d'exercer une certaine autorité qui se fait sentir sur le programme des études, le niveau des examens et la collation des grades, les rapports des médecins avec le public et les questions d'hygiène générale en internationale. L'influence de l'Association médicale américaine est loin certainement de répondre aux espérances de ses fondateurs et aux efforts éclairés de ses membres; mais elle poursuit son œuvre avec persévérance, avec ténacité. Si elle n'a pas réussi à faire adopter plusieurs réformes urgentes, elle a supprimé ou réduit certains abus. Aujourd'hui son autorité morale lui permet d'espérer, dans un avenir prochain, des résultats en rapport avec les lumières et le dévouement qu'elle met au service d'une bonne cause.

Nous avons été heureux de retrouver d'anciens collègues à Philadelphie, et nous devons à l'obligeante courtoisie des secrétaires de l'Association, docteurs Atkinson et Dingison,

la communication de notes et documents qui nous ont facilité le compte rendu des séances pour la GAZETTE HEBDOMADAIRE.

— La première séance est ouverte le 6 juin par le docteur Bowling, du Tennessee, qui présente à l'assemblée son successeur à la présidence, le docteur Marion Sims. Le bureau se compose, en outre, des vice-présidents docteurs Lilly (du New-Jersey), Seelye (de l'Alabama) et Pinkney (de l'armée des États-Unis).

— Après la prière d'usage, le Président souhaite la bienvenue aux trois cents délégués présents et propose de reconnaître comme membres invités de la session les docteurs Wywoodzoff (de Saint-Petersbourg), Roth, chirurgien en chef de l'armée allemande, Heymann et Brille, Barnes, chirurgien en chef de l'armée des États-Unis, et Saffray, de Paris, ex-professeur au Collège de médecine de Louisville (Kentucky). La proposition du Président est adoptée à l'unanimité et les hôtes étrangers de l'Association sont invités à prendre place sur l'estrade auprès du bureau.

Après les formalités de détail, le docteur Marion Sims lit un discours dont nous traduisons ou analysons les passages suivants :

« Cette ville nous est chère à tous comme membres de l'Association médicale américaine, car elle a été le berceau de notre Société. L'idée première fut conçue dans l'Etat de New-York et vit le jour ici. Il y a vingt-neuf ans, le corps médical des États-Unis envoya ses délégués à Philadelphie pour organiser cette Association, qui tint sa première session, comme société scientifique, à Baltimore, en 1848. Le but principal des fondateurs était d'exercer une influence dirigeante sur les écoles de médecine, afin d'élever le niveau des études médicales. Ce niveau s'est élevé, en effet, depuis vingt-cinq ans, mais les plus chauds partisans de notre cause sont forcés d'avouer que nous ne sommes pour rien dans ce résultat.

« Tout en confessant notre échec sur ce point capital, nous devons reconnaître que nous avons devant nous un brillant avenir.

« Après beaucoup de lutes et de tiraillements, notre organisation est aussi parfaite qu'on peut le désirer. Nous sommes maintenant la véritable assemblée représentative composée des délégués des sociétés médicales constituées dans les comtés et dans les États. S'il arrive d'une femme embrasse la profession médicale et par son talent, sa réputation, mérite les suffrages d'une société régulièrement organisée qui l'accrédite auprès de nous comme son délégué, nous devons la recevoir parmi nous. Si un homme de couleur reçoit la même distinction, il a droit au même accueil. Ainsi ces deux questions difficiles et embarrassantes, l'acceptation des hommes de couleur et celle des femmes se trouvent définitivement réglées, la décision de notre conseil judiciaire étant toujours sans appel.

« Je viens de vous faire l'avoué que notre Association n'a pas réussi à exercer une influence dirigeante sur les écoles de médecine, bien que ce fût l'objet spécial de son organisation. Dans son discours d'inauguration en 1869, notre président le docteur Baldwin, de l'Alabama, nous fit un tableau frappant des défauts de notre éducation médicale et proposa comme remède l'établissement à Washington d'une grande université nationale sous les auspices et le patronage du gouvernement. Si celui-ci pouvait disposer du capital nécessaire à l'établissement de cette université, je ne doute pas que les docteurs munis de son diplôme ne fussent les pères de médecins sortis des meilleures universités étrangères. J'ai porté tout d'abord le plus grand intérêt au projet du docteur Baldwin et j'ai rien négligé pour essayer d'en assurer l'exécution. J'en ai parlé aux hommes les plus expérimentés dans les questions d'éducation, ceux qui pouvaient être de meilleur conseil; j'ai pris l'avis de plusieurs hommes influents dans nos cercles politiques; mais j'ai le regret de dire que le manque de sympathie pour la cause que je plaidais m'a forcé à l'abandonner quant à présent.

« Le seul moyen de donner à nos diplômés une valeur suffisante c'est d'adopter le système de l'université de Harvard, où les professeurs reçoivent un traitement fixe et sont des lors tout à fait indépendants des inscriptions et autres droits payés par les élèves. Un capital de cinq à six cent mille dollars (2,500,000 francs à 3,000,000 francs), versé soit au département médical de l'université de New-York, soit à d'autres institutions de New-York ou de Philadelphie, placés avec intelligence, produiraient un revenu suffisant pour assurer le traitement fixe des professeurs. Ceux-ci

n'auraient plus intérêt à délivrer des diplômes à des élèves incapables de passer un examen suffisamment sévère. Les Etats-Unis ne manquent pas d'hommes riches qui seraient trop heureux de rendre ce service au pays, à l'éducation, à la science, à l'humanité si on leur en faisait comprendre l'importance.

« Nous nous flatons d'avoir le Code d'éthique le plus parfait qui ait jamais régi une corporation médicale, et nous voudrions le voir adopter dans les autres pays. Et cependant sommes-nous certains que sa réglementation est bien d'accord avec l'esprit et les besoins de notre temps? Qu'un médecin invente un instrument nouveau, le galvanocautère, par exemple, et, d'après le Code, il ne pourra pas, il n'osera pas prendre un brevet. Pourquoi donc le priver de la juste récompense de son travail? Quel bien fait au public le tort qu'on lui impose et qui ne sert qu'à enrichir un fabricant d'instruments? Si quelques membres honorables de notre profession avaient le courage de passer outre, leur exemple établirait des précédents qui feraient tomber la loi en désuétude. N'est-ce pas ce qui est arrivé déjà pour bien d'autres points? Tous les jours le Code d'éthique est violé involontairement ou volontairement par des hommes éminents dans notre profession, des hommes que chacun honore pour leur science, leurs travaux et leurs découvertes. Qui d'entre vous ne prescrit journellement quelque remède non inscrit au Codex, parce que l'usage ou l'intérêt ont établi à cet égard une sorte de tolérance? A ceux qui sont toujours prêts à reprocher la violation du code on n'a qu'une réponse à faire : « Que celui qui se sent coupable en jette la première pierre. »

« Je ne vous demanderai pas si la défense du code n'a pas servi parfois à couvrir des questions de rivalités personnelles. C'est aujourd'hui la première fois que l'on discute publiquement sa valeur. Je ne vous prierais pas de nommer un comité pour sa révision. Laissons-le tel qu'il est. Les hommes honorables n'ont pas besoin de sa protection; ses arrêts n'atteignent point les autres. Ce qu'il faut, c'est élever l'esprit de notre profession à la hauteur de ce code sans formules écrites qui règle les relations entre gens d'honneur : c'est le code reconnu en Angleterre et en France : celui qui le viole est renié, abandonné et végète dans l'oubli. »

Le docteur Sims continue son discours par des considérations sur l'établissement de conseils d'hygiène et de commissions sanitaires dans tous les Etats de l'Union, et termine par un exposé des ravages causés par la syphilis, indiquant à l'administration les moyens les plus pratiques pour empêcher la propagation de ce fléau.

— Après le discours du Président, qui a produit une vive impression sur l'auditoire, la séance est levée pour permettre aux membres des différents comités de se réunir dans leurs sections.

Dr SAFRATY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 3 JUILLET 1876. — PRÉSIDENCE DE N. LE VICE-AMIRAL PARIS.

SUR LA FERMENTATION DE L'URINE, par MM. Pasteur et J. Joubert. (Voy. Gaz. heb., 1876, n° 27, p. 417 et 421.)

HYGIÈNE INDUSTRIELLE (plomb et mercure). — M. Melsens adresse à l'Académie des documents relatifs à l'emploi de l'iodure de potassium comme moyen hygiénique et thérapeutique dans les fabriques où l'on emploie les préparations de plomb et de mercure. (Renvoi à la commission des arts insalubres.)

LA FUCHSINE DANS LES VINS. Note de M. E. Jacquemin. — La fuchsine ou rosaniline est actuellement employée pour remonter en couleur les vins de l'Hérault et même des Pyrénées-Orientales; il est donc utile d'instituer des procédés de recherche de cette matière colorante dans les vins. L'auteur en fait connaître trois : 1° par teinture directe de la pyroxiline ou fulmi-coton; 2° par teinture de la laine au moyen de la fuchsine ammoniacale; 3° par teinture directe de la laine.

CORPUSCULES FERRUGINEUX ATMOSPHÉRIQUES ET FRAGMENT DÉTACHÉS DE LA SURFACE DES MÉTÉORITES. Note de M. G. Tissandier. — L'auteur, après être entré dans de longs détails sur les caractères micrographiques de ces corpuscules, ajoute : « Parmi les poussières ferrugineuses atmosphériques, il en est dont l'origine est extra-terrestre, il en existe d'autres qui sont soulevées par les vents à la surface de la terre ou emportées dans l'air par la fumée de nos usines... Mais cette source terrestre de poussières ferrugineuses n'explique en aucune façon l'abondance extraordinaire de parcelles de fer qui flottent partout dans l'atmosphère et qui se retrouvent dans la neige des régions polaires, dans celle des Alpes, dans les eaux météoriques recueillies au milieu des campagnes; elle est étrangère à l'existence dans l'air de ces innombrables corpuscules nickelifères, dont il faut, selon nous, chercher l'origine dans la poussière qui se détache en pluie de feu de la surface incandescente des météorites. »

PHYSIOLOGIE DE L'APPAREIL MUSICAL DE LA CIGALE. — M. G. Carlet communiqué une note sur ce sujet.

DES CARACTÈRES ANATOMIQUES DU SANG DANS LES ANÉMIES. Note de M. G. Hayem, présentée par M. Vulpian. — Dans cette première note, l'auteur ne s'occupe que des caractères histologiques des globules rouges dans les anémies.

« Les globules rouges, dit-il, ont été étudiés au point de vue de leurs dimensions, de leur forme et de leur couleur :

1. Dimensions. — Le sang normal contient constamment des globules de dimensions diverses. On peut distinguer, à ce point de vue, trois variétés de globules : les grands, les moyens, les petits. Les grands ont un diamètre moyen de 8 μ ,5; les plus grands atteignent 8 μ ,8 (en chiffres ronds 9 μ). Les moyens ont 7 μ ,5 de diamètre; les petits 6 μ ,5 et les plus petits du sang normal 6 μ . On compte en général sur 100 globules : 75 moyens, 12 grands et 12 petits, ce qui donne, pour le diamètre moyen des globules du sang parfaitement normal, 7 μ ,5.

« En ce qui concerne le sang des anémies, il faut distinguer l'anémie aiguë résultant de la perte subite d'une quantité importante de sang, des anémies chroniques, qui durent depuis un certain temps ou s'accroissent d'une manière progressive. Dans l'anémie aiguë, les dimensions des globules restent normales; il en est sensiblement de même du rapport entre les variétés de ces éléments. Au contraire, dans les anémies chroniques ayant acquis une certaine intensité, les dimensions moyennes des globules sont toujours modifiées. Ces modifications sont le résultat : 1° de la présence dans le sang d'éléments dont le diamètre est anormal; 2° d'une altération plus ou moins appréciable dans la proportion des diverses variétés de globules.

1° Le sang des anémies contient presque toujours un certain nombre de globules plus petits que les plus petits globules du sang normal. Le diamètre de ces petits éléments varie de 2 μ ,2 à 6 μ ; les petits globules ne mesurant que 2 μ ,2 à 2 μ ,5 sont rares et toujours peu nombreux, tandis qu'il est fréquent d'en trouver un bon nombre mesurant 3 μ ,3, 3 μ ,8, 4 μ ,5. Les plus communs sont ceux qui mesurent de 4 μ ,5 à 6 μ .

2° Dans les mêmes circonstances et presque aussi fréquemment, on trouve des globules plus volumineux que ceux du sang normal. Ces éléments, qu'on pourrait appeler globules géants, ont des caractères tout particuliers. Ils mesurent en moyenne 10 à 12 μ ; mais j'en ai trouvé de plus larges encore, atteignant 14 μ . Leur forme est régulièrement discoïde, comme celle des éléments normaux; mais ils sont moins nettement aplatis au centre et beaucoup moins épais que les globules sains. D'ailleurs les globules des anémies, quel que soit leur diamètre, paraissent souvent moins nettement excavés et moins épais que les globules normaux.

3° Les rapports que nous avons signalés plus haut entre les globules grands, moyens et petits dans le sang normal, sont, dans le sang des anémies, plus ou moins profondément modifiés. Presque toujours, en effet, on constate dans ce dernier sang une abondance insolite de globules moyens et petits par rapport lesquels il existe une proportion plus ou moins forte de plus petits globules que les plus petits du sang normal. La proportion des globules géants étant toujours très-faible (de 1 à 4 pour 100), ces modifications de diamètre produisent un résultat important, en quelque sorte fondamental, que nous formulons ainsi : *Dans tous les cas d'anémie chronique d'une certaine intensité, la moyenne des*

dimensions globulaires est toujours inférieure à la normale. Elle peut tomber à 7 μ , 6 μ , 5, 6 μ , 5 et même 6 μ .

» Cette diminution du diamètre moyen entraîne un amoindrissement correspondant de la masse formée par les globules, ce qui revient à dire que chez les anémiques, pour un même nombre de globules, le volume de la masse globulaire est sensiblement moindre...

» Lorsque le diamètre moyen des éléments tombe à 7 μ , 100 globules correspondent en volume à environ 80 globules sains ; lorsqu'il descend à 6 μ , 5, 100 globules ne valent plus que 75 globules normaux ; enfin lorsque ce diamètre n'est plus que de 6 μ (ce qui est rare), 100 globules ne représentent plus que 65 globules sains.

» II. *Forme*. — En général les globules altérés des anémiques éprouvent des déformations plus ou moins notables qui semblent indiquer un défaut de consistance. Les déformations portent particulièrement sur les globules moyens et petits...

» III. *Couleur*. — Les globules rouges des anémiques présentent souvent un affaiblissement plus ou moins marqué de leur teinte propre. Cette diminution de coloration porte rarement sur tous les globules ; elle atteint de préférence ceux qui sont déformés ou dont les dimensions sont anormales. Elle est constante et très-marquée dans les globules géants.

» Bien que ces observations aient eu pour objet des cas d'anémie d'origines très-diverses (*chlorose, pertes de sang répétées, cachexie paludéenne, anémie saturnine, cachexie cardiaque, cachexie cancéreuse, tuberculose, etc.*), nous n'avons trouvé aucune altération globulaire spéciale à telle ou telle variété d'anémie.

» Les recherches précédentes établissent, en résumé, que dans toutes les anémies chroniques, quelle qu'en soit l'origine, les globules rouges sont altérés dans leur volume, leur couleur et leur consistance ; que, pour un nombre donné de ces éléments, la masse globulaire est non-seulement moins considérable que celle d'un nombre correspondant de globules normaux, mais encore que cette masse amoindrie contient moins de matière colorante qu'une masse équivalente de globules sains.

ANESTHÉSIE PAR LA MÉTHODE DES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES DE CHLORAL, par M. J. Linhart, médecin de la marine autrichienne. — 7 grammes de chloral ont été injectés en 14 minutes, pour faciliter la réduction d'une luxation de l'humérus. L'anesthésie a duré une demi-heure. Point de vomissement. Aucun accident.

MORPHOLOGIE DU SYSTÈME DENTAIRE DANS LES RACES HUMAINES ET SA COMPARAISON AVEC CELLE DES SINGES. — M. Lambert communique une note sur ce sujet.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 14 JUILLET 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. le ministre de l'Agriculture et du commerce transmet à l'Académie une demande de récompense pour services rendus par mademoiselle Huguet dans la pratique des vaccinations.

L'Académie reçoit : a. Une note de M. Combes sur une épidémie de diphtérie observée dans la commune de Jarzé (Maine-et-Loire). — b. Une lettre de candidature de M. le docteur Peter pour la section de pathologie médicale. — c. Une lettre de candidature de M. le docteur Courty pour la section de médecine vétérinaire (serres, poudrins nationaux). — d. Un ouvrage de MM. Diday et Degen sur les *maladies vénériennes et les maladies cutanées*. (Envoyé à la commission du prix Haré pour 1879.)

M. Bergeron présente à l'Académie, du nom de M. le docteur Lecadre, les statistiques médicales du Havre pour les années 1875 et 1876.

M. Larrey présente, au nom du chirurgien général de l'armée américaine, le Catalogue de la Librairie Médicale de Washington.

CALCULS DE L'INTESTIN. — M. Personne appelle l'attention de l'Académie sur une note présentée par M. Blot et dans laquelle il était question d'un calcul volumineux de l'intestin, dont la densité était de 0,860. Il ne s'agit évidemment que de la densité apparente et non de la densité réelle, car un calcul qui contient une quantité aussi considérable de cholestérine doit avoir une densité plus élevée. La densité de la cholestérine est plus grande que celle de l'eau. M. Personne a analysé un calcul à peu près semblable, et il a trouvé une densité de 1,080. La densité de la cholestérine est difficile à prendre, mais il n'est pas admissible qu'un calcul qui en contient une certaine quantité ait une densité de 0,860.

PANSEMENT OUATÉ. — A propos de l'expérience faite dans la dernière séance par M. Pasteur sur le pansement ouaté, M. Jules Guérin fait remarquer : 1° que le plastron du pansement ouaté ne se présente nullement dans les conditions où s'est placé M. Pasteur avec son appareil ; 2° que l'air libre qui enveloppe de toute part le pansement ouaté n'est soumis à aucune pression, tandis que M. Pasteur emploie l'insufflation pour démontrer le passage rapide de l'air dans le cylindre de son appareil.

M. J. Guérin est tellement convaincu que le bandage ouaté n'est qu'un simple procédé d'occlusion, qu'il avait conseillé d'enduire la surface extérieure du plastron ouaté d'une couche de matière imperméable. Or un chirurgien bien connu, M. Ollier (de Lyon), s'est chargé de reprendre ce desideratum : il a enduit le plastron ouaté d'une couche de silicate et il a obtenu les mêmes résultats qu'avec le pansement ouaté simple.

M. Piory pense également que le pansement ouaté n'agit que par l'occlusion. Il rappelle que ce procédé d'occlusion a déjà été employé au commencement du siècle par Larrey. On employait alors le diachylon. Pourquoi a-t-on remplacé cet agent par la ouate ? Il ne saurait le dire. Quant à lui, il emploie toujours le diachylon pour le pansement des plaies, et cela avec le plus grand succès.

FERMENT DE L'URINE. — M. Pasteur revient sur sa communication de la dernière séance, qui avait été mal interprétée par quelques journaux. On a dit que MM. Pasteur et Joubert n'avaient fait qu'une hypothèse au sujet de la relation de cause à effet entre le ferment organisé de l'urine ammoniacale et le ferment soluble ; que rien, en un mot, ne prouvait que celui-ci était produit par le premier. Il existait cependant une preuve décisive dans sa communication, mais elle a sans doute passé inaperçue parce qu'elle n'était pas assez développée. La voici : Qu'on sème le ferment organisé dont il s'agit dans un liquide nutritif, par exemple dans une décoction d'eau de levure de bière sans aucune addition d'urée, le ferment organisé se multiplie. On filtre et l'on précipite par l'alcool. Le précipité recueilli contient le ferment soluble de M. Musculus, prêt à transformer en carbonate d'ammoniaque une solution aqueuse d'urée. L'absence d'urée dans le milieu nutritif où se propage le ferment organisé empêche le ferment soluble de se détruire pendant sa formation. Les conditions de cette expérience permettent d'établir en outre : 1° que l'urée n'est pas nécessaire à la production du ferment organisé ; 2° que le ferment peut prendre naissance dans un tout autre milieu que l'urine, en dehors de toute présence de mucus vésical. Il est donc difficile, dit M. Pasteur, d'aller plus loin dans la preuve expérimentale des faits contenus dans les communications précédentes.

SOUFFLE PUÉRÉRAL. — M. Depaul résume les arguments qu'il a émis dans la séance précédente sur la théorie utérine. Cette théorie est fondée sur la disposition anatomique du système utérin pendant la grossesse. Il est certain que les artères et les veines qui entrent dans la structure de la matrice subsistent pendant la grossesse en développement qui n'est pas dû à une simple distension des tissus, mais à une véritable hypertrophie. Ces dispositions anatomiques permettent d'expliquer le bruit de souffle. A l'endroit où les artères pénètrent dans le tissu de l'utérus, on les voit se dilater et offrir d'une manière permanente une capacité qui paraît trop grande pour le sang qu'elles ont à recevoir. Cette disposition qui n'existe pas au même degré sur les autres points de l'organe, peut cependant s'y produire sous l'influence de causes diverses dont l'action passagère peut varier à chaque instant. La plus ordinaire semble résider dans les compressions opérées de dedans en dehors par les différentes saillies de l'ovaire foetal.

M. Depaul reproduit ensuite devant l'Académie quelques expériences, à l'aide desquelles il démontre la possibilité du

bruit de souffle dans les artères du volume de celles de l'utérus.

TRAITEMENT DE LA TEIGNE. — M. *Ladroit de La Charrière* donne lecture d'un travail sur le traitement de la teigne. Ce traitement, qui est entièrement nouveau, consiste dans l'emploi d'applications d'huile de croton, rendue moins liquide en l'incorporant dans une matière emplastique.

Académie royale de médecine de Belgique.

SÉANCE DU 8 JUILLET 1876. — PRÉSIDENCE DE M. SOUPART.

M. le docteur *Joseph Devindt*, d'Alout, soumet un travail manuscrit sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Alout en 1874, 1875 et 1876, et sur les causes présumées de cette affeotion.

M. *Bougé*, lieutenant-colonel d'état-major, adresse deux exemplaires d'une brochure intitulée : *ESSAI SUR LE CAMPMENT DES TROUPES, ANALYSE DES LABORATOIRES MILITAIRES ET TENDRE DE PAIX*, et demande que l'Académie veuille bien apprécier les idées qui y sont développées. « Quelques-unes des installations indiquées dans ma brochure, ajoute M. Bougé, ont été exécutées et se trouvent à l'exposition d'hygiène et de sauvetage qui est actuellement ouverte à Bruxelles. »

M. *Borlée* demande, au nom de M. *Henrotte*, pharmacien à Liège, à pouvoir faire le dépôt d'un pli cacheté Ce dépôt est accepté.

M. le Président fait connaître à la compagnie que le bureau a fait près de M. le ministre de l'Intérieur la démarche dont elle l'avait chargé, en vue d'obtenir que le ministre en vertu de son président *Viomnacks* fut exécuté et placé prochainement dans la salle ordinaire des séances, et que l'accueil le plus favorable a été fait à cette demande.

RÉSECTION DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU FÉMUR. — M. *de Roubaix* fait un rapport sur le travail de M. *Servais* : « Quatre observations de résection de l'extrémité supérieure du fémur, une du coude et une autre du genou, toutes suivies de guérison. » Dans un cas de coxarthroscace datant de vingt ans chez un sujet âgé de trente-sept ans, le chirurgien d'Anvers fit une incision commençant à 3 centimètres au-dessus du grand trochanter, et qui lui conduisit vers le bord supérieur, puis vers le bord postérieur de cette apophyse. La peau et les attaches musculaires en furent détachées au moyen d'une rugine spéciale. La cuisse fut ensuite luxée de manière à porter la tête en dehors, et celle-ci fut cernée et abattue au moyen de la scie à chaîne, avec toute l'extrémité supérieure de l'os. Celle-ci était profondément altérée, éburnée en plusieurs points, presque complètement cariée et nécrosée, tandis que la partie du bassin correspondant à la nouvelle articulation paraissait saine. Une bonne quantité de tissu indoluaire fut arrachée avec les doigts ou réséquée avec des ciseaux, et une artère volumineuse torquée. La plaie fut badigeonnée avec parties égales d'huile de lin et d'acide phénique et maintenue béante par des boulettes de charpie imbibées du même mélange. La cuisse fut immobilisée dans sa position normale par un appareil plâtré. Cinq mois après l'opération la plaie était cicatrisée, les fistules supprimées, la santé et les forces revenues; la douleur avait disparu. Au bout de sept mois le malade pouvait se servir de son membre, et sauf un raccourcissement auquel a pu remédier une botte spéciale, celui-ci était apte à rendre les mêmes services que celui du côté opposé.

Les trois autres résections, celles du coude et du genou, n'ont pas eu de suites moins heureuses. Le rapporteur en conclut, avec l'auteur, que ces opérations éminemment conservatrices sont généralement fort négligées et qu'on a le plus grand tort, dans bien des cas, d'y préférer l'amputation.

EXTRACTION DES OS PARIÉTAUX. — M. *Borlée* communique son rapport sur le travail de M. *Dawry*, de Cincy : « De l'extraction des os pariétaux dans certains cas de distopies. » Remerciements à l'auteur et dépôt aux archives.

UNIVERSITÉS. — M. *Rommelaere* lit le rapport de la commission à laquelle a été renvoyée la proposition de M. *Croq*, tendant à l'émission du vœu qu'à l'avenir le gouvernement prenne des mesures pour que les universités soient mises à même de se recruter facilement sans devoir recourir à

l'étranger. Ce rapport, riche de considérations élevées et de vues pratiques, se termine ainsi :

« Multiplier les missions scientifiques à l'étranger sous certaines garanties; développer les laboratoires des hautes études dans les établissements universitaires; instituer des suppléants à titre provisoire dans les différents cours des Facultés de médecine, en ayant soin que ces suppléants comportent un caractère scientifique, telles sont les mesures que votre commission croit pouvoir recommander à l'attention des établissements d'enseignement supérieur, pour faciliter le recrutement des professeurs. »

ÉTILOGIE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — MM. *Bribosia*, *Hambursin* et *Fossion* exposent quelques idées générales. La discussion continuera.

COMITÉ SECRET. — M. *Wartomont* a déposé, dans la précédente séance, le rapport de la commission centrale, à laquelle avait été renvoyé l'examen de la demande faite par la 4^e section (section d'hygiène et de médecine publique), que « vu l'importance et le développement qu'ont pris depuis la fondation de l'Académie l'hygiène, la médecine légale et la police médicale, le nombre des membres composant cette section fut porté de trois à cinq ». Les conclusions de ce rapport ont été adoptées à l'unanimité. Elles sont ainsi conçues :

« Considérant qu'il importe de ne toucher aux limites de la section, la commission se borne actuellement à émettre le vœu : »

Quant au premier point, « que l'Académie fasse à l'avenir, dans le choix de ses membres, une part plus large aux spécialités de l'hygiène, de la médecine légale et de la police médicale. »

Quant au second point, « que, dans le choix de ses correspondants régionaux, la compagnie tienne compte à l'avenir des nécessités du recrutement des membres titulaires dans les diverses sections. »

— La prochaine séance aura lieu après les vacances, le 30 septembre.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 23 JUN 1876. — PRÉSIDENCE DE M. EMPIS.

TUBERCULES DU PHARYNX. — ACCÈS ÉPILEPTIFORMES CAUSÉS PAR LA PRÉSENCE DANS L'INTESTIN DE TROIS VERS SOLITAIRES, ET GUÉRIS PAR L'ÉXPULSION DE CEUX-CI; DISCUSSION.

M. *Valin*, du Val-de-Grâce, montre une pièce anatomique recueillie chez un phthisique de quarante-trois ans, atteint d'une pharyngite ulcéreuse de nature tuberculeuse.

Les ulcérations avaient non-seulement occupé le pharynx, mais aussi envahi le voile du palais. Chaque fois que, pendant la vie, on avait vu une poussée nouvelle d'ulcérations dans la gorge, on avait observé les signes d'une poussée de granulations pulmonaires.

M. *Férol* pense que la rareté des ulcérations tuberculeuses du voile du palais est une rareté ici pour rejeter la nature tuberculeuse des lésions de la gorge. Par contre, la scrofuleuse de la gorge produit des ulcérations analogues à celles que présente M. *Valin*, et il n'y aurait rien de bien extraordinaire à ce que le même sujet ait porté des tubercules dans le poumon et des ulcérations scrofuleuses dans le pharynx.

M. *Valin* repousse cette interprétation. Le sujet dont il s'agit, âgé de quarante-trois ans, n'avait jamais présenté une seule trace de scrofule.

M. *Bucquoy* ne partage pas les doutes de M. *Férol*. Pour lui, ce sont bien là des ulcérations tuberculeuses.

M. *Guyot* fait remarquer que, dans ce cas, les ulcérations de la gorge sont bien délimitées, séparées les unes des autres,

de qui constitue un caractère des ulcérations tuberculeuses. Dans les scrofules, on voit bien, au contraire, la réunion, la fusion des ulcérations voisines ou une seule ulcération profonde et étendue. Cette remarque lui a permis, récemment encore, de diagnostiquer des ulcérations tuberculeuses qu'il observait avec M. Archambault sur un petit malade atteint de phthisie pulmonaire.

M. Desnos partage l'avis de MM. Buequoy et Guyot. Il fait observer que les ulcérations jaunâtres, voisines des ulcérations plus grandes, sont en tout analogues à celles que l'on a constatées plusieurs fois déjà dans les lésions tuberculeuses de la langue.

M. E. Isambert déclare que, pour lui, il n'y a pas de doute : ce sont bien des ulcérations tuberculeuses et de nature miliaire. Cette tuberculose miliaire des premières voies respiratoires qu'il a en occasion d'étudier n'est pas très-rare. Il aura prochainement l'occasion de montrer à ses collègues un cas très-net de tubercules miliaires de l'épiglote.

M. Féréol cite un fait intéressant qu'il vient d'observer à la Maison municipale de santé. Il s'agit d'un individu qui, depuis plusieurs années, était en proie à des accès convulsifs épileptiformes. On le traitait, comme épileptique et sans succès, par le bromure de potassium. Le malade avait des vertiges fréquents et des accès convulsifs tous les quinze jours environ. Il avait remarqué une sorte d'alternance dans la force des crises : le cinquième jour après la nouvelle lune l'attaque était plus intense.

Un jour le malade raconta que, depuis 1872, il rendait souvent des fragments de ténia dans les garde-robes. Cet individu avait été miliaire en 1870, et il avait mangé souvent alors de la viande crue, des saucisses et de la charcuterie peu cuits.

M. Féréol prescrivit une dose de koussou qui amena l'expulsion d'un paquet de ténias dans lequel il découvrit, au milieu de fragments nombreux et plus ou moins longs, trois têtes du *ténia solium* armé.

Depuis cette époque le malade n'a plus eu de crises épileptiformes.

M. Delasiauve émet quelques doutes sur la réalité de la guérison du malade de M. Féréol au point de vue de ses accès épileptiques. Les sujets atteints du mal comitial peuvent comme d'autres contracter le ténia. Quand on expulse le vers, il arrive que les crises épileptiques sont éloignées pour quelque temps par suite de la perturbation apportée par le traitement anthelminthique, mais au bout d'un certain temps les accès reparaissent comme par le passé.

M. Féréol répond que son malade n'avait pas d'accès franchement épileptiques types, et que pour lui ces accès étaient provoqués par la présence du vers dans l'intestin.

M. Guyot partage l'opinion de M. Féréol. Il trouve là réunis les caractères des accès épileptiques symptomatiques du ténia : l'âge du sujet, la présence des vers, et la cessation des accès après l'expulsion des ténias.

M. Homolle a observé également un cas d'épilepsie symptomatique du ténia. La guérison s'est opérée après l'expulsion du parasite.

Quant à la multiplicité du vers solitaire chez un même individu, il a connu un charcutier septuagénaire qui, après plusieurs tentatives infructueuses, était parvenu à se débarrasser en une seule fois de sept ténias réunis en un bloc énorme. Le fils de ce charcutier a été aussi atteint du ténia, mais chez lui, il n'y en avait qu'un seul dans l'intestin.

M. Buequoy ayant fait expulser tout récemment avec le koussou un botriocéphale en conclut que le malade avait dû contracter ce vers en Suisse ou sur les bords de la Baltique où l'espèce botriocéphale est commune. Il apprit alors que le malade avait séjourné en 1854, dans la Baltique, et il se

demande si l'on peut conserver pendant vingt-deux ans un ténia dans l'intestin, ou en d'autres termes quelle est la longévité des vers intestinaux ? C'est là une question fort difficile à résoudre.

A. L.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 28 JUILLET 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. HOUEL.

CORRESPONDANCE. — INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LES TRAUMATISMES. — LUXATIONS DU POUCE EN AVANT.

La correspondance comprend : 1° Une observation de M. G. Puel (de Figeac) : fracture du calcaneum par écrasement, avec complication de plaie ;

2° Un mémoire de M. Gauvy (de Déziers) sur la dystocie ;

3° Un travail de M. Giraud (de Paris) sur le traitement du tétanos par l'emploi à l'extérieur de l'acide sulfurique.

— M. Guéniot lit les conclusions d'un travail relatif à l'influence de la grossesse sur le traumatisme.

1° Si l'on s'en rapporte aux faits publiés jusqu'à ce jour, dans la très-grande généralité des cas, l'état de grossesse n'exerce sur le traumatisme aucune influence nuisible. Ainsi, les contusions et les plaies, de même que les luxations et les fractures, ne déterminent pas, chez les femmes enceintes, une plus forte proportion de mortalité que chez les autres individus ; de plus, la guérison des lésions s'effectue selon le mode habituel et dans les limites de durée qui sont propres à chaque variété de traumatismes.

2° Cette règle, néanmoins, comporte les exceptions suivantes :

a. Lorsque le traumatisme affecte la zone génitale, il peut se trouver soit ralenti, ou compliqué dans sa marche, soit aggravé dans sa terminaison par le fait même de la grossesse ;

b. Il en est de même lorsque, la gestation ayant dépassé le troisième mois de son cours, le traumatisme intéresse les membres inférieurs, ou une région qui est le siège d'une altération vasculaire. Dans ces conditions (spécifiées en a et en b), les complications ordinaires du traumatisme sont l'hémorragie, l'angioleusite, l'érysipèle, la gangrène et l'atonie ulcéreuse ;

c. En ce qui concerne spécialement les fractures, quoique, pendant la grossesse, les cas de non consolidation soient très-exceptionnels, cependant cette fonction ne peut être toujours exonérée d'une certaine influence dans le retard apporté à la formation du col ou à la solidité du col ;

d. Dans les cas de grossesse compliqués (surtout si la complication est de celles qui prédisposent à l'expulsion prématurée de l'œuf), les traumatismes, en déterminant la fausse couche, acquièrent parfois indirectement une gravité toute exceptionnelle ; car alors la femme se trouve exposée aux divers accidents qui appartiennent en propre à l'état de couches (métrorrhagie, métropéritonite, phlébite extérieure, etc.).

3° Quant à l'état de couches, contrairement à l'opinion reçue, il ne s'oppose le plus souvent ni à la cicatrisation régulière des plaies, ni à la consolidation des fractures, pourvu que ces lésions soient contemporaines de la grossesse ou de l'accouchement. Les exceptions à cette règle doivent être imputées, soit à la région spéciale (zone génitale) que le traumatisme a intéressée, soit au mouvement fébrile qui accompagne quelquefois la fluxion des seins, soit surtout à une disposition morbide générale ou locale de la femme.

Pour les traumatismes d'une origine postérieure à la parturition, ils paraissent offrir, au contraire, une gravité particulière, qui serait en rapport avec le trouble apporté à la régession physiologique des organes. De là, l'indication de différer, jusqu'à trois ou quatre mois au delà de l'accouchement, la pratique des opérations non urgentes, qui doi-

vent porter sur la zone génitale, ou même sur les membres inférieurs.

4° On peut s'expliquer que la grossesse, malgré les modifications qu'elle imprime à l'économie, n'exerce généralement aucune action convenable sur les traumatismes, en considérant :

a. Qu'il s'agit, dans les cas de grossesse simple, des modifications purement physiologiques, et non de modifications morbides, comme le sont celles de la scrofule, du diabète, de la syphilis, etc ;

b. Que l'une de ces modifications engendrées par la grossesse consiste dans l'existence d'une pléthore gangréneuse massive (pléthore par quantité) et que, par suite, l'hématose globulaire se trouve restreinte au degré qu'exalte la force plastique, nécessaire à la réparation des tissus.

5° C'est à cette propriété sarcogénique de la grossesse qu'il convient d'attribuer l'accroissement rapide, pour ainsi dire, que prennent très-souvent, pendant la gestation, certaines tumeurs de natures non bénignes.

6° Enfin, comme conséquence de ce qui précède, il résulte que les plaies chirurgicales sont loin d'offrir, pendant la grossesse, la gravité qu'on leur suppose, et que, dans le cas de tumeurs à développement brusque et rapide, c'est à l'extirpation et à l'amputation que l'on doit avoir recours, plutôt qu'à l'accouchement provoqué.

M. Verneuil. La réponse de M. Guéniot renferme moins et plus que M. Verneuil en demandait. Il voulait des faits nouveaux, une statistique intégrale, et quant à la généralisation, M. Verneuil ne la risquait pas en ce moment, la question n'étant pas assez mûre. M. Guéniot n'a pas apporté des faits nouveaux, mais il a apporté des statistiques constituées avec des faits pris à droite et à gauche, et qui ne peuvent servir à établir des conclusions. Un certain nombre de ces faits ont peu de valeur ou ne prouvent rien ; d'autres observations ont été publiées à titre de curiosité parce que les accidents traumatiques ont la réputation de porter une grave atteinte à la grossesse ; on a donc publié surtout les faits où il n'y avait pas avortement après des accidents graves ; les autres ont été passés sous silence, ainsi donc il n'y a pas de statistique intégrale.

La généralisation est donc précoce. M. Guéniot a formulé un grand nombre de conclusions ; les unes n'avaient pas besoin de démonstration, les autres prêtent beaucoup à la critique. Ce que M. Guéniot donne comme exception est peut-être la règle, et réciproquement. Pour juger cela, il faut prendre de nouvelles observations. Bien qu'il en existe trois cents dans les annales de la science, ce n'est pas assez pour donner la solution de la question.

M. Guéniot a parlé de l'état de santé ou de maladie de la femme, de l'irritabilité de l'utérus, de l'état de l'œuf, mais il faut de nouvelles recherches pour démontrer l'influence de ces divers états. M. Guéniot dit que les lésions traumatiques évoluent bien chez les femmes enceintes, et il établit cela avec des observations dans lesquelles la marche de ces lésions n'est pas décrite. La durée des lésions traumatiques est très-variables à part les fractures, la durée ne peut aucunement être exprimée par des chiffres.

Pour les fractures, 25 fois sur 100, chez les femmes enceintes, il y a retard dans la consolidation. La femme accouche, et le travail réparateur reprend sa marche ; la consolidation s'est faite.

Et la tendance pyogénique de la grossesse est-elle favorable ? Evidemment non. Toutes les complications graves sont marquées par une tendance à faire du plus, en grande quantité. Et le phagédénisme, et les végétations chez les femmes enceintes, est-ce que c'est une prolifération favorable ? Pour démontrer si telle tendance est bonne ou mauvaise, il faut de nouveaux faits ; on généralisera plus tard.

M. Le Dentu rapporte deux faits qu'il a observés. Il y a

trois ans, une femme de dix-huit ans, d'une belle santé, portait un sarcome kystique dans la région du cou ; l'opération fut suivie de guérison. Quelque temps après, la tumeur récidiva ; la malade était enceinte de quatre mois ; M. Guyon fit l'opération. La malade guérit sans avorter. Il n'y eut aucun accident pendant la période de cicatrisation.

Une autre dame, enceinte de six mois, reçoit un coup de pied à la mamelle droite ; il en résulte un abcès énorme. M. Le Dentu ouvre cet abcès et place un drain. La guérison fut rapide, et la grossesse continua.

M. Potrilion. Une femme enceinte de huit mois s'enfonce une épingle dans la fesse ; incision et extraction du corps étranger. Réunion par première intention.

Une autre femme, enceinte de sept mois, ayant eu quatre enfants, reçoit un coup de pied dans la zone génitale ; la grande lèvre droite est noire et tuméfiée, l'épanchement sanguin se résorba sans suppurer et la malade n'avorta pas.

Troisième cas. Phlegmon de la manelle chez une femme enceinte de huit mois et demi ; accouchement à terme ; le phlegmon suppure après l'accouchement.

D'après ce que M. Polaillon a vu, les blessures guérissent pendant la grossesse à peu près comme à l'état normal. Si la malade est albuminurique ou glycosurique, les plaies marcheront mal, même en dehors de la parturition.

Est-on autorisé à faire l'accouchement prématuré dans certaines maladies chirurgicales ? Non. Il vaut mieux opérer pendant la grossesse que de faire avorter la malade. Toutefois, quand il s'agit d'une ulcération vulvaire phagédénique, ou de varices enflammées de la jambe, si le cas est grave, le chirurgien doit provoquer l'accouchement prématuré.

M. Guéniot dit que de nouveaux faits seront bien accueillis, il voudrait que M. Blot produise ses observations que confirment peut-être les conclusions de M. Guéniot.

M. Tarnier ne comprend pas bien la distinction que fait M. Guéniot entre l'irritabilité et la contractilité de l'utérus ; l'utérus est toujours contractile, toujours plus ou moins irritable, et on ne peut pas savoir avant l'accident si l'utérus est plus ou moins irritable. Parfois, sous l'influence de moyens simples, on produit l'expulsion de l'œuf ; d'autres fois on a beaucoup de peine à déterminer l'avortement ; une femme a un utérus qui se contracte facilement, et l'autre non ; mais ce n'est pas là un état pathologique.

M. Tarnier admet que la maladie de l'œuf peut amener une fausse-couche ; mais on a rarement l'occasion de constater cette maladie de l'œuf ; M. Guéniot aurait dû apporter des preuves à l'appui.

Quand une fausse-couche arrive, la femme se trouve en état puerpéral ; cet état est défavorable pour les lésions traumatiques ; il faut donc éviter les opérations chirurgicales chez les femmes grosses, afin d'éviter l'avortement et l'état puerpéral consécutif. Tout le système vasculaire, surtout depuis le bassin jusqu'aux pieds, est hypertrophié. Si une varicelle est ouverte, la femme peut mourir d'hémorragie.

— M. Farabeuf lit un mémoire sur la luxation du pouce en avant. Bien que cette lésion soit considérée comme rare, M. Fothergill en a rassemblé vingt cas dans sa thèse, et M. Farabeuf estime que le nombre des luxations du pouce en avant est plus fréquent encore.

Comité mécanisme, on trouve le plus souvent une chute sur la pulpe du pouce. Pour que la luxation se produise, il faut que tous les ligaments métacarpo-phalangiens soient rompus ; M. Farabeuf démontre cela sur deux luxations du pouce en avant trouvées sur des cadavres à l'École pratique.

Il y a trois sortes de luxations du pouce en avant :

1° Luxation du pouce en avant, les tendons extenseurs restent sur le dos de la phalange ; cette variété n'a pas été désignée ;

2° Luxation du pouce en avant et en dedans ; les tendons des extenseurs sont en dedans de la tête du métacarpien ;

3° Luxation du pouce en avant et en dehors ; les tendons extenseurs sont en dehors de la tête du métacarpien ;

Dans deux observations, il y avait interposition des tendons extenseurs entre les surfaces articulaires. Pour réduire, on dirigea la phalange de manière à dégager les tendons.

Quand les tendons sont en dedans de la tête du métacarpien, l'ongle du pouce regarde l'index. Quand ces tendons sont en dehors, l'ongle du pouce regarde en dehors. Le pouce tourne ainsi à cause de la conformation de la phalange, comme l'a indiqué un auteur allemand.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 1^{er} JUILLET 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

CERVEAUX D'IDIOTS : M. LUYS. — MODIFICATIONS DU TISSU CÉRÉBRAL SOUS L'INFLUENCE DE L'ACIDE NITRIQUE VARIATIONS SUIVANT LES CAS : M. LUYS. — ÉTUDES SUR LA NATURE DU PURPURA HÉMORRHAGIQUE : M. HAYEM. — INOCULATIONS D'AFFECTIIONS DE LA PEAU : M. VIDAL. — RECHERCHES SUR LES PARALYSIES SARTURNINES : M. RAYMOND. — ÉTUDES SUR LA DISPOSITION DU NERF FACIAL DANS LE BULBE RACHIDIEN : M. MATHIAS DUVAL.

M. Luys présente à la Société plusieurs cerveaux. Les uns proviennent de sujets jouissant de l'intégrité de leurs fonctions intellectuelles, les autres appartenant à des idiots. Le présentateur fait ressortir les caractères distinctifs : sur ces derniers, on constate une atrophie notable des circonvolutions frontales antérieures et surtout des lobes carrés.

M. Claude Bernard fait remarquer que ces atrophies ne sont pas constantes, ou tout au moins souvent inappréciables à l'œil nu. La science est bien peu avancée sur ce point. Les études de M. Luys ont donc un très-grand intérêt.

— M. Luys a observé dans ces derniers temps une particularité très-curieuse dans le durcissement des cerveaux. Lorsqu'on soumet des cerveaux à la macération dans l'acide azotique, toutes les conditions étant d'ailleurs les mêmes, les cerveaux ne se comportent pas de la même manière : les uns ne subissent aucune modification dans la situation réciproque des circonvolutions ; d'autres, au contraire, subissent une raréfaction telle, que les circonvolutions semblent écartées les unes des autres. Jusqu'ici tous les cerveaux ou M. Luys a observé ce fait avaient appartenu à des cancéreux.

— M. Hayem communique des recherches très-importantes qu'il a faites sur la nature du *purpura hemorrhagica*. Il s'agit d'un homme, âgé de trente-deux ans, qu'il a étudié dans son service à l'hôpital temporaire. Cet homme, cuisinier de son état, avait vécu dans des conditions hygiéniques assez favorables : on ne retrouve chez lui aucune cause appréciable de la maladie. Il fut pris d'abord d'un malaise mal défini, sans prédominance dans aucun organe. Cet état dura quinze jours, après quoi les hémorrhagies se montrèrent : piqueté scorbutique de la peau, épistaxis peu abondantes, mais répétées et fréquentes, écoulement sanguin par l'oreille droite, hémorrhagie gingivale incessante. L'état anémique résistant à tout traitement et la cachexie devenant profonde, M. Hayem pratiqua une transfusion de sang. L'amélioration fut réelle, mais de très-courte durée ; la cachexie s'accrut très-vite et le malade, pris de délire, ne tarda pas à succomber. La température présenta une marche assez irrégulière : elle s'éleva notablement d'abord après la transfusion, puis encore plus pendant les derniers jours. L'examen du sang, fait avec soin pendant la vie, présenta des particularités intéressantes : le nombre des hématies était très-bas (1 100 000). Le sang renfermait un nombre considérable d'éléments blancs très-différents des leucocytes ; les plus petits, du volume d'un globulin,

étaient constitués par une masse de protoplasma dans lequel on voyait un noyau pâle finement granuleux avec un nucléole très-net ; d'autres, plus volumineux que les globules blancs parfaits, renfermaient plusieurs de ces noyaux dans une gangue de protoplasma. En résumé, ce sont, pour M. Hayem, des éléments embryonnaires produits de segmentation cellulaire.

L'autopsie ne put être faite complètement, à cause de l'état de putréfaction très-avancé du cadavre ; elle fournit cependant des résultats importants : La rate est très-volumineuse, le foie décoloré et jaunâtre par places ; reins pâles, jaunâtres ; suffusion sanguine sous les méninges ; taches noirâtres à la surface des circonvolutions cérébrales. L'examen microscopique des taches de la peau démontre que les cellules de la membrane interne de certaines artères étaient en voie de prolifération. Au centre de ces taches, on trouvait une artériole oblitérée par un caillot renfermant des cellules de la paroi desquamée. Il est impossible de décider s'il y avait là thrombose ou embolie. Les artérioles des méninges et du cerveau présentaient des lésions analogues. Ces faits sont surtout intéressants si on les rapproche des lésions constatées dans le foie. M. Hayem y a rencontré des lésions identiques à celles qu'il a constatées en commun avec M. le professeur Vulpian dans une forme de pyohémie. Décrites sous le nom de taches anémiques et d'abcès miliaires, elles sont produites par l'arrêt du cours du sang dans les lobules, et l'accumulation des leucocytes dans les capillaires avec extravasation de ces éléments.

Il semble donc, dit M. Hayem, que la maladie de Werlhof rentre dans la classe des maladies infectieuses septicémiques avec altération grave du sang.

— M. Vidal communique à la Société de nouveaux faits d'inoculation des maladies de la peau. Il est parvenu à obtenir l'auto-inoculation de l'*impetigo contagiosa*, et l'éruption d'inoculation était remarquable par le volume de ses bulles.

— M. Raymond fait à la Société une communication sur les paralysies sarturnines ; elle peut se résumer ainsi : 1° la paralysie sarturnine peut commencer par l'extenseur propre de l'index et l'extenseur du petit doigt ; 2° les muscles des mains, chez les peintres, peuvent être également paralysés à droite et à gauche ; 3° la contractilité musculaire peut disparaître progressivement dans les différents faisceaux du muscle deltoïde ; 4° le court extenseur du pouce conserve souvent sa contractilité alors que les autres muscles sont paralysés ; 5° le biceps se paralyse quelquefois ; 6° la perte de la contractilité électrique peut précéder celle de la contractilité volontaire ; 7° lorsque les muscles de la face postérieure sont paralysés, que ces muscles ou les os sont atrophiés, le courant électrique passe avec la plus grande facilité dans les muscles fléchisseurs ; 8° il existe des cas d'hémiplégie d'origine sarturnine ; 9° l'empoisonnement par le plomb peut engendrer d'autres troubles cérébraux, mouvements choréiques, ataxie, tremblements, etc., susceptibles de guérison ; 10° le mercure, comme l'a démontré M. Gubler, peut engendrer des paralysies de tous points semblables à la paralysie sarturnine ; 11° la colique sarturnine, d'après ce professeur, a son siège dans les parois de l'intestin ; en effet, en prenant entre les doigts les muscles des parois abdominales on ne produit pas de douleur ; on en détermine une intolérable en pressant sur l'intestin. La douleur musculaire des parois du ventre peut exister chez les sarturnins ; elle disparaît alors avec la plus grande facilité sous l'influence des courants faradiques.

— M. Mathias Duval dit que le nerf facial, pour arriver à son double noyau dans le bulbe, suit un trajet très-complexe qui rappelle par ses courbes celui qu'il décrit dans l'aqueduc de Fallope. La première courbe, genou du facial à des fibres communes avec le moteur oculaire externe. Un second

noyau, vrai noyau du facial, est situé sous les couches superficielles des fibres arciformes dans l'olive supérieure. Le facial, contrairement à ce qu'a dit Meynert, n'aurait pas de fibres radiculaires directs.

SÉANCE DU 8 JUILLET 1876. — PRÉSIDENCE
DE M. CLAUDE BERNARD.

DE L'INFLUENCE QU'EXERCENT CERTAINES LÉSIONS DU SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHÉRIQUE SUR LE CERVEAU : M. LUYSS. — ALTÉRATIONS DU SANG CONSÉCUTIVES À L'INJECTION D'AIR DANS LA VEINE PORTE : M. PICARD. — APPAREIL RESPIRATOIRE DES NYMPHES PENDANT LA MÉTAMORPHOSE : M. KUNKEL. — FORMATION DE L'ALLANTOÏNE PAR SYNTHÈSE : M. GRIMAUX. — QUELQUES RÉFLEXIONS SUR L'ACTE DE L'AUDITION : M. GELLÉ. — CAS DE COMPRESSION DE LA MOELLE ÉPINIÈRE AVEC PHÉNOMÈNES NORMAUX : M. COUTY.

M. Luyss rapporte des cas destinés à montrer l'influence de certaines lésions du système nerveux périphériques sur le cerveau ; il démontre que quand une portion de la périphérie du système nerveux cesse d'agir il se produit des variations de l'écorce grise. Cette nouvelle manière d'étudier les localisations cérébrales est peut-être appelée à rendre de grands services. M. Luyss cite quatre cas.

1^o Amputation de la jambe gauche datant de vingt ans, atrophie de la circonvolution frontale ascendante du côté opposé ; atrophie du côté correspondant moins marquée et transmise par les fibres commissurales.

2^o Surdité datant de quarante ans, dans le cerveau anastomose par un pont de nouvelle formation entre la frontale ascendante et la pariétale ascendante.

3^o Amaurose bilatérale datant de douze ans, ramollissement superficiel au niveau des première et deuxième circonvolutions frontales.

4^o Rhumatisme chronique très-prononcé avec immobilité absolue, circonvolution pariétale ascendante droite plissée.

— M. Picard, à la suite d'injections d'air dans le système de la veine porte, a remarqué une diminution notable de la fibrine du sang (de 3,8 à 1,2), ce qu'il attribue à ce que le sang ne traverse plus le foie.

— M. Kunkel fait une communication sur les phénomènes respiratoires des nymphes pendant la métamorphose.

— M. Grimaux a pu reproduire l'allantoïne par synthèse (C⁴H⁶Az²O³) ; jusqu'ici l'on n'avait encore obtenu ainsi aucun corps de la série urique.

— M. Gellé continue le cours de ces communications sur la physiologie de l'audition. Il démontre 1^o que c'est dans la zone postérieure qu'il faut chercher les premiers signes de la surdité ; 2^o qu'un son transmis par les os du crâne à une oreille est transporté à l'autre par l'air extérieur.

M. Couty présente les pièces provenant d'un malade âgé de vingt-quatre ans mort de compression de la moelle, dans le service de M. le professeur Villemin, au Val-de-Grâce ; et dont l'observation diffère en plusieurs points des descriptions classiques.

La compression était due à une altération du sixième cartilage dorsal, avec destruction très-incomplète et déviation angulaire des deux vertèbres correspondantes, sans abcès intra-vertébral ou autre coïncidant avec des foyers caséux aux sommets des poumons.

La marche a été rapide ; premier symptôme d'affaiblissement le 10 février, mort le 25 juin.

Troubles précoces de la sensibilité, déjà diminuée le 25 février ; en avril, sensations caloriques seules perçues, et pendant quelques jours sensations associées ; en mai, anesthésie complète, mais cessant à l'ombilic, c'est-à-dire ne comprenant pas toute la zone paralysée.

Fonctions vésicales gênées vers les 10 mars ; miction

involontaire après le 1^{er} avril, coïncidant ou non avec la distension inconstante de la vessie ; urines abondantes (deux à deux litres et demi) ; urines très-alcalines, dès leur sortie, irritant le méat qui s'ulcère, et donnant un précipité blanchâtre très-abondant de phosphate ammoniac-magnésien et d'urate d'ammoniaque. Puis vers le 10 mai, l'alcalinité des urines cesse, au moment où se produit une pleurésie hémorrhagique gauche, ponctionnée le 15 mai, pleurésie suivie d'une thrombose de la région iliaque gauche ; les urines redevenant alcalines le 15 juin ; la vessie n'a pas été sondée ; pas de lésions vésicales ou rénales.

Paralysie des membres inférieurs complète le 20 mars ; puis secousses et crampes momentanées : en juin seulement, contracture constante des membres inférieurs, avec augmentation marquée de l'excitabilité réflexe. Le 15 mai, le volume de la cuisse est devenu moindre de 5 centimètres, et la diminution de la contractilité faradique des muscles des membres inférieurs, déjà constatée le 5 avril, est devenue considérable.

Enfin ce malade a présenté des troubles vaso-moteurs et caloriques très-curieux, portant à la fois sur les membres supérieurs et inférieurs. Il y a eu d'abord aux extrémités des sueurs qui n'ont pas persisté ; les membres inférieurs sont pâles ; les mains et les avant-bras sont légèrement cyanosés, violacés par place.

Les mains et les pieds sont très-refroidis, leur température variant de 22 à 30 degrés, jusqu'au 8 mai. Alors survient de la fièvre due d'abord à la pleurésie, plus tard à des eschares multiples. Avec la fièvre, la cyanose disparaît, mais les extrémités restent relativement froides ; et l'égalisation de température des parties centrales et périphériques, constante chez les fébricitants normaux, comme l'a montré récemment M. Couty, a été bien moins complète chez ce fébricitant dont la moelle était comprimée.

Elle a été surtout moins régulière, moins générale, au moment de la pleurésie du 10 au 24 mai ; la température axillaire variant de 38 à 39,5, la température des mains s'élève entre 33 et 40 degrés ; celle des pieds reste à peu près stationnaire.

Au contraire, au moment des eschares et des inflammations multiples des fesses et de la cuisse, la température axillaire variant entre 38 et 40 degrés, la température des pieds s'élève entre 33 et 40 degrés ; celle des mains reste au contraire à son tour stationnaire.

Cette triple courbe axillaire palmaire et plantaire prise jour par jour du 14 mai au 23 juin, montrerait donc que la moelle étant séparée ; chaque lésion inflammatoire modifie surtout la température des parties périphériques correspondantes. C'est à l'aide de faits semblables qu'on pourra fixer le rôle thermique de la moelle et des centres nerveux, et discuter les théories vasculo-cardiaques de la fièvre.

Cette observation sera complétée par l'examen microscopique de la moelle.

H. CHOUPEE.

REVUE DES JOURNAUX

Notes de thérapeutique recueillies aux cliniques des malades de la peau de M. le professeur Hardy, à l'hôpital Saint-Louis, par le docteur ORY, ancien interne des hôpitaux.

AFFECTIONS PARASITAIRES.

I. PARASITES VÉGÉTAUX. — a. De la trichophytie. — M. Hardy rassemble trois affections qu'il considère comme identiques, le sycois, l'herpès tonsurant, l'herpès circiné. L'origine commune de ces trois affections est un champignon, le trichophyton.

Herpès tonsurant. — Commencer par l'épilation, parce que le siège du parasite est l'intérieur du cheveu, puis laver avec la solution suivante :

Eau.....	500 grammes.
Sublimé.....	1 —

Pour compléter le traitement, on doit faire matin et soir une friction avec une pommade parasiticide, soit celle par exemple au turbith minéral que l'on continuera jusqu'à ce que les cheveux repoussent.

Cold cream ou axonge.....	30 grammes.
Turbith minéral.....	2 —
Camphre.....	1 —

Herpès circiné. — Ici l'épilation, qui est dans ce cas souvent presque impossible, n'est pas indispensable; on peut faire des lotions au sublimé, des frictions avec la pommade au turbith minéral au trentième, ou bien avec la pommade suivante :

Axonge.....	30 grammes.
Soufre.....	1 à 1 gr. 50.
Sous-carbonate de potasse.....	0 gr. 25 à 0 gr. 50.

Sycosis. — Épilation de la barbe, cataplasmes de fécule, bains de vapeur, purgatifs légers, lotions de sublimé et onctions avec les pommades antiparasitaires à base de cuivre, de soufre ou de mercure.

b. **Teigne pelade** (porrigo decalvans) produite par le champignon *Microsporon Andouini*. L'affection étant contagieuse, on doit isoler le malade. A la troisième période, l'alopecie devient irrémédiable; on devra employer au début l'épilation, ou bien se contenter de raser le malade, puis faire des lotions au sublimé.

c. **Teigne favéuse**, produite par l'*Achorion Schœnleinii*; elle amène à sa suite la destruction des follicules pileux et l'atrophie du cuir chevelu. Voici la marche du traitement: cataplasmes pour faire tomber les croûtes de favus et d'impétigo; au bout de quelques jours, après avoir coupé les cheveux très-courts, on les épile un à un, et immédiatement après on fait des lotions au sublimé avec une éponge ou un pinceau; faire enfin des onctions avec de la pommade au soufre ou au turbith minéral.

d. **Crasses parasitaires** (pityriasis versicolor); on emploiera les préparations sulfureuses sous forme de bains ou de pommades :

Axonge.....	30 grammes.
Soufre sublimé.....	2 —

II. PARASITES ANIMAUX. — a. **Gale** (*Acarus scabiei*). — Cette affection ne peut être guérie qu'en détruisant le parasite : ce qui peut être fait en moins de deux heures par le traitement de M. Hardy. On commence par frotter le malade, sur tout le corps, avec du savon noir étendu d'eau, puis, après avoir fait prendre un bain tiède de quarante minutes pour ramollir l'épiderme, on frotte rudement tout le corps avec la pommade suivante :

Axonge.....	300 grammes.
Fleur de soufre.....	50 —
Sous-carbonate de potasse.....	25 —

Il faut renouveler deux jours de suite la friction précédente, puis les jours suivants on fait prendre des bains émollients pour diminuer la démangeaison qui succède souvent aux frictions. — Lorsque le malade se présente avec des éruptions secondaires assez intenses pour ne pas permettre de supporter la friction, avant de procéder à cette dernière on devra diminuer les phénomènes inflammatoires par des émollients, bains, cataplasmes, etc.

b. **Phthiriose ou maladie pédiculaire.** — On doit distinguer trois espèces de poux: le pou de tête, le pou de corps et le pou

du pubis. Comme traitement des accidents qu'ils amènent avec eux, prurigo à grosses papules, impetigo granulata, pustules d'ocelmya, indépendamment des soins hygiéniques que tout le monde connaît, on emploiera avec succès les calaplasmes pour faire tomber les croûtes, la poudre de staphysaigre, les lavages avec la solution du sublimé au cinq-centième. Les poux de corps chez les vieillards sont détruits par :

Fumigations cinabrées.....	4 à 8 gram. sur une brique rouge.
— sulfureuses.....	soufre sur plaques rouges.
Lotions et bains sulfureux ou de soufre.....	sublimé.
Poudre de staphysaigre.....	
Les poux du pubis sont combattus par :	
Pommade mercurielle.....	
Lotions au sublimé.....	

En résumé: « Dans le traitement des maladies parasitaires il faut : 1° calmer les phénomènes d'irritation; 2° tuer le parasite; 3° relever l'état général; 4° combattre les complications. » (*Progres medical*, 13 mai 1876, 20 mai 1876.)

BIBLIOGRAPHIE

Le diabète sucré et son traitement diététique, par le docteur ARNOLD CANTANI. Traduit par le Dr CHARVET. — V. Delahaye et C^e, 1876.

Ce Traité du diabète ne serait qu'un début, un premier pas dans une voie nouvelle. D'après l'auteur le but principal du pathologiste n'est pas atteint quand il a reconnu les variations de forme de la matière organisée telles que les lui montrèrent l'anatomie et l'histologie. La science ne peut se contenter de ce point de vue trop limité. « Le couteau et la lentille ne suffisent évidemment pas à l'étude de la médecine. » Il faut de toute nécessité y joindre la cornue et la balance, c'est-à-dire étudier les transformations chimiques qui nous livreront apparemment le secret du renouvellement moléculaire incessant qui constitue la vie. D'où une pathologie nouvelle : la pathologie du renouvellement que l'auteur inaugure par son étude sur le diabète.

Sans contester en aucune manière la nécessité de mettre à profit tous les moyens d'investigation que la science met à notre disposition, nous croyons que le point de vue auquel se place M. Cantani n'est pas aussi nouveau qu'on le suppose; que la chimie a depuis longtemps fait son entrée dans la pathologie, au grand bénéfice de tout le monde, on s'attachant particulièrement à l'étude de ces maladies où la lésion morphologique nous échappe le plus souvent, comme le diabète, la goutte, la chlorose, etc.

Nous comprenons que ce côté de la pathologie ait obtenu les préférences du docteur Cantani, et qu'il ait cherché à le rajouter dans les trois leçons qu'il a consacrées à l'étude du renouvellement organique et de ses altérations; mais nous préférons arriver in médiatement à l'étude clinique très-remarquable qu'il consacre au diabète.

M. Cantani a observé environ 150 cas de diabète dont il nous donne les observations détaillées. C'est là la base solide, de son travail, et c'est principalement en s'appuyant sur ces observations que l'auteur est arrivé à la théorie du diabète qu'il veut substituer à celles qui se sont déjà produites depuis Arétée jusqu'au docteur Pavy.

Dans un intéressant chapitre, M. Cantani développe les collaires de ses observations cliniques. Il établit que le diabète ne présente que des degrés et non des espèces différentes. Les malades chez lesquels la diète carnée exclusive fait entièrement disparaître le sucre des urines présentent le premier degré du diabète. Ceux qui continuent à rendre des urines sucrées, malgré la diète carnée la plus rigoureuse, sont atteints de diabète au second degré. Mais en aucun cas le diabète ne change de nature, dans le premier degré le sucre

animal se détruit encore. Dans le second il ne se détruit plus. La suppression longtemps maintenue de tout aliment de nature végétale et pouvant fournir du sucre guérit sûrement le diabète du premier degré. Cette même diète ne suffit pas dans le second. La gravité du diabète à ces différents degrés est toute différente. Les cas les plus légers sont ceux dans lesquels le sucre disparaît tout de suite ou en peu de jours sous l'influence d'une diète carnée rigoureuse. Les plus graves sont ceux dans lesquels ce même régime ne modifie en rien la méliurie. La gravité d'un diabète ne doit pas s'apprécier par la quantité de sucre rendue dans un litre d'urine. Il faut noter la quantité de sucre diminuée dans les vingt-quatre heures, les urines variant dans leur composition à certains moments de la journée. Tel malade est beaucoup plus polyurique que tel autre. Il faut donc avoir soin d'opérer sur une quantité d'urine prise dans la masse du liquide rendu dans les vingt-quatre heures.

M. Cantani ne croit pas à la production anormale du sucre chez le diabétique. D'après lui, la production du sucre en pareil cas a lieu selon les mêmes lois physiologiques et dans la même quantité que chez l'homme bien portant. Le diabétique n'utilise pas son sucre, là est toute la différence. On voit que l'auteur se sépare de ceux qui admettent, avec M. Cl. Bernard, une production exagérée de sucre par le fait d'une glycosée hépatique augmentée, ou, avec Pavy, une cause anormale de transformation du glycogène hépatique en sucre. Dans toutes les expériences de l'auteur le jeûne absolu, la soustraction complète même de la viande a toujours réussi à faire disparaître complètement la glycosurie.

Il ne croit pas à la transformation en sucre des tissus de l'organisme diabétique. Pour lui, chez les diabétiques mis à la diète carnée exclusive, le sucre provient de la viande mangée. Le diabétique ne fabrique pas du sucre en quantité anormale; il utilise peu ou point celui qu'il reçoit par les aliments.

Sur ce point on doit attendre de nouvelles observations contradictoires. Plusieurs auteurs, et en particulier Sidney Ringer, affirment de leur côté que la glycosurie persiste malgré un jeûne absolu. Ce fait bien démontré établirait, contre l'assertion de M. Cantani, que le diabétique fabrique du sucre aux dépens de ses propres tissus.

L'auteur consacre de longs développements à l'exposition fort intéressante des corollaires de ses observations. Cette partie de l'ouvrage, essentiellement clinique, contient peut-être l'étude la plus complète qu'on ait faite jusqu'ici du diabète envisagé au point de vue de ses symptômes, de sa marche, de l'influence du traitement.

Arrivons à la théorie de l'auteur, dont l'exposition suit naturellement une vive critique de toutes les autres théories acceptées jusqu'à ce jour.

M. Cantani admet sagement deux parties dans sa théorie : une partie positive et une partie hypothétique.

Il définit le diabète sucre « une maladie du renouvellement matériel dans laquelle, sans production du sucre en quantité anormale, le sucre introduit ou normalement produit dans l'organisme humain ne sert plus aux usages de la consommation organique, ni comme combustible, ni comme substance fermentescible; restant étranger à l'économie organique et constituant un corps inutile, inutilisable au milieu des processus du renouvellement matériel, il traverse l'organisme sans subir ses transformations ultérieures et s'en va par les urines et par les autres sécrétions. »

En l'absence d'un combustible aussi important que l'est le sucre, l'organisme brûle tous les autres combustibles dont il dispose, graisses et albuminates en particulier; d'où l'amalgamissement, la faim, la diminution de chaleur, l'abaissement du pouls. Le sucre non utilisé passe dans le sang surchargé des produits de la combustion exagérée des albuminates. La densité accrue, du sang détermine un courant d'endosmose très-intense, cause active du dessèchement des organes et de

la polydipsie. L'augmentation du volume du sang (?) par ce courant endosmotique accroît la pression dans les glomérules de Malpighi : d'où la polyurie. Il est facile de rattacher à ces désordres capitaux tous les symptômes observés chez le diabétique.

Mais pourquoi le sucre est-il inutilisable dans l'organisme diabétique? Quel est le fait principe du diabète? Le sucre ne se brûle plus chez le diabétique; cela ne peut arriver que de deux façons : ou le sucre est altéré dans sa qualité, ou bien la substance qui doit le transformer et le rendre apte à la combustion fait défaut. Y a-t-il absence de ferment ou incapacité du sucre à fermenter? L'existence d'un ferment n'étant pas encore démontrée, quoique probable, M. Cantani croit que le sucre du sang des diabétiques diffère de la glycose vraie. Il nomme *paraglycose* ce sucre nouveau. La *paraglycose* a pour caractère essentiel de ne point polariser la lumière.

Il y a donc une différence essentielle entre le sucre contenu dans le sang et celui des urines, ce dernier polarisant parfaitement la lumière. En dehors de cette différence les deux sucres paraissent identiques, fermentent également sous l'influence de la levûre pour donner de l'acide carbonique et de l'alcool.

Chez la diabétique, l'urine, examinée au polarimètre, dévie à droite, tandis que le sérum reste inaltéré.

Les autopsies, faites avec grand soin et avec toutes les ressources dont la science dispose, ont démontré à M. Cantani que les lésions les plus graves et les plus constantes intéressaient le pancréas, le foie et les reins. L'atrophie avec dégénérescence graisseuse avancée du pancréas paraît avoir particulièrement frappé notre auteur, qui attribue volontiers à cet organe une influence spéciale dans la pathogénie du diabète. Il en arrive, après s'être plus ou moins facilement débarrassé des objections nombreuses qui se présentent, à cette conclusion que le premier siège, la cause organique du diabète est une altération chimique du contenu des cellules pancréatiques qui aboutit à une atrophie avec dégénérescence graisseuse des cellules elles-mêmes, lésion caractéristique du processus diabétique. A cette influence dominante du pancréas s'associeraient, dans le premier degré, des lésions diverses des glandes digestives de l'estomac et de l'intestin. Dans le second degré, le foie doit être malade. Il y aurait donc un diabète *chylrogène*, dû à la fonction altérée des organes véritablement chylopœtiques, et un diabète *hépatogène*, dû au foie. Le diabète *myogène*, dû au sucre produit par le glycogène musculaire, n'existe pas.

A peine est-il besoin de faire ressortir le côté faible de toute cette partie anatomique. L'auteur sait mieux que personne que les autopsies des diabétiques n'ont pas révélé jusqu'ici des lésions particulières à ces malades; que l'état d'épuisement, de cachexie dans lequel ils succombent suffit largement à expliquer la dégénérescence graisseuse des divers organes, l'atrophie, les hyperhémies, les ulcérations folliculaires qu'il a notées et que l'on retrouve si habituellement chez les scrofuleux, les tuberculeux, les encéphes. Aussi a-t-il soin de se garantir contre les objections qu'il prévoit en avouant que le pancréas peut dans certains cas, chez des diabétiques peu avancés, ne pas présenter de lésions bien nettes; que ces lésions peuvent même ne pas être reconnaissables à nos moyens d'investigation, bien qu'elles suffisent à troubler le chimisme de la sécrétion, etc; ce qui ne l'empêche pas d'arriver à la conclusion que nous avons énoncée et qui doit évidemment être rangée dans ce que M. Cantani appelle la partie hypothétique de sa théorie.

La question si importante du traitement a été bien développée par M. Cantani. Les modifications qu'il y a introduites ne suffisent pas cependant à autoriser des prétentions à un traitement nouveau. Les bases de ce traitement sont : 1° une diète carnée absolue, plus rigoureuse qu'elle n'est ordinairement prescrite, avec prohibition de tous les féculents; 2° l'administration des lactates alcalins; 3° l'emploi de l'acide

lactique après les repas; 4° la continuation de la diète rigoureuse pendant un temps plus long qu'on n'a l'habitude de le faire.

L'usage des eaux minérales, des bains de mer en particulier, a été selon nous un peu trop négligé.

L'ouvrage de M. Cantani, qu'il soit ou non le prétexte d'une pathologie nouvelle, est en somme un travail consciencieux et très-riche d'observations; toutes les questions afférentes au diabète y sont mûrement examinées. La traduction que nous en a donnée M. le docteur Charvet, qui a, en outre, enrichi l'ouvrage de quelques notes importantes, contribuera singulièrement à vulgariser chez nous le livre de M. le professeur Cantani.

B.

VARIÉTÉS

EXPÉRIENCES SUR UN SUPPLIÉ. — M. le professeur Oré a fait lundi dernier, à l'École de médecine de Bordeaux, devant un nombreux auditoire, plusieurs expériences fort intéressantes sur le cadavre du supplié Pascal. Ces expériences ont surtout porté sur l'irritabilité musculaire et sur la fonction glycoyénique du foie.

On sait que, d'après les célèbres expériences de M. Brown-Séguard, une injection de sang artériel dans les vaisseaux ramifie la contractilité des muscles et que la vie semble ainsi renaitre. Malheureusement, le résultat a été négatif sur ce point : la mort remontait à trop de temps; la rigidité musculaire était complète; les conditions, eu somme, étaient mauvaises; ni les injections de sang de chien ni l'électricité n'ont pu réveiller la contractilité musculaire.

La seconde série a été en revanche très-concluante. Elle portait, nous l'avons dit, sur la sécrétion du sucre par le foie. M. Oré a répété devant nous les expériences de M. Claude Bernard avec un très-grand succès.

L'exécution de Pascal avait eu lieu à cinq heures du matin et les expériences n'ont pu être faites qu'à deux heures de l'après-midi, c'est-à-dire neuf heures après le supplice. (*Gaz. méd. de Bordeaux.*)

CONFS DES OFFICIERS DE SANTÉ MILITAIRES. — Ont été promus :

Au grade de médecin principal de 1^{re} classe : M. Villmin (Jean-Antoine), médecin principal de 2^e classe, professeur à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Au grade de médecin principal de 2^e classe : MM. Claudel (Jules-François), médecin-major de 1^{re} classe à la gendarmerie mobile. — Costa (François-Marie), médecin-major de 1^{re} classe à l'hôpital militaire d'Ajaccio. — Lavigne (Bernard), médecin-major de 1^{re} classe à l'hôpital militaire de Sedan.

Au grade de médecin-major de 1^{re} classe : (Ancien) Jourdan (Thomas), médecin-major de 2^e classe au 1^{er} régiment de cuirassiers. — (Choix) Haro (François-Auguste), médecin-major de 2^e classe au 4^e régiment de hussards. — (Ancien) Broussais (Emmanuel), médecin-major de 2^e classe aux hôpitaux de la division d'Alger. — (Choix) Boutemps (Paul), médecin-major de 2^e classe au 8^e régiment de cuirassiers. — (Ancien) Didion (Claude-Eugène), médecin-major de 2^e classe au 72^e régiment d'infanterie. — (Choix) Baudon (Hippolyte-Julien), médecin-major de 2^e classe à la garde républicaine. — (Ancien) Ollivier de Vergée (Louis-François-Achille), médecin-major de 2^e classe au régiment d'artillerie-pontonniers. — (Choix) Boutonnier (Jacques-Joseph), médecin-major de 2^e classe au 6^e cuirassiers. — (Ancien) Tardy (Jean-Louis-Isaac), médecin-major de 2^e classe au 20^e escadron du train des équipages militaires.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés chevaliers de l'Ordre national de la Légion d'honneur : MM. Racinet (Guillaume-Marie-Antoine), ancien chirurgien militaire. — Pacul (Vincent-André-François), ancien chirurgien militaire.

NÉCROLOGIE. — Jeudi dernier on eu lieu, à la Madeleine, les obsèques de M. Lacroix, ancien médecin principal des armées, mort à quatre-vingt ans. Il avait fait les campagnes de 1814 et de 1815 et pris part à l'expédition d'Alger en qualité de médecin attaché à l'état-major. Pendant le siège de la Commune M. Lacroix ne quitta point Paris et empêcha l'incendie du ministère de la marine.

PRIX À DÉCERNER EN 1877. — La Société protectrice de l'enfance de Lyon met au concours la question suivante : « Rechercher les meilleurs moyens d'assister la mère indigente, dans l'intérêt de l'enfant au premier âge. »

L'ALIÉNÉ LÉPREUX. — Cet homme, connu aujourd'hui sous le nom de *le fou de Saint-Omer*, sur lequel l'autorité locale avait fait tirer des coups de feu pour le déloger d'une tour où il s'était réfugié, avait été conduit à l'hospice Sainte-Anne (Paris). Depuis lors il a été transféré à Lemmelet. Quoique hanté par suite de la fracture qu'il se fit à la cuisse en se précipitant du haut d'un deuxième étage, Lepreux est sain de corps; malheureusement il n'en est pas de même de son esprit. Son idée fixe le poursuit toujours; et l'on nous assure qu'il aurait de nouveau essayé de s'échapper de cette dernière maison de santé, mais qu'il aurait été rattrapé par d'autres aliénés qui ont mission de le garder.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE. — La Société met les questions suivantes au concours :

Prix à décerner en 1877.

Première question. — Déterminer, à l'aide d'analyses chimiques répétées sur un grand nombre d'échantillons pris au hasard, chez les débitants de Paris ou de la province, les analogies et les différences qui existent entre l'esprit-de-vin et les alcools de toute autre provenance livrés au commerce des boissons et des liqueurs. — Le prix sera de 2000 francs.

Deuxième question. — Est-il possible de distinguer positivement par l'examen des propriétés chimiques ou physiques, les vins et les eaux-de-vie naturels, c'est-à-dire provenant de la fermentation des jus de raisin ou de la distillation des jus fermentés, des vins ou des eaux-de-vie fabriqués ou mélangés avec des alcools d'autre provenance. — Le prix sera de 1000 francs.

Troisième question. — Étude comparée des législations relatives aux délits des boissons dans les divers États de l'Europe; chercher dans cette étude des données sur les modifications dont la législation française serait susceptible au point de vue de la répression de l'abus des boissons alcooliques. — Le prix sera de 1000 francs.

Prix à décerner en 1878.

Première question. — Déterminer, à l'aide de l'observation clinique et de l'expérimentation, les différences qui, au point de vue des effets sur l'organisme, et à titre alcoolique égal, existent entre les vins et les eaux-de-vie naturels, d'une part, et d'autre part, les vins fabriqués ou simplement relevés avec des alcools de provenance purement industrielle et les eaux-de-vie de même origine. — Le prix sera de 2000 francs.

Deuxième question. — Rechercher, à l'aide de l'observation clinique et de l'expérimentation, si, à titre égal, l'addition à l'alcool d'un principe aromatique autre que celui de l'absinthe, tel que les essences d'anis, de badiane, de fenouil, de tannisie et autres plantes analogues, augmentent ses propriétés toxiques. — Le prix sera de 1000 francs.

État sanitaire de Paris :

Du 30 juin au 6 juillet 1876, on a constaté 833 décès, savoir : Variole, 5. — Rougeole, 37. — Scarlatine, 2. — Fièvre typhoïde, 6. — Erysipèle, 6. — Bronchite aiguë, 30. — Pneumonie, 39. — Dysentérie, 2. — Diarrhée cholériforme des enfants, 15. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 11. — Group, 18. — Affections puerpérales, 6. — Autres affections aiguës, 237. — Affections chroniques, 340, dont 153 dus à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 48. — Causes accidentelles, 31.

SOMMAIRE. — PARIS. L'assainissement des halles centrales. — Rapport sur l'organisation des Facultés de médecine. — Le concours pour les hôpitaux militaires. — TRAVAUX ORIGINAUX. Ophthalmologie : Observation d'hémorragie du corps strié. — Congrès Scientifiques. Congrès périodique de l'Association médicale américaine. — Sociétés SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Académie de médecine de Belgique. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — REVUE DES JOURNAUX. Notes de thérapeutique recueillies aux cliniques des maladies de la peau de M. le professeur Hardy, à l'hôpital Saint-Louis. — BIBLIOGRAPHIE. Le diabète sacré et son traitement diététique. — VARIÉTÉS.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOUQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 20 juillet 1876.

Académie de médecine : PANSEMENT OUATÉ. PASSAGE DE L'AIR A TRAVERS LA OUATE : M. PASTEUR. — DISCUSSION SUR LE SOUFFLE PUÉRÉRAL.

Pansement ouaté.

Dans une des dernières séances de l'Académie, M. Pasteur avait démontré, au moyen d'une expérience très-simple et très-significative, que la ouate se laisse traverser avec la plus grande facilité par l'air. Il résulte de l'expérience de M. Raulin que un mètre de coton très-tassé renfermé dans un cylindre n'oppose au passage des gaz qu'une résistance des plus minimes, car celle-ci est égale à une pression de 2 ou 3 millimètres d'eau. M. Pasteur en concluait que dans le pansement ouaté qui a donné de si excellents résultats à M. Alphonse Guérin, l'air passait facilement à travers l'appareil, et qu'en définitive la ouate est un filtre protecteur qui arrête les impuretés de l'atmosphère. Cette incursion de la physique dans le domaine chirurgical n'a point satisfait M. Jules Guérin, qui ne veut voir dans le pansement ouaté qu'une sorte d'occlusion incomplète.

« Il est impossible, dit-il dans le dernier BULLETIN DE » L'ACADÉMIE (séance du 11 juillet), d'admettre que l'air » ambiant soit sollicité à traverser la couche de ouate tassée » alors qu'il n'y a ni vide, ni diminution de pression du » côté de la plaie, ni accroissement de pression à sa » surface. »

M. Pasteur a répondu cette fois en donnant l'évaluation même des variations de pression déterminées par la différence de température entre l'air extérieur et la plaie recouverte de ouate.

Soit une température de 20 degrés dans une salle, et 35 degrés pour les couches de ouate voisines de la surface de

la plaie, c'est une différence totale de 15 degrés. Si l'on porte par hypothèse, un volume d'air de zéro à 273 degrés, il devient double, et pour le maintenir à son volume primitif, suivant la loi de Mariotte, il faut exercer à sa surface une pression de deux atmosphères si le volume primitif avait une atmosphère de force élastique. Une différence de température de 15 degrés correspond à une différence de pression dont la valeur est exprimée par la fraction $15/273$ de 760 millimètres de mercure. Ce qui fait à très-peu près 42 millimètres de mercure. Nous voilà loin de 2 à 3 millimètres d'eau qui représentent la résistance d'une grande épaisseur de coton. Bien plus, les variations de pression atmosphérique ne fussent-elles que de 1 millimètre de mercure, cela ferait 13 à 14 millimètres d'eau, quantité supérieure à celle qui est nécessaire au passage des gaz.

M. Pasteur maintient son opinion sur le pansement ouaté; il pense que l'air, par son oxygène, peut avoir une action salutaire et que les poussières atmosphériques seules sont à redouter.

M. Jules Guérin proteste. Suivant lui, l'air, même pur, est nuisible. Il ne s'agit pas de filtrer, mais d'établir une barrière à l'air, parce que celui-ci amène la suppuration. M. J. Guérin ne consent pas à admettre les applications que M. Pasteur fait des notions mathématiques et physiques à l'interprétation d'un mode de pansement. M. J. Guérin préfère se fier à « la couche de matière plastique fournie par la plaie et qui est un premier empêchement au passage de l'air »; et, lorsqu'il y a suppuration, il se ferait une sécrétion de gaz qui établissent une pression plus grande et contre-balaient celle qui peut venir de l'extérieur. M. Guérin invoque ses expériences pour démontrer ce fait. Voilà les objections que le chirurgien oppose au physicien. Quant à nous, il nous paraît plus simple d'admettre les variations de pression démontrées par le calcul, que cette lutte de pressions à travers la ouate, que ce contre-balancement de gaz qui ne se mélangent pas, bien

FEUILLETON

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Leçons sur l'hygiène et la prophylaxie des maladies vénériennes (1).

Messieurs, quand on tient compte de la proportion énorme des maladies vénériennes; quand on pense qu'elles frappent surtout l'homme adulte dans la plénitude de sa force et de sa puissance, qu'elles le poursuivent souvent pendant de longues années, qu'elles engendrent parfois la stérilité ou compro-

mettent la progéniture, qu'elles n'atteignent pas seulement la débauche, mais qu'elles s'insinuent et se propagent dans la famille, on comprend l'intérêt qui s'est attaché de tout temps à la recherche des moyens de préservation, et l'on s'étonne moins des mesures radicales par lesquelles les législateurs de l'antiquité ont tenté d'opposer une digue à l'invasion du mal.

La prophylaxie est double : elle se propose de tarir les sources de la contagion et de rendre l'homme moins accessible à cette contagion. Il faut supprimer le virus, et pour cela tuer ou séquestrer les vénériens, ou, plus humanement, les guérir vite et faciliter leur isolement pendant la durée du traitement. Il faut, d'autre part, protéger l'homme sain contre ce virus, l'éloigner des contacts impurs. Le moyen le plus efficace pour arriver à ce but serait assurément de rétablir universellement la pureté des mœurs. A défaut de ce résultat idéal, que notre siècle ne paraît pas destiné à obtenir mieux que les siècles antérieurs, il faut au moins faire connaître à

(1) Chargé de professer l'histoire de la médecine à la Faculté de médecine de Paris, on remplace dans le respectable Lorrain, M. Bouchard avait pris pour sujet de ses leçons L'HISTOIRE DES MALADIES VÉNÉRIENNES DANS L'ANTIQUITÉ ET DANS LES TEMPS MODERNES. De ce cours complet, qui doit être publié, l'auteur a bien voulu détacher et communiquer à la GAZETTE HEBDOMADAIRE la partie relative à l'hygiène et à la prophylaxie, qui en est, croyons-nous, la partie la plus originale et la plus intéressante.
2^e SÉRIE, T. XIII.

qu'ils ne soient séparés que par des brins de ouate. Nous préférons reconnaître, avec M. Alphonse Guérin, que si l'air passe purifié à travers la ouate, il n'y a plus lieu de maintenir cette objection, qui a été quelquefois adressée au pausement ouaté, à savoir : que la cicatrisation serait plus lente par suite du défaut d'action de l'air.

Nous ne regrettons pas cette courte discussion, puisqu'elle nous a valu ces communications de M. Pasteur, sans compter une judicieuse maxime que ses contradicteurs méditeront avec autant de fruit que nous-même, c'est-à-dire que « les idées préconçues sont le phare qui éclaire l'expérimentateur, et qu'elles ne deviennent un danger que si on les transforme idées fixes. »

A. HÉNOCQUE.

Discussion sur le souffle puerpéral.

Le récent mémoire de M. Glénard (*Étude physiologique sur la paroi abdominale et le souffle maternel des femmes enceintes*) a fourni à M. Bouillaud l'occasion de revenir sur cette importante question. L'éminent académicien est, comme on le sait, le défenseur de la théorie qui considère le bruit de soufflet, dit *placentaire*, comme identique avec le bruit de soufflet des grosses artères, théorie déjà bien ancienne, puisqu'elle se trouve exposée dans la seconde édition du *TRAITÉ DE L'AUSCULTATION MÉDIATE* de Laennec, qui date de 1826.

Mais c'est sur la localisation du souffle puerpéral plutôt que sur sa nature qu'a porté la longue discussion de l'Académie. Trois théories bien distinctes étaient en présence : la théorie iliaque, représentée par M. Bouillaud ; la théorie épigastrique, énoncée par Kivish et soutenue par M. Glénard, et la théorie utérine, dont M. Depaul s'est montré depuis plusieurs années l'habile défenseur.

Selon M. Bouillaud, le bruit de souffle puerpéral, isochrone au pouls de la femme enceinte, a pour siège les artères intra-pelvienne (artères iliaques primitives, iliaques internes et externes). Voici les principaux arguments sur lesquels le savant clinicien appuie cette proposition : 1° Toutes choses égales d'ailleurs, le maximum d'intensité du souffle maternel existe dans les régions de l'abdomen correspondant à celles des artères indiquées sur lesquelles pèse nécessairement l'utérus chargé du produit de la conception ; 2° le souffle disparaît aussitôt que l'utérus est revenu à son volume

normal ; 3° sous le rapport de la grosseur, le souffle maternel ne peut se passer dans aucune des artères de la cavité abdominale, des parois de cette cavité, du corps de l'utérus autres que les artères iliaques primitives, iliaques internes et externes ; 4° les tumeurs de la cavité abdominale capables d'exercer sur ces vaisseaux une compression analogue à celle de l'utérus produisent également ce bruit de souffle.

La plupart des faits énoncés par M. Bouillaud sont vrais ; mais s'ils sont suffisants pour démontrer l'existence d'un souffle artériel dans la région abdominale, ils ne sauraient en rien invalider l'existence d'un autre souffle qui aurait pour siège les vaisseaux de l'utérus. Avant d'entrer plus avant dans l'interprétation de ces faits, nous allons brièvement exposer la théorie épigastrique qui a été le point de départ de la discussion.

La théorie épigastrique, dont M. Glénard nous a récemment donné une seconde édition, est due à Kivish et date de 1849. Elle repose sur l'expérience fondamentale suivante : la compression d'un cordon vasculaire pulsatile que la palpation permet de reconnaître en des points correspondant exactement au trajet de la première partie de l'artère épigastrique fait instantanément et totalement disparaître, dans toute la région, le bruit de souffle maternel, quel que soit le rythme, l'intensité ou le timbre de ce souffle, quelle que soit la distance qui sépare le point de la compression du foyer stéthoscopique observé : le souffle reparait aussitôt qu'on cesse la compression.

Telle est l'expérience qui a permis à MM. Kivish et Glénard de conclure que l'artère épigastrique est le siège exclusif du souffle de la grossesse. Mais, outre qu'il est difficile d'admettre qu'une artère du volume de l'épigastrique puisse produire ce souffle, il était encore à craindre que l'expérimentation ne vint pas confirmer les faits énoncés. Or les expériences pratiquées par M. Glénard, en présence de MM. Depaul et Bouillaud, ont complètement échoué. Le médecin lyonnais avait annoncé qu'il pouvait produire ou faire disparaître à volonté le souffle épigastrique, et il n'a pas même pu démontrer l'existence de ce souffle.

Dans une lettre qu'il a depuis adressée à M. Depaul, M. Glénard admet lui-même l'insuffisance de cette théorie et reconnaît qu'il s'est trompé. Il a fait de nouvelles recherches et déclare aujourd'hui que le souffle puerpéral n'a pas son siège dans l'artère épigastrique, mais dans le voisinage, dans une grosse anastomose située en arrière. Cette artère, qu'il a déjà baptisée sous le nom de *puerpérale*, serait presque

l'homme quelles sont les circonstances les plus périlleuses, quels sont les foyers les plus dangereux ; il faut, non pas seulement formuler des préceptes, mais lui inculquer des habitudes auxquelles il arrive à se soumettre d'une façon presque inconsciente et qui deviennent sa sauvegarde ; il faut le rendre moins vulnérable en cuirassant ses organes ; il faut introduire dans les mœurs l'usage des soins de propreté qui, utiles en toutes circonstances, auront par surcroît cet avantage de le mettre à l'abri d'une contamination possible en absteignant ou même en neutralisant le virus qui peut l'avoir souillé. Il faut enfin surveiller les individus dangereux, et c'est de cette nécessité que dérivent diverses réglementations de police sanitaire, et plus particulièrement celles qui ont trait à la prostitution.

Les anciens ont eu presque exclusivement en vue les moyens destinés à protéger l'individu. Ils sont nos maîtres pour la conception et l'application des mesures hygiéniques générales capables d'empêcher la souillure ou de s'opposer à

la pénétration du virus. Nous verrons plus tard quel usage ils ont fait des bains, de la circoncision, de la dépilation ; examinons d'abord quelles précautions ils ont introduites dans les mœurs et fait passer dans les habitudes d'une façon tellement générale et tellement intime que beaucoup de ces usages existent encore de nos jours, alors qu'on est bien loin de soupçonner leur signification originelle. Il est hors de doute que beaucoup de ces habitudes inconscientes ont dérivé primitivement de la crainte des maladies contagieuses, et en particulier des maladies vénériennes. Ces usages, je puis le dire en deux mots, ce sont les habitudes de propreté.

La propreté dans l'antiquité, et surtout chez les peuples de l'Orient, a été, je ne dirai pas poussée à l'excès, mais portée à ses extrêmes limites. En Asie et en Égypte, il y avait des lois politiques et religieuses sur la propreté. Les Grecs avaient sous ce rapport moins de raffinement et pourraient cependant encore nous être présentés comme modèles ; ils ne blâmaient pas et ne raillaient pas les minuties de la propreté asiatique ;

aussi grosse que la crurale et établirait communication entre les deux artères de la matrice, l'ovarienne et l'utérine. Mais M. Glénard a été si malheureux dans sa première démonstration qu'on peut dès aujourd'hui prévoir l'insuccès de cette nouvelle explication.

La théorie épigastrique étant éliminée, il ne reste plus en présence que la théorie iliaque de M. Bouillaud et la théorie utérine de M. Depaul.

C'est sur la disposition anatomique des vaisseaux de l'utérus pendant la grossesse qu'est fondée cette dernière théorie. Les artères utérines qui participent à l'hypertrophie considérable de tous les autres éléments du tissu utérin atteignent un volume considérable. On comprend alors quelle énorme capacité représentent ces divisions artérielles et quelle énorme différence de pression devra exister pour le sang circulant dans les artères utéro-ovariennes, et il est dès lors possible d'expliquer l'existence de plusieurs bruits sur plusieurs points de l'utérus.

Il existe également une certaine différence entre le bruit de souffle produit par les vaisseaux iliaques et celui qui a son siège dans l'utérus. Ce dernier est un *souffle simple* sans choc et sans pulsation et parfaitement intermittent. On peut lui distinguer trois périodes : l'invasion qui est douce, une sorte de renforcement au milieu, et un temps de décroissance. En un mot le souffle utérin ne donne jamais la sensation d'un *battement*, tandis que le souffle iliaque le fournit constamment.

Tels sont les principaux points développés par M. Depaul dans sa longue argumentation, et qui tendent à prouver qu'il existe dans l'abdomen des femmes enceintes deux bruits de souffle bien distincts, mais dont un seul mérite le nom de souffle utérin.

On le voit, il n'existe pas entre les deux académiciens un désaccord aussi grand qu'on pourrait le croire. M. Bouillaud en convient lui-même lorsque, après avoir décrit son souffle iliaque, il ajoute : « S'il était démontré par des faits ultérieurs qu'il existe en même temps que celui-ci des bruits de souffle dans les artères utérines, épigastriques ou ailleurs, il faudrait aussi leur donner un nom propre ou distinctif. » M. Bouillaud admet donc le souffle utérin, mais il veut que ce soit une exception, tandis que M. Depaul admet également, dans certaines circonstances, l'existence du souffle iliaque.

Nous devons en convenir, la plupart des faits exposés dans la discussion condamnent la théorie que M. Bouillaud a défendue avec tant de talent. En effet, l'utérus en état de

gestation même avancée conserve une certaine souplesse et n'exerce pas une compression considérable sur les vaisseaux iliaques. D'un autre côté, tous les observateurs ont établi que le bruit de souffle de la grossesse était très-précoce et pourrait être entendu du troisième au quatrième mois de la grossesse, alors que l'utérus ne pouvait exercer sur l'iliaque externe une compression suffisante.

M. Bouillaud pense que sous le rapport de la grosseur, le souffle maternel ne peut se passer dans aucune des artères autres que les iliaques. C'était là, en effet, un des meilleurs arguments en faveur de la théorie iliaque ; mais M. Depaul a surabondamment démontré que le volume des artères de la matrice, pendant la gestation, était assez considérable pour donner lieu à un bruit de la force du bruit puerpéral. Nous avons pu constater nous-même, sur une pièce récemment présentée à l'Académie, que l'artère utérine augmentait considérablement de volume au point où elle commence à fournir des branches et qu'elle présentait au moins le double du volume qu'elle avait à son origine. La même disposition a pu être constatée pour l'artère ovarique et pour toutes les branches qui s'enfoncent dans le tissu utérin.

Nous admettons donc avec M. Depaul qu'il existe dans la paroi abdominale des femmes enceintes un souffle *sans battement* dont l'explication naturelle se trouve dans les modifications qu'ont subies les artères ovariques et utérines, et que toutes les autres artères d'un volume suffisant peuvent également donner lieu à un bruit de souffle, mais *avec battement* si elles sont soumises à un certain degré de compression.

Nous avons le plaisir d'apprendre que M. de Marcère vient, sur la demande de MM. Robin et Henri Liouville, d'autoriser la réouverture des cours d'aliénation mentale à l'asile Sainte-Anne. A la suite de démarches répétées par M. Liouville auprès de M. Ricard, alors ministre de l'intérieur, cette autorisation était sur le point d'être accordée ; M. Liouville en avait reçu la promesse formelle ; mais malheureusement la mort de M. Ricard n'en permit pas la réalisation. Le successeur de M. Ricard, après s'être fait rendre compte des prétendus inconvénients qui avaient poussé M. Ferdinand Duval à la suppression de cet enseignement indispensable aux études médicales, n'a pas hésité à revenir sur l'arrêt du préfet de la Seine. Grâce à l'initiative de MM. Robin et Liouville, les cours, suspendus pendant plus de deux ans, vont être repris,

ils les considéraient seulement comme choses curieuses et s'en appropriaient les parties essentielles. La grande réforme qui s'est introduite dans l'état social et dans les mœurs par l'avènement du christianisme et par l'invasion des barbares n'a pas été, il faut le reconnaître, favorable aux habitudes de propreté. Saint Athanase a stérifié comme une œuvre diabolique toutes ces pratiques, qui sacrifiaient à un luxe efféminé un temps qui eût mieux été employé en prières.

Dans l'antiquité, la police médicale était aux mains des prêtres. Tout ce qui leur semblait capable de produire une contamination nuisible, ils le déclaraient impur, et le peuple n'y touchait pas. La déclaration d'impureté était pour les anciens peuples de l'Orient quelque chose d'analogue au *tabou* des îles du Pacifique, au *djudju* du Calabar, au *roanda* du Gabon, où l'objet interdit devient fétiche et peut déchaîner tous les malheurs sur le téméraire qui oserait y toucher.

Il serait long de faire l'énumération de tout ce que les anciens considéraient comme impur, de tout ce dont on devait

fuir le contact ou même le voisinage, de tout ce qui nécessitait une purification.

La mort était impure ; le contact ou la proximité d'un cadavre était impur ; la demeure d'un mort était signalée par une marque extérieure, afin qu'on pût éviter de s'en trop approcher ; on disposait à la porte des vases remplis d'eau ou les visiteurs se purifiaient en sortant et où les passants pouvaient faire des ablutions. Chez les Perses, tout malade était impur. Les Juifs attribuaient la même impureté à la mort et à certaines maladies même à certains états ou actes physiologiques. Il est dit dans le Lévitique : « Le pontife n'ira jamais à aucun mort, quel qu'il puisse être ; il ne fera rien qui puisse le rendre impur selon la loi, même à la mort de son père ou de sa mère ». Et plus loin : « Tout homme de la race d'Aaron qui touchera un homme devenu impur pour avoir touché à un mort, sera impur jusqu'au soir, et il ne mangera point des choses qui auront été sanctifiées ; mais après qu'il se sera lavé le corps dans l'eau et que le soleil sera couché,

et puisque l'école n'a pas d'enseignement officiel sur ce sujet, les médecins et les étudiants en médecine trouveront à l'asile Sainte-Anne l'enseignement que la Faculté de médecine ne peut encore leur donner.

J. M.

HISTOIRE ET CRITIQUE

SUR LA FRÉQUENCE DU *TENIA INERME*; SES CAUSES. — ÉTUDE SUR LES PRINCIPAUX *TENIGIDES*.

Depuis quelques années, un assez grand nombre de médecins remarquant la fréquence relative du *tenia inermis*. Sans rapporter ici toutes les observations publiées sur ce sujet, nous pouvons rappeler que, dès 1869, le docteur Jobert avait, dans sa thèse inaugurale, montré qu'à Strasbourg, où l'usage de la viande de bœuf mangée crue ou saignante est cependant moins répandu qu'à Paris, le *tenia*, si bizarrement appelé *mediocanellata* par Küchenmeister, était relativement très-fréquent. Dans une série de travaux plus importants, Spencer Cobbold, qui recommande comme traitement ténifuge l'extrait de fougère mâle; Krabbe, Carlo Giacomini (voy. Laborde, in *Trib. méd.*, 1876, p. 33), etc., ont insisté sur ce fait. Tout récemment enfin, à la Société médicale des hôpitaux, M. Laboulbène affirmait qu'à l'hôpital Necker la proportion des *tenias* rendus était de 15 à 20 *tenias inermes* pour 1 *tenia solium* ou armé. On a fait remarquer, il est vrai, que depuis un petit nombre d'années seulement on se préoccupe de rechercher avec soin l'espèce de ver à laquelle on peut avoir affaire, et que jadis on confondait le *tenia inermis* avec le *tenia solium*. Mais qu'il y ait ou non diminution dans le nombre des *tenias* armés et augmentation progressive du nombre des *tenias inermes*, il n'en importe pas moins de s'assurer si le nombre total des malades atteints de *tenias* et traités dans les hôpitaux de Paris a considérablement augmenté depuis quelques années. Or, il résulte d'une enquête à laquelle, sur la demande de M. Ernest Besnier, s'est livré M. Regnaud, directeur de la Pharmacie centrale des hôpitaux de Paris, que dans ces dix dernières années la consommation des ténifuges a singulièrement augmenté. On trouve, en effet, dans la lettre de M. Regnaud, que la consommation du koussou s'est élevée de 2^{kg}, 400 (1864) à 10 kilogrammes (1874); celle des semences de courges de 2^{kg}, 500 (1865) à 11^{kg}, 500 (1873) et 4 kilogrammes (1874); en 1864, on a fait usage de

11^{kg}, 200 d'écorce de racine de greudadier; en 1874, il en fallait 18^{kg}, 125; quant à la fougère mâle, sa consommation s'est élevée de 9^{kg}, 500 à 16^{kg}, 250. M. Regnaud, supposant que les espèces animales consommées d'une façon exceptionnelle pendant le siège de Paris ont joué un rôle important dans la transmission insolite des parasites entozoaires, a recherché s'il existait une différence marquée entre la proportion moyenne annuelle des ténifuges durant les années qui précèdent 1870 et celles qui suivent cette date. Il a trouvé ainsi que l'emploi du koussou et du rhizome de fougère mâle a plus que doublé : koussou, 3^{kg}, 900 en moyenne avant 1870, et 9 kilogrammes après cette époque; rhizome de fougère mâle, 5^{kg}, 447 avant 1870, et 12 kilogrammes après 1870. S'il n'existe pas une augmentation aussi sensible dans l'usage des autres ténifuges, c'est sans doute qu'ils sont moins en faveur.

On ne peut donc plus, en présence des résultats annoncés par la plupart des médecins des hôpitaux de Paris, et surtout en tenant compte des chiffres fournis par M. Regnaud, nier la fréquence progressivement croissante des cas de *tenia inermis*. Il nous faut dès lors rechercher quelle est la cause de l'aggravation de cette maladie parasitaire et voir s'il n'est point possible de chercher à l'atténuer ou à la faire disparaître, comme on a pu arrêter par des mesures prophylactiques rigoureuses la propagation et le développement du *tenia solium*.

Nous ne rappellerons qu'en peu de mots les caractères distinctifs du *tenia inermis* ou les expériences qui ont été faites pour montrer quelle est sa principale provenance. Ces questions ont été souvent traitées, et dans un excellent article (*Trib. méd.*, 1876) M. Laborde vient d'en résumer les traits essentiels : « Le *tenia inermis* est plus robuste (que le *tenia solium*); il a la tête plus avancée au milieu, presque coupée droit quand on l'examine de profil, sans crochets. Les quatre ventouses sont noires. De plus, la tête est inclinée d'un côté sur le cou, plus court, plus fort que chez le *tenia solium*. Les anneaux du corps sont gros et leurs pores latéraux sont disposés au nombre de deux, de trois ou de quatre sur le même bord, et l'alternance se fait aussi par séries de deux à cinq pores latéraux qui se suivent des deux côtés, au lieu de se trouver un par un, tantôt à droite, tantôt à gauche. Le cucurbitin du *tenia inermis* est robuste, vivace; il s'échappe et sort malgré les efforts du malade contractant le sphincter anal, et tombe dans les vêtements. Placé sur le doigt, il est tantôt allongé, à la manière des sangsues, tantôt renflé à une extrémité, tantôt plus ou moins élargi en travers. Par ce seu-

alors étant purifié il mangera des choses sanctifiées. » On lit dans le livre des Nombres, à propos de la consécration du Nazéen : « Si quelqu'un meurt subitement devant lui, la consécration de sa tête sera souillée; il se fera raser aussitôt ce même jour de sa purification et se raser encore le septième. Le huitième jour, il offrira au prêtre, à l'entrée du tabernacle de l'alliance, deux tourterelles ou deux pelis de colombe, et le prêtre en immolera un pour le péché et l'autre en holocauste, et il priera pour lui parce qu'il a péché et s'est souillé par la vue de ce mort. »

Ce n'est pas seulement chez les Juifs que la vue d'un mort était impure; ce préjugé régna longtemps que la vue ou même le regard éteint d'un cadavre pouvait transmettre le mal auquel il avait succombé, et c'est de là sans doute qu'est venu cet usage, transformé plus tard en une coutume pieuse, de fermer les yeux des morts et de relever le drap sur leur tête. La science même n'était pas affranchie de cette erreur au xiv^e siècle; Boccace et Guy de Chauliac insistent sur la

transmission de la peste noire par le regard; et il est dit dans une consultation de Montpellier exhumée par M. Michon, que les visiteurs avaient soin d'avertir les malades de fermer les yeux à leur approche et de se couvrir la face avec leur drap.

Chez les Juifs, la lèpre, la teigne, la gonorrhée étaient impures, et l'impureté persistait encore après la guérison. Les causes supposées de maladies étaient impures, le sang de la défloration et l'acte de la défloration étaient impurs; le sang des règles et la femme pendant l'époque de la menstruation étaient également impurs. La femme accouchée était impure pendant quarante-deux jours si elle avait engendré un garçon, pendant soixante-six jours si elle avait enfanté une fille.

Plutarque parle de l'impureté qui vient du corps; l'homme est souillé par l'émission de ses excréments; les anciens se lavaient après l'acte de la défécation et cette ablution devait s'opérer sans le contact direct de la main. Sénèque parle d'un individu qui fut étouffé par l'introduction dans la gorge de l'épouge attachée à l'extrémité d'un bâton, dont on faisait

signe (de la sortie involontaire des cucurbitains), je diagnostiquai que le *tœnia inermis* et je ne me trompe point » (Laboulbène). Le pigmentation est aussi différente pour les deux espèces de *tœnia*; tandis que chez le *tœnia solium* les granules de pigment existent principalement autour du rostre; chez le *tœnia mediocanellata* on le rencontre surtout autour de la tête. Carlo Giacomini l'a vu disposé sur trois lignes qui entourent la tête au niveau des ventouses, ce qui donne lieu, quand le pigment est très-apparent et qu'on l'examine à un grossissement suffisant, à un aspect très-élegant.

Tandis que le *tœnia solium* provient d'un cysticerque qui se développe chez le porc, le *tœnia inermis* accomplit la première phase de son évolution sur les ruminants (bœufs ou veaux). Leuckart, en 1861, ayant administré à un petit veau de quatre semaines des proglottis mûrs de *tœnia inermis*, a vu à l'autopsie, pratiquée vingt-cinq jours plus tard, les muscles remplis de kystes de 2 à 4 millimètres de long et larges de 1^m.5. Ces kystes étaient de jeunes cysticerques. Les expériences de Leuckart ont été confirmées par Knoch en 1869. Il constata que le cysticerque du *tœnia inermis* était aussi fréquent chez le bœuf que le cysticerque du *tœnia armé* dans les muscles du porc. Il prouva que les porcs, les moutons, les chiens pouvaient avaler impunément les cysticerques du veau, et que les proglottis de *tœnia mediocanellata* n'évoluaient pas quand on les leur administrait. Mosler, Cobbold, Simunds, Gerlach et, plus récemment, M. Saint-Cyr ont reproduit ces expériences. M. Saint-Cyr a trouvé des poches de cysticerques à la face inférieure de la langue sur un jeune veau cinquante-quatre jours après l'ingestion de 30 proglottis mûrs de *tœnia mediocanellata*. Cobbold a fait remarquer que le cysticerque inermis se retrouvait souvent dans le cœur du bœuf, et M. Potain a vu une femme atteinte de *tœnia inermis* après avoir mangé du cœur de bœuf peu cuit. Enfin, plusieurs autres observateurs ont retrouvé ces cysticerques dans le muscle diaphragme, où il paraît très-fréquent et assez facile à reconnaître. Aussi, bien que M. Henne ait fait remarquer que l'on pouvait observer des cas de *tœnia inermis* chez certains individus qui ne se nourrissent que de bœuf bouilli ou même qui mangent très-rarement du bœuf, bien qu'il ne soit pas absolument démontré que d'autres espèces animales soient absolument réfractaires au développement du cysticerque inermis, il nous est permis d'affirmer que très-fréquemment, pour ne pas dire presque toujours, c'est par l'intermédiaire de la viande de bœuf que se transmet à l'homme le germe de la maladie. Son extrême fréquence peut donc s'expliquer par

l'usage, si répandu de nos jours, de la viande de bœuf crue ou peu cuite.

Déjà en effet, il y a près d'un siècle, on avait remarqué que le *tœnia* s'observait chez les juifs, dont l'orthodoxie dans certains pays était notoire, mais qui, tout en ne faisant pas usage de viande de porc, connaissaient de la viande de bœuf, de lapin, etc., plus ou moins cuite. En Abyssinie, les *tœnias* sont très-fréquents chez les chrétiens qui se nourrissent de viande crue ou très-incomplètement grillée; les mahométans, qui mangent la viande très-cuite, n'en sont jamais atteints (Aubert). Les Arabes, les Chartreux, les Hindous, tous ceux en un mot dont la nourriture est presque exclusivement végétale, sont rarement porteurs de parasites. Cependant, bien que ces faits aient été signalés partout, on ne s'est réellement préoccupé du danger occasionné par l'ingestion de viandes crues que le jour où Weisse, de Saint-Petersbourg (*J. für Kinderkrankheiten*, t. XVI, 1854), après avoir montré les excellents résultats que l'on peut obtenir à l'aide de cette médication administrée contre la diarrhée chronique des enfants, eut en même temps montré que ce traitement pouvait favoriser le développement du *tœnia*. Crighton, dans le Lancashire, Scharlau à Sletting, Gardiner à Edimbourg, West, Braun, Siebold, Trousseau et beaucoup d'autres confirmèrent ces observations. Le mémoire de M. Aubert publié en 1841 (*Mém. de l'Acad. de médecine*, t. IX, p. 698) est riche en faits qui prouvent les inconvénients du traitement par la viande crue ou peu cuite. C'est de ces faits qu'il faut rapprocher les observations qu'on a pu lire récemment dans les bulletins de la Société médicale des hôpitaux. MM. Laboulbène, Archaubault, Potain, Roger, etc., ont établi que la fréquence du *tœnia inermis* et la rareté du *tœnia armé* tenaient surtout au mode d'alimentation et au traitement des enfants et des phibiques.

Mais ce n'est pas seulement en mangeant de la viande crue, c'est en faisant usage pour son alimentation de viande peu cuite, que l'on introduit les cysticerques vivants du *tœnia solium* ou du *tœnia inermis*. On sait en effet qu'il faut une température très-élevée (200 degrés s'il faut en croire certaines observations) pour détruire les cysticerques. Or des expériences instituées par M. Vallin ont prouvé que la température centrale des viandes rôties ne dépassait guère 46 ou 48 degrés, alors que la température des couches superficielles oscillait entre 52 et 53 degrés. A ces températures les cysticerques résistent certainement; des expériences directes instituées par M. Vallin nous ont appris d'ailleurs que de la viande trichinée, soumise à une température suffisante

usage pour ces soins de propreté. Ce procédé n'était cependant pas universellement adopté, car il ressort d'un passage d'Aristophane que les esclaves se contentaient de s'essuyer avec une pierre ou un oignon.

La miction était également impure et l'on avait coutume de se laver après. Le Coran en fait une obligation et ordonne pour cette ablution de se servir de la main gauche.

Déjà dans l'antiquité la main gauche était réservée aux soins des génitoires; il est hors de doute que c'était l'usage chez les Romains et chez les Grecs. *Sed lota mentula laed...*, dit Martial, et le même auteur appelle la main gauche *amica manus*, parce qu'elle était réservée à l'onanisme. Les statues de Priape tiennent le pénis de la main gauche. C'est cette main qui servait à cacher les parties génitales. La statue de la Vénus de Médicis en est un exemple, et Ovide avait écrit :

*Ipsa Venus, pubem, quoties velamina ponit,
Protegitur lævâ semireducta manu.*

Cet usage exclusif de la main gauche l'exposait à se souiller

de matières contagieuses et la rendait dangereuse. C'est là sans doute, la raison qui de tout temps a jeté un défaveur sur la main gauche. On n'offre pas la main gauche; on ne prête pas serment en étendant la main gauche. On peut bénir avec les deux mains, mais la bénédiction de la main droite est préférée. Quand Joseph voulut faire bénir ses fils par Jacob mourant, il plaça Manassé, l'aîné, à la droite du patriarche, et Ephraïm à sa gauche; mais Jacob les bénit en croisant les mains, de sorte que sa droite était sur la tête d'Ephraïm; et comme Joseph s'efforçait de changer la position de ses mains : « Je le sais, mon fils, dit Jacob; celui-ci deviendra aussi un grand peuple, mais son frère, qui est le cadet, sera plus grand que lui ».

Le coit aussi était impur.

D^r BOUCHARD,

Agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

(A suivre.)

pour la rôtir, mais inférieure à 54 degrés, transmettait encore la maladie. Comme il est probable que personne en France ne renoncera à faire usage de viandes rôties ou saignantes, on peut dire que nous sommes tous exposés chaque jour à contracter le tœnia. D'ailleurs il est possible que, à ces causes permanentes d'infection, s'en ajoutent d'autres encore. Dans un travail communiqué à la Société des hôpitaux, M. L. Colin, après avoir montré le moins grande fréquence du tœnia dans l'armée et attribué cette immunité relative à la cuisson plus complète des aliments donnés aux soldats, rappelait que dans les pays sans hygiène, où les habitants et les étrangers ne font usage qu'exceptionnellement de la viande, l'extrême fréquence des parasites pourrait s'expliquer par l'ingestion accidentelle de cysticerques mêlés aux eaux de boisson. Ce qui frappe en Syrie, en Algérie, etc., c'est la quantité et la variété considérable d'helminthes dont sont atteints les hommes et les animaux. Dans les villes, le long des murailles, au bord des chemins, dit Desmourets, on voit des paquets d'anneaux de tœnia au milieu des matières fécales. Or Küchenmeister a vu des cysticerques ladrines en liberté dans l'eau dont un charcutier se servait pour laver des saucisses, Knoch a soutenu que l'eau de certains lacs, de certaines rivières pouvait servir de véhicule aux germes du bothriocéphale. Ne faut-il pas dès lors admettre avec M. Laboulbène que tout n'est pas dit encore au sujet du tœnia inermis ? Le mode de développement de ce ver n'est peut-être pas toujours le même, et peut-être arrive-t-il parfois que des espèces animales autres que le bœuf, ou même des eaux servant à l'alimentation lui servent de véhicule.

Mais, quoi qu'il en soit de ces hypothèses, il nous faut revenir ce fait que, le plus fréquemment, c'est par la viande de certains animaux que nous est transmise la maladie parasitaire. A ce point de vue, il n'est pas sans intérêt de rappeler les observations de M. Regnaud qui constate que, depuis la dernière guerre, la consommation des tœnifuges a considérablement augmenté. Ce fait pourrait s'expliquer de la manière suivante. En 1869 et 1870, la consommation des viandes de boucherie a été considérable, et depuis cette époque, l'aisance toujours croissante et les besoins plus raffinés de la majeure partie de la population, enfin les moyens de communication plus nombreux et plus rapides ont singulièrement augmenté cette consommation. Il y a quinze ou vingt ans, un très-grand nombre de Français ne mangeaient qu'exceptionnellement de la viande de bœuf; beaucoup d'autres n'achetaient que les bas morceaux, et mangeaient de la viande bouillie. Aujourd'hui le nombre de ceux qui ne mangent que des viandes rôties est infiniment plus considérable. Il en résulte que le sol ne suffisait plus à nourrir les bêtes à cornes destinées à l'alimentation, il faut importer en France des troupeaux achetés à l'étranger. C'est ainsi que M. Vidal croit la fréquence du tœnia inermis dans le centre de la France en rapport avec l'exportation des bœufs d'Afrique. Cette exportation a considérablement augmenté depuis la guerre. Elle n'était que de 2476 bœufs en 1870; elle a atteint 3610 en 1871, 48952 en 1872, 40312 en 1873, et 3079 en 1874. De même certaines races indigènes, par exemple les bœufs qui proviennent des Hautes-Pyrénées, seraient aussi infestées de toutes sortes de parasites (Masse).

De cette longue revue des observations récemment discutées à la Société médicale des hôpitaux, ou dans les diverses publications auxquelles cette discussion a donné naissance, il résulte donc : 1° que le nombre des malades atteints de tœnia inermis augmente progressivement; 2° que cette augmentation paraît tenir à l'usage plus fréquent d'une alimen-

tation en grande partie composée de viandes rôties, c'est-à-dire peu cuites, ou encore, en ce qui concerne surtout les enfants et les malades, à l'usage de viande crue hachée ou pilée; 3° qu'il faut tenir compte, non-seulement de ces causes, dont l'influence paraît démontrée, mais encore d'un certain nombre de circonstances accessoires, telles que la consommation de viandes provenant d'animaux plus exposés à être infestés de cysticerques, ou l'usage de certaines eaux pouvant servir de véhicule à des cysticerques encore vivants.

Si l'on admet ces conclusions, existe-t-il quelques mesures prophylactiques, dont on puisse recommander l'adoption ? Il est évident que nul ne pourrait songer aujourd'hui à proscrire l'usage des viandes saignantes. Mais faut-il, comme le recommande M. Roger, combattre l'usage de la viande crue et lui préférer les jus de viandes ou les bouillons préparés dans les marmites américaines ? Sans aller aussi loin, on peut recommander à ceux qui font usage de viande crue certaines précautions qui atténueront sans doute les dangers que peut présenter ce médicament. M. Laborde a déjà insisté (*Tribune médicale*, numéros 356 et 359) sur la nécessité de bien diviser la viande rapée, et de la mélanger à du bouillon froid, puis à du tapioca à peine tiède. Nous croyons qu'il est surtout utile d'insister sur la nécessité de bien choisir la viande destinée à l'alimentation d'un enfant ou d'un phthisique.

En coupant avec soin, au milieu d'un quartier de viande aussi bien dépourvu que possible de tendons, d'aponévroses et de graisse, un morceau bien homogène, en y pratiquant des tranches aussi minces que possible à l'aide d'un rasoir ou d'un couteau affilé, on peut, même à l'œil nu, et très-aisément à la loupe, apercevoir les kystes parasitaires s'il en existe. La viande crue sera dès lors assez facilement découpée en morceaux aussi tenus que possible, puis pressée et pilée sur une passoire, et mélangée ensuite à du bouillon tiède, si toute cette opération n'a révélé l'existence d'aucun cysticerque.

Plus importante encore serait une inspection rigoureuse des animaux livrés à la consommation. Nous ne demandons pas que l'on condamne à faire amende honorable, nu-pieds, en chemise, la corde au cou, tenant en ses mains une torche de cire ardente, du poids de deux livres, ayant écriteau devant et derrière portant ces mots : Directeur des boucheries qui a distribué des viandes lades aux soldats, « celui qui, comme Antoine Dubout l'avait fait en 1776, mettrait en vente des viandes infestées de cysticerques. Mais nous croyons possible une surveillance plus efficace des viandes livrées à la consommation publique, surtout lorsque celles-ci proviennent d'animaux venus d'Algérie, de Hongrie ou des Pyrénées, c'est-à-dire des pays où l'on rencontre surtout les animaux dont la chair est souvent remplie de cysticerques. Sans doute l'opération du laugayage est difficile, puisque les cysticerques du bœuf ne sont pas, comme ceux du porc, surtout disséminés sous la langue; mais on peut recommander l'examen du diaphragme, des muscles, des parois abdominales, du sternomastoiën, etc., qui paraissent être l'un des sièges les plus fréquents du tœnia inermis.

Enfin il importe de recommander, surtout dans les pays chauds, la destruction immédiate des matières excrémentielles qui peuvent contenir des proglottis. Cette mesure, très-utile au point de vue de l'hygiène publique, quelles que soient les raisons spéciales qui pourraient la faire adopter, devra être imposée par un règlement d'administration municipale, si l'on ne veut voir s'accroître davantage, de jour en jour, les progrès d'une maladie parasitaire dont on commence

à constater la gravité et dont les symptômes peuvent être longtemps confondus avec ceux des maladies les plus diverses.

Nous aurons à voir dans un prochain article quels sont les médicaments qui peuvent nous servir pour la combattre dans les cas où nous ne pouvons entraver son développement.

L. LEREBoullet.

(A suivre.)

COURS PUBLICS

Clinique médicale.

HÔPITAL SAINTE-EUGÈNE. M. CADET DE GASSICOURT : — GROUPE A FORME CHRONIQUE.

(Leçon recueillie par M. G. Marseille.)

Le petit malade qui va faire l'objet de cette leçon est un enfant couché au n° 8 de la salle Saint-Joseph et qui, opéré du croup le 8 avril dernier, a rendu des fausses membranes jusqu'à avant-hier, 8 mai, c'est-à-dire vingt-quatre jours après l'opération. Ce fait est exceptionnel; ordinairement, on effect, les fausses membranes cessent d'être expulsées un ou deux jours après l'opération du trachéotomie; quelquefois, l'enfant en rend encore le huitième, dixième ou douzième jour, parfois même le quinzième, mais il est rare de voir ce phénomène se prolonger aussi longtemps que dans le cas que nous avons sous les yeux.

Cet enfant qui était entré mourant, à la troisième période, celle de l'asphyxie, était tellement près de sa fin que la trachéotomie dut pratiquée sur-le-champ. Le résultat de l'opération fut un soulagement immédiat. Le petit malade se trouvait d'ailleurs dans des conditions favorables; il n'était ni rachitique, ni scrofuleux; il n'avait sur la langue et les amygdales que des plaques trépidantes de fausses membranes et ne présentait aucun engorgement manifeste des ganglions.

Le premier jour qui suivit l'opération, on ne nota rien de particulier, si ce n'est une légère gangrène superficielle de la plaie indiquée par une teinte sombre, assez peu marquée, de la canule et limitée d'ailleurs autour du pavillon, dans un espace très-restreint. Disons cependant que, les jours suivants, un léger érythème se manifesta autour de la plaie qui prit elle-même une teinte brune.

Néanmoins, aucune complication n'était survenue, il existait seulement un peu d'albumine dans les urines, et dès le deuxième jour la canule avait pu être retirée pendant deux heures. N'eût été l'élévation de la température qui oscillait entre 39 et 40 degrés, élévation due à la fièvre traumatique, on aurait été assez satisfait de la marche de la maladie.

La fièvre persista ainsi jusqu'au 22 avril, mais ce jour-là le thermomètre descendit notablement et tomba à 38°,2 le matin, et 38°,6 le soir. Enlin le 23, la température n'était plus qu'à 38 degrés. L'état général du malade devenait donc meilleur.

C'est alors précisément que commença le danger, qui grandissait en raison même des progrès de la convalescence. Et le danger reconnaissait deux causes : l'amélioration de l'état général, et celle de l'état local qui en était la suite.

En effet, la santé renaissant, la force plastique, si je puis m'exprimer ainsi, devenait plus grande, et la plaie se resserrait plus vite. Mais, d'autre part, la reproduction des fausses membranes ne s'arrêtait pas, et la réintroduction de la canule était immédiatement suivie de l'expulsion de produits pseudo-membraneux. Il était donc à craindre, si l'on retirait la canule, que l'enfant n'asphyxiât.

Cependant, dans les premiers jours, la plaie ne se resserrait pas avec une rapidité telle, que l'on ne pût retirer la canule pendant deux, trois, quelquefois même quatre heures. L'enfant (permettez-moi cette réflexion d'apparence paradoxale) n'était pas assez bien portant pour courir des dangers; la plaie ne se ressermait pas assez vite pour mettre obstacle à la réintroduction de la canule.

D'ailleurs, notre attention fut bientôt détournée de ce symptôme par un phénomène d'un autre ordre. La température qui s'était notablement abaissée les jours précédents reprit en effet sa marche ascendante, au point que le 26 au soir le thermomètre marquait 40 degrés dans l'aisselle. En même temps l'enfant était

pris d'une agitation extrême, il devenait pâle, et ne mangeait plus; évidemment une complication se préparait. L'examen de la poitrine nous révéla en effet l'existence de râles sous-crépitants dans le poumon gauche et d'un souffle rude au niveau de la racine des bronches. Nous avions évidemment affaire à une bronchite avec congestion pulmonaire.

Dès le lendemain, cet état s'améliorait; la congestion avait entièrement disparu, la température était descendue à 38 degrés. Seuls, les râles persistaient. Pendant ce temps, enfin, aucune fausse membrane n'était rendue, et la plaie elle-même ne se resserrait plus, car l'enfant était redevenu malade.

Mais comme j'avais en l'occasion, l'année dernière, d'observer dans le service deux cas analogues à celui-ci, je conservai une grande appréhension et je recommandai à la sœur de n'enlever la canule que pendant très-peu de temps.

Tout n'était pas fini d'ailleurs; le 28 avril, une nouvelle complication survint, et une de celles précisément dans lesquelles la difficulté d'enlever la canule est souvent très-grande. Il s'agissait cette fois d'une paralysie diphthérique du voile du palais; la moindre quantité de liquide ingéré était immédiatement rejetée par la canule. L'enfant mangeait à peine et un amaigrissement presque immédiat, fut la conséquence de cette nutrition incomplète. Bientôt la pâleur, la faiblesse altèrent croissants, et la première menace du côté des voies respiratoires avait à peine disparu, que cette deuxième complication produisait les plus fâcheux résultats.

En présence de ce refus absolu d'alimentation, j'employai pour nourrir le petit malade un moyen qui réussit assez souvent en pareille occasion. Au lieu des lavements de bouillon que l'on a l'habitude de prescrire et qui, même mélangés avec des jaunes d'œufs, ne constituent pas une alimentation fort réparatrice, je fis digérer 50 grammes de viande dans une quantité de pepsine suffisante pour que cette préparation consistât une sorte de pâte molle à laquelle je fis ajouter un jaune d'œuf et 150 grammes d'eau. Trois lavements, ainsi préparés, furent successivement injectés dans l'intestin dans les vingt-quatre heures. En même temps, je prescrivis à l'enfant une caligée à café de sirop de strychnine, soit 1 milligramme de sulfate de strychnine par jour. Ce régime fut continué pendant deux jours et au bout de ce temps nous avons pu constater une amélioration notable. Il était évident en effet que l'enfant s'était nourri et que ses 100 grammes de viande avaient produit un résultat très-favorable. En même temps, enfin, nous avions la satisfaction de voir que la paralysie diphthérique n'augmentait pas.

La température s'est alors abaissée à 38 degrés, puis est redescendue un peu au-dessous, à 37°,6, pour atteindre enfin 37 degrés le matin et 38 degrés le soir. On pouvait la considérer dès lors comme normale.

L'enfant allait donc mieux. Aussi j'avais peur, et quand le 30 avril au matin, la sœur du service me demanda si l'on devait remettre la canule après la visite, je répondis par l'affirmative. Néanmoins, malgré ma recommandation, cette précaution fut omise, et le petit malade resta tout le jour sans canule. Mais le soir un accès de suffocation intense lui amèrement regretter cette imprudence, et la réintroduction précipitée de l'instrument fut suivie de l'expulsion de fausses membranes abondantes. Il fallut recourir à la canule de Bourdillat, la plaie étant trop ressermée pour permettre l'introduction de la canule ordinaire. C'est, comme vous le savez, une canule composée de deux valves constituant une sorte de spéculum aplati. Plus tard, dès que la plaie est suffisamment agrandie, on substitue à celle-ci la canule ordinaire.

Depuis lors, nous avons été obligés de remettre la canule de plus en plus vite; à mesure que l'enfant allait mieux, c'est-à-dire à mesure que la plaie se resserrait de plus en plus, rapidement. Et comme le 5 mai la paralysie diphthérique, après une durée de sept jours, avait complètement disparu, les forces du malade augmentant, nous dûmes réintroduire la canule immédiatement après l'avoir enlevée. Actuellement, à peine l'a-t-on retirée qu'il faut, par précaution, la réintroduire aussitôt, et presque chaque fois cette petite opération s'accompagne de rejet de fausses membranes.

Disons toutefois que depuis deux jours cet accident ne s'est plus produit. Néanmoins, malgré cette amélioration, je laisse la canule en place et j'avoue que ce n'est pas sans un certain regret.

Il n'est pas indifférent, en effet, de maintenir longtemps cet instrument dans la trachée. On peut dire d'abord qu'à l'époque où nous sommes arrivés, à un moment aussi éloigné du début de

la maladie, elle ne provoque une certaine irritation de la trachée, et même une inflammation qui peut aller jusqu'à l'ulcération et plus tard jusqu'à la nécrose des anneaux. Je suis disposé à croire, il est vrai, que la présence de la canule amène ces fréquentes complications pulmonaires. Du moment que l'on prend les précautions nécessaires pour que l'air soit tamisé à son passage dans l'instrument et s'imprègne d'un certain degré d'humidité, je ne pense pas que les complications pulmonaires soient beaucoup plus redoutables après qu'avant l'opération. Mais un plus sérieux inconvénient, c'est que le passage de l'air par la canule étant, vous le jugez bien, insuffisant, quel que soit le calibre du conduit qui lui donne accès dans le poumon, l'hématose dont cet organe est le siège est elle-même amoindrie, et les enfants deviennent rapidement anémiques par défaut d'oxydation du sang. Enfin, je regrette que ce petit malade soit à l'hôpital; mais, tout en désirant l'envoyer respirer l'air de la campagne, j'hésite à signer sa sortie. Il est en effet nécessaire chez lui d'enlever et de remettre de temps en temps la canule, et cette manœuvre ne serait pas sans présenter un certain danger entre des mains inexpérimentées. Peut-être sa sortie immédiate n'aurait-elle aucun inconvénient, mais si par malheur quelques fausses membranes restaient encore, il y a tout lieu de croire qu'on laisserait étouffer l'enfant, par négligence ou par impéritie.

Ce fait est incontestablement très-intéressant, et, quoique rare, il peut se présenter à vous dans le cours de votre pratique. Pour ma part, j'en ai vu deux cas l'année dernière, et tous les médecins d'enfants en ont observé. Quelques faits analogues sont éparés dans la science, et un de mes intimes, M. le docteur Hebre, a fait, l'année dernière, sa thèse sur ce sujet. Voici du reste comment se sont comportés les deux cas que j'ai observés; ils sont en somme à peu près identiques à celui que vous avez sous les yeux.

Dans l'un, il s'agit d'un enfant de cinq ans chez lequel la trachéotomie fut faite avec la plus grande simplicité. Aucun incident ne se produisit, et l'amélioration marcha avec une telle rapidité que cinq jours après l'opération, la fièvre traumatique était tombée et que la température ne s'est plus relevée. Jusqu'à la fin elle est restée normale. Or cette fin a été loin du début, car ce ne fut qu'au bout de six semaines seulement que l'on put retirer définitivement la canule. Jusqu'au trente-cinquième jour, des fausses membranes furent rendues, et il ne s'écoula pas trois jours sans que quelques-unes fussent expulsées.

Le second cas est absolument calqué sur le précédent. L'enfant avait le même âge : cinq ans et demi. L'opération fut pratiquée dans des conditions excellentes, aucun incident ne vint le compliquer et le rétablissement du petit malade fut rapide. Dès le sixième jour, la fièvre traumatique avait fait place à une température normale qui ne se releva plus dans la suite. Néanmoins, la canule ne put être retirée qu'au bout de deux mois et il y eut un rejet de fausses membranes pendant quarante-six jours, de la même façon que dans le cas précédent.

Vous voyez donc qu'il faut être bien prévenu; car toujours, dans ces cas, les enfants se portent bien, et c'est même une condition nécessaire de cette complication. La plaie se referme avec rapidité et des fausses membranes continuent à être produites dans la trachée.

M. Bergeron a également rapporté un fait de ce genre, quoi que différant un peu du précédent. Chez le sujet dont il relate l'observation, l'opération fut facile, et la cicatrisation de la plaie se fit régulièrement. Mais, à partir du moment où l'enfant commença à rendre de fausses membranes, il se faisait une légère élévation de la température qui se manifestait à chaque poussée et qui persistait pendant vingt-quatre, trente-six, quarante-huit heures. Enfin M. Soné, dans sa thèse inaugurale, cite un cas dans lequel les fausses membranes ont été rejetées jusqu'au trente-deuxième jour. Ces cas d'ailleurs ont été suivis de guérison.

Ces faits, comme vous le voyez, se ressemblent beaucoup, et j'ajouterais que, pour ceux du moins que je connais, à moins de complication, la guérison a été la règle.

Maintenant, Messieurs, quels enseignements peut-on tirer de ces faits? On peut les envisager sous deux points de vue différents, l'un exclusivement pratique, l'autre, qui touche à des questions théoriques de la plus haute importance.

Pratiquement, en effet, cette expulsion prolongée des fausses membranes est une des causes qui retardent l'ablation définitive de la canule, au même titre que le spasme, la tuméfaction de la muqueuse laryngée, les bourgeons charnus pédiculés des bords de la plaie, les polypes laryngés et trachéiens, etc., etc. Par ces seuls motifs, les faits de ce genre seraient utiles à connaître : non prévenu, le médecin pourrait tenter d'enlever trop tôt la canule, au grand dommage du petit malade et de lui-même. Je vous ai signalé tout à l'heure les dangers d'une ablation prématurée de l'instrument, et vous jugez quelle serait l'atteinte portée à la réputation du médecin qui laisserait ainsi étouffer son malade. Et quand même ce malheur n'arriverait pas, l'étonnement seul provoqué par ce fait insolite devrait encore être évité, car la surprise du médecin excite la défiance du public, qui vous pardonnera plutôt (quoiqu'il ne vous pardonne guère) la mort du malade qu'une erreur du pronostic.

Abordant maintenant le côté théorique et nosologique de la question, nous pouvons nous demander ce que font ces fausses membranes. Sont-elles diphthériques ou inflammatoires? Il est difficile de le dire avec exactitude, et la même réponse ne convient peut-être pas d'ailleurs aux diverses phases de la maladie. A ce début, rien ne nous autorise à admettre que nous ayons sous les yeux autre chose qu'une diphthérie; ce n'est que plus tard, et lorsque les fausses membranes se reproduisent incessamment au milieu d'une santé parfaite que la question peut être posée et non résolue.

La solution, jusqu'à présent, ne nous est pas donnée par le microscope; les examens histologiques que j'ai faits et fait faire nous ont toujours montré la nature fibrineuse de ces fausses membranes, à quelque époque de la maladie qu'elles fussent examinées. Elles ne paraissent donc différer en rien, histologiquement, des fausses membranes diphthériques. Ce n'est pas non plus l'apryxie qui permet de refouler l'idée de diphthérie. Vous savez, et j'ai insisté longuement sur ce point dans une précédente leçon, que l'un des caractères propres de la diphthérie était l'apryxie, excepté tout à fait au début et dans le cas de complications. L'absence de fièvre serait donc un argument en faveur de la diphthérie et non contre elle, d'autant plus qu'une inflammation de la muqueuse trachéale assez vive pour produire des fausses membranes relativement épaisses se comprendrait difficilement sans être accompagnée de fièvre. A ce point de vue, le fait de M. Bergeron que je vous ai cité, et dans lequel chaque production nouvelle de fausses membranes était précédée d'une élévation légère de la température, est intéressante à noter.

Mais, d'autre part, à quel point cette marche peut ainsi dire chronique de la diphthérie serait bizarre, et à quel point elle s'éloignerait de tout ce que nous savons sur cette terrible maladie; elle, dont le nom seul inspire l'effroi, en arriverait à n'être plus qu'une fabricante de fausses membranes inoffensives.

Vous le voyez, messieurs, la question est loin d'être résolue; et cependant il y aurait un grand intérêt à ce qu'elle le fût. On saurait alors si la contagion est à craindre; on saurait aussi s'il y a lieu de redouter que la maladie ne s'étende, et de locale ne devienne générale. Cette maladie peut-elle, arrivée à ce degré et après l'expulsion prolongée des fausses membranes, se généraliser et devenir un agent d'intoxication? Pour ma part, je n'ai pas dans ma pratique de faits qui autorisent cette manière de voir, et si l'on en croit l'expérience de M. Bergeron et de M. Barthez, jamais ces auteurs n'ont vu la diphthérie se généraliser dans ces conditions. Quelquefois, il est vrai, ils ont vu les fausses membranes s'étendre jusque dans les bronches et le malade

succomber à une bronchite pseudo-membraneuse, mais non à un empoisonnement diphthérique. Ces faits sont rares d'ailleurs, et jusqu'à présent de ceux que je connais, la guérison a été la règle.

Mais, messieurs, nos embarras ne sont pas finis : quel nom donnerons-nous à cette maladie ou plutôt à cette forme de maladie ? L'appellerons-nous diphthérie chronique ? C'est là, convenons-en, une singulière alliance de mot. Et puis, où commencerait et où finirait cette chronicité ? A quel moment cesserait d'être aiguë cette maladie qui guérit au bout de six semaines, deux mois et deux mois et demi ? En outre, il y a quelque bizarrerie à appeler chronique une maladie qui guérit presque toujours. La désignerons-nous par le nom de diphthérie prolongée ? Mais est-ce de la diphthérie, sinon au début, au moins jusqu'à la fin ? Il y a là, incontestablement, *reproduction continue de fausses membranes dans la trachée*. C'est cette périphrase qui est le plus près de la vérité, et peut-être devrions-nous nous y tenir. Le mot *croup à forme chronique* que j'ai mis en tête de cette leçon est loin de me satisfaire, et je ne l'emploie qu'à regret.

Pour en revenir à notre petit malade, je porte chez lui un pronostic favorable. Malheureusement il est à l'hôpital, c'est-à-dire exposé aux influences nosologiques, à l'air vicié, à la contagion des maladies éruptives, et si, d'un coup de baguette, je pouvais le transporter à la campagne, en plein air et en plein soleil, je crois que j'oserais répondre de sa vie.

Cela, malheureusement, est impossible ; je ne saurais songer à le rendre à ses parents, qui, comme je l'ai dit, pourraient commettre quelque imprudence. Quant à notre maison de convalescence de la Roche-Guyon, il n'y faut pas songer davantage ; les enfants y sont à peu près livrés à eux-mêmes, et on n'exercerait pas sur lui la surveillance nécessaire. Force nous est donc de nous contenter de l'hôpital. Les soins matériels ne lui manqueront pas, à coup sûr ; la canule sera chargée chaque matin, une sollicitude toute maternelle entourera ce petit être ; nous pourrions à cet égard avoir toute confiance dans l'admirable dévouement et dans l'intelligente bonté de notre sœur hospitalière. Déjà, par un régime tonique et réparateur, nous avons relevé les forces de cet enfant, et nous continuons dans cette voie. L'alcool, dont nous avons usé largement au début, est abandonné maintenant, et remplacé par le sirop d'iode de fer et le sirop de quinquina ; l'alimentation est substantielle, enfin nous lui faisons, autant que possible, passer toute sa journée au grand air, en ménageant pourtant sa susceptibilité et en évitant toute cause de refroidissement.

Voilà pour le traitement général. Mais nous avons à nous préoccuper ici d'un autre problème, qui éveille, à juste titre, toute notre sollicitude. Nous ne voulons laisser la canule dans la trachée que pendant le temps nécessaire, et nous devons la laisser tout le temps nécessaire. De là des tâtonnements inévitables ; et voici comment nous allons nous y prendre : d'abord, nous maintiendrons la canule en place tant que le malade expulsera des fausses membranes, et même trois ou quatre jours au delà ; puis, pour nous rendre compte de l'état des voies aériennes et savoir si le larynx est perméable à l'air, nous emploierons la canule parlante. C'est là, vous le savez, une canule percée, sur sa convexité, d'un trou ovale, et qui du côté de l'orifice externe est fermée par une petite boule. Quand l'enfant fait une inspiration, cette boule reute en dedans au moment de l'expiration, elle est chassée au dehors et empêche la sortie de l'air. Nous saurons alors si les voies sont libres, et nous pourrions nous décider peut-être, et avec la plus grande prudence, à retirer la canule d'une façon définitive.

Mais, encore une fois, nous nous proposons d'agir avec la plus extrême circonspection, et même de surveiller l'enfant de très-près lorsqu'il sera privé de canule ; car si, comme l'a dit mon ami et collègue le docteur Millard, le moment où

l'on enlève la canule est toujours un moment plein d'angoisses, c'est surtout dans des cas comme ceux-ci, où l'événement est toujours incertain et où la plus légère inattention pourrait être cruellement punie.

P.-S. — Depuis que cette clinique a été faite, j'ai revu à plusieurs reprises le petit malade ; toutes les tentatives faites pour enlever définitivement la canule ont été infructueuses, et hier encore, 15 juin, une petite fausse membrane a été expulsée, *soixante et un jours* après la trachéotomie. Cette fausse membrane présentait tous les caractères histologiques de la fausse membrane diphthérique : une trame fibreuse très-résistante, recouverte de canules épithéliales et contenant quelques leucocytes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 10 JUILLET 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

DE LA PANIFICATION AUX ÉTATS-UNIS ET DES PROPRIÉTÉS DU HOUBLON COMME FERMENT, par M. L. Pasteur. — L'auteur conclut de ses expériences que, contrairement aux assertions de M. Sacc (séance du 6 décembre 1875), le houblon n'a aucune influence pour faire lever la pâte, et qu'on ne peut admettre qu'il renferme un ferment alcoolique soluble. La pâte lève par suite du développement d'organismes microscopiques ; le houblon peut favoriser ou empêcher la production de certains d'entre eux ; il donne surtout au pain un peu d'amertume qui peut plaire à certaines personnes et à laquelle on doit s'habituer facilement.

HOMME PLIOCÈNE. — M. de Quatrefages, en présentant à l'Académie un travail de M. Capellini, imprimé en italien et portant pour titre : L'HOMME PLIOCÈNE EN TOSCANE, rappelle qu'il a déjà entretenu l'Académie de la découverte due à M. Capellini. Les planches qui accompagnent le travail présentent tous les caractères d'incisions faites sur l'os encore frais par un instrument tranchant, qui, dans plusieurs cas, a pénétré obliquement en faisant éclater l'os sur une des faces de l'incision, tandis que l'autre est lisse et nettement délimitée. L'existence de l'homme en Toscaue à l'époque pliocène est donc définitivement démontrée.

ART DU CHANT. — Madame A. Lacombe adresse, pour le concours des prix de médecine et chirurgie (fondation Montyon), un ouvrage accompagné d'une note manuscrite sur la science du mécanisme vocal et l'art du chant. (Renvoi à la commission.)

CARACTÈRES ANATOMIQUES DU SANG DANS LES ANÉMIES. — Deuxième note de M. G. Hayen. — Après avoir décrit dans sa première note les caractères histologiques des globules rouges dans les anémies, l'auteur résume dans celle-ci les résultats de ses recherches sur le pouvoir colorant du sang.

Dans les études anatomiques entreprises sur les anémies, on s'est préoccupé surtout jusqu'à présent de la numération des éléments du sang. Cependant, d'après les faits rapportés dans notre précédente note, il est évident que du moment où les globules rouges sont altérés, tout procédé tenant uniquement compte de leur nombre est imparfait. Il est nécessaire de chercher à évaluer par un autre moyen la proportion de substance globulaire active contenue dans le sang, c'est-à-dire la proportion d'hémoglobine.

C'est John Duncan qui le premier, croyons-nous, en l'idée, en 1867, d'étudier le pouvoir colorant des globules à l'aide de solutions de sang salées. M. Hayen a repris cette étude en se servant de nouveaux procédés et en étendant ce genre de recherches à toutes les anémies.

« Afin, dit-il, de rendre la détermination du pouvoir colorant du sang facile et expéditive, nous utilisons le mélange sanguin

préparé pour la numération des globules. Après avoir pris la goutte nécessaire pour faire cette numération, on verse le mélange sanguin dans une cellule de verre, formée par un anneau de verre blanc collé sur une lame également de verre blanc. En appliquant cette sorte de cuvette sur une feuille de papier écolier ordinaire, la couche de sang diluée qu'elle contient présente une teinte particulière qui varie nécessairement suivant la richesse du sang en hémoglobine. Comme, d'autre part, on a fabriqué à l'aquarelle un certain nombre de rondelles colorées du même diamètre que la cellule de verre et représentant une échelle de teintes aussi analogues que possible à celle des divers mélanges sanguins, il ne reste plus qu'à déterminer par comparaison à quelle teinte correspond le couleur du mélange contenu dans la petite cuvette (1).

Après avoir obtenu une échelle de teintes, il restait à déterminer la valeur de chaque teinte. Nous avons choisi comme point de départ, comme étalon en quelque sorte, la plus forte coloration que puisse donner chez l'adulte le sang du bout du doigt : c'est la teinte que présente habituellement le sang veineux. Nous avons eu ainsi le n° 1 de notre échelle, c'est-à-dire celui qui correspond à la proportion d'hémoglobine la plus forte du sang normal.

Nous appelons R la quantité d'hémoglobine et nous posons $R = 1$ pour représenter le maximum de matière colorante contenue dans le sang normal. Ce maximum correspond à 6 millions de globules sains par millimètre cube.

En faisant varier nos dilutions de sang normal dans des proportions convenables, nous avons pu estimer la valeur de chacune de nos teintes par rapport à 1. De plus, en faisant comme contre-épreuve la numération des globules dans chaque dilution, nous avons pu inscrire à coup sûr, à côté de la valeur de chaque teinte par rapport à 1, le nombre correspondant de globules normaux.

L'examen du sang, fait d'après ces principes et par ce procédé chez plusieurs individus sains et un grand nombre de malades, nous a permis d'arriver aux principales conclusions suivantes :

La quantité d'hémoglobine contenue dans le sang varie, à l'état pathologique, dans des proportions considérables. Soient, comme nous l'avons posé plus haut, R la quantité d'hémoglobine et 1 la valeur de R dans le sang le plus riche. La quantité d'hémoglobine, soit R, peut osciller de 1 à $\frac{1}{15}$, c'est-à-dire 0,06 sans qu'il y ait anémie.

À l'état normal, on trouve le plus souvent $R = 0,85$ ou 0,90.

L'anémie commence lorsqu'on trouve $R < \frac{1}{15}$.

Quand on embrasse tous les degrés et toutes les variétés d'anémie dans un tableau d'ensemble, on voit que R varie de $\frac{1}{15}$ à 1, soit de 0,06 à 0,125, ce qui constitue un vaste champ d'oscillations, dans lequel on peut trouver toutes les proportions intermédiaires entre les deux chiffres extrêmes.

Dans les anémies profondes, la quantité d'hémoglobine contenue dans le sang est donc environ huit fois moins forte qu'à l'état normal.

N'ayant pas observé de mort par anémie, il nous est actuellement impossible d'indiquer le minimum de la valeur de R, c'est-à-dire la proportion d'hémoglobine qui cesserait d'être compatible avec la vie.

Dans les anémies de moyenne intensité, R oscille entre $\frac{1}{3}$ et $\frac{1}{4}$, soit entre 0,50 et 0,25.

Cela posé, lorsqu'on met en regard de la richesse du sang en hémoglobine le nombre des globules rouges, on obtient des valeurs qui sont loin d'être proportionnelles, et ce rapprochement permet d'apprécier l'importance de l'altération individuelle des globules. C'est sur ce dernier point que portera notre prochaine communication.

INFLUENCE DE LA FATIGUE SUR LES VARIATIONS DE L'ÉTAT ÉLECTRIQUE DES MUSCLES PENDANT LE TÉTANOS ARTIFICIEL. Note de MM. Morat et Toussaint. — Dans une précédente note, les auteurs ont exposé les résultats fournis par la contraction induite pour l'étude des phénomènes électriques de la contraction volontaire et du tétanos artificiel provoqué par une série d'excitations rapprochées. Voici la substance de la nouvelle communication :

Tout tétanos provoqué par un nombre relativement peu

fréquent, mais constant, d'excitations, s'il se prolonge un certain temps, présentera trois phases, nullement distinctes dans son propre graphique, mais qui se traduisent dans le tracé de la patte induite par trois phases bien nettes, correspondant à des états électriques différents du muscle inducteur. *Première phase* : les secousses brèves du tétanos inducteur, que le graphique montre déjà fusionnées, s'accompagnent en réalité d'oscillations accentuées de la variation négative (tétanos induit) ; *deuxième phase* : la fusion des secousses devient de plus en plus parfaite (chute graduelle du tétanos induit) ; *troisième phase* : les secousses composantes du tétanos s'allongent de plus en plus, les oscillations électriques s'atténuent au point de ne plus provoquer de réactions dans la patte galvanoscopique (cessation du tétanos induit).

En tenant compte des modifications de l'état électrique des muscles, nous pouvons distinguer dans le tétanos artificiel deux types : l'un dans lequel les secousses sont assez parfaitement fusionnées pour être presque invisibles dans le graphique musculaire, mais où la valeur de la variation négative subit néanmoins à chaque secousse des oscillations capables d'induire un tétanos secondaire ; ce type peut être considéré comme un tétanos encore imparfait. Dans l'autre type, non-seulement les secousses sont fusionnées, mais la variation négative est amenée à une valeur à peu près constante ; c'est le tétanos parfait, celui que les indications de la patte galvanoscopique nous montrent semblable à la contraction volontaire.

INFLUENCE DES FORCES PHYSICO-CHIMIQUES SUR LA FERMENTATION DE L'URINE. Note de M. H.-Ch. Bastian.

Dans l'autonne de 1875, j'ai constaté que l'urine normale et acide, rendue stérile par l'ébullition, pouvait devenir fertile en deux ou trois jours lorsqu'elle était saturée exactement par la potasse, sans autre contamination, et après avoir été exposée à une température élevée. Il m'est impossible dans cet extrait, comme je le fais dans mon mémoire, de donner le détail de mes expériences, mais je dois dire que j'ai pris les précautions les plus minutieuses pour éviter dans mes essais l'influence des germes qui auraient pu se trouver dans la potasse ou sur les parois des appareils que j'employais ; j'ai éliminé également, avec le plus grand soin, tous les germes que l'air aurait pu apporter. Quant à l'influence de l'oxygène dans la fermentation de l'urine, je l'ai constatée en soumettant l'urine (rendue stérile) neutralisée par la potasse, à l'action d'un courant électrique, au moyen d'électrodes en platine que j'avais placées préalablement dans les lacques qui contenaient l'urine ; dans ces expériences comme dans les précédentes, toutes les précautions ont été prises pour éliminer les germes atmosphériques.

Les résultats de ces expériences furent très-remarquables ; sous l'influence combinée de la potasse, de l'oxygène et de la température de 122 degrés F. (50 degrés C.), l'urine stérile fermenta rapidement et fut remplie de bactéries en sept à douze heures, c'est-à-dire dans un temps beaucoup moins long que celui qui aurait été nécessaire pour faire fermenter à l'air l'urine normale pendant l'été...

Il résulte donc des expériences que je viens d'analyser que la fermentation de l'urine est absolument indépendante des germes qui peuvent exister dans l'air.

Année de médecine.

SÉANCE DU 18 JUILLET 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. CHATIN.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : a. Le compte rendu des épidémies qui ont régné dans le département de l'Orne en 1875. (*Commission des épidémies*.) — b. Une demande faite par madame Saphary pour l'exploitation des eaux minérales du Vie-sur-Cère. (*Commission des eaux minérales*.) — c. Une demande du conseil municipal de Courmauché (Loire), pour l'exploitation d'une source d'eaux minérales située sur le territoire de cette commune. (*Même commission*) — d. Le tableau des vaccinations pratiquées en 1875 dans les départements des Alpes-Maritimes, du Gers, d'Indre-et-Loire, de la Nièvre, de la Sarthe et du Var. (*Commission de vaccine*.)

M. Larrey offre à l'Académie, au nom de M. le docteur Flein, les Leçons de clinique chirurgicale professées à l'Hôpital Saint-Louis pendant les années 1874 et 1875.

M. Oulmont présente à l'Académie, au nom de M. le docteur Hallopeau, l'article

(1) L'auteur reconnaît que ce procédé n'est pas d'une extrême rigueur, mais qu'il est suffisant et qu'il a l'avantage de n'exiger qu'une goutte de sang.

Neuils épistème du NOUVEAU DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUE.
M. Terrier dépose sur le bureau un ouvrage de M. Matthews Duncan sur le Mécanisme de l'accouchement, traduit par M. le docteur Budin.

PANSEMENT OUATÉ. — M. Pasteur vient réfuter les critiques de M. Jules Guérin. L'expérience qu'il a présentée il y a quinze jours et qui démontre qu'une épaisseur de 1 mètre et plus de coton très-fortement tassé n'oppose au passage des gaz qu'une résistance pouvant être évaluée à une pression de 2 ou 3 millimètres d'eau, démontre sans réplique que sous le pansement de M. Alphonse Guérin l'air circule et se renouvelle à la surface de la plaie et dans un état de pureté parfaite. M. Jules Guérin conteste ce point; mais il n'est pas difficile de lui prouver qu'il se rend un compte très-inexact de ce qui se passe sous le pansement ouaté ou à sa surface. M. Jules Guérin oublie deux choses essentielles : les variations de l'air que détermine la chaleur naturelle du membre amputé et les variations incessantes de la pression atmosphérique à la surface du coton. Cette pression peut être évaluée par des chiffres assez précis (voy. *Premier-Paris*).

M. Pasteur ne veut pas s'occuper de la question purement chirurgicale; mais il croit néanmoins pouvoir émettre quelques idées préconçues, puisque la science n'est pas encore fixée sur tous ces points. Sous cette discussion se cache, en effet, un des plus grands problèmes de la chirurgie, celui de la cicatrisation des plaies et du retour aux formes primitives des membres blessés. Un grand nombre de chirurgiens pensent encore aujourd'hui qu'il est nuisible pour une plaie de faire circuler l'air à sa surface, et ils disposent leurs pansements en conséquence; mais il y a deux choses à considérer dans l'air : sa nature chimique proprement dite et les matières qu'il tient en suspension. Les idées reçues et les dispositions des modes de pansement qui veulent que l'air soit exclu ne seraient-elles pas la conséquence de faits propres aux poussières, c'est-à-dire à ce qu'il y a d'étranger à la nature de l'air? M. Pasteur pense, jusqu'à preuve du contraire, que l'air pur, par son oxygène principalement, doit avoir sur la cicatrisation des plaies une grande et salutaire influence et que les poussières seules sont à redouter.

M. Jules Guérin pense que M. Pasteur pénètre trop avant dans le domaine chirurgical, qui lui est étranger, et qu'en admettant même que l'air pénètre très-pur à travers la ouate il ne peut avoir aucune action bienfaisante, puisqu'il existe sur la plaie une sécrétion plastique, une espèce de croûte qui annule le bénéfice de cet air pur, auquel M. Pasteur attache tant d'importance.

La plupart des questions posées par M. Pasteur ont été résolues depuis longtemps. Il est prouvé qu'en l'absence de l'air il n'y a pas de suppuration, et que par la présence de l'air il y a suppuration. « Je nie, dit en terminant M. Jules Guérin, qu'il y ait diminution de pression dans le bandage ouaté. Mes expériences m'ont démontré que lorsqu'on a appliqué ce bandage il y a une sécrétion de gaz qui établissent une pression qui contre-balance celle qui peut venir de l'extérieur ».

M. Pasteur maintient ses assertions, qui sont appuyées sur des faits physiques clairs et irrécusables. Il pense que l'oxygène de l'air, qui a une telle importance dans tous les phénomènes de la nutrition, doit être extrêmement utile à la réparation des tissus.

M. Alphonse Guérin dit qu'il n'a pas cherché dans son pansement à éloigner la plaie du contact de l'air; il considère l'air comme utile aux plaies. C'est également l'avis de Lister et des autres chirurgiens dont le pansement a simplement pour but de faire arriver sur la plaie un air chargé de substances antiseptiques.

Il y a beaucoup d'autres faits qui prouvent que l'air ne nuit pas aux plaies. Dernièrement, il a été démontré que les ulcérations du col utérin guérissent mieux lorsqu'on y dirigeait de l'air. On considérait autrefois comme très-grave l'ou-

verture d'une articulation, mais on ouvre aujourd'hui une articulation sans la moindre crainte; l'air y pénètre, mais grâce au pansement ouaté il y arrive filtré. Il était important que cette discussion eût lieu, car on a cru jusqu'à présent que l'air était nuisible aux plaies.

M. Jules Guérin proteste contre toutes les erreurs qui viennent d'être énoncées et demande que l'Académie nomme une commission dont MM. Alphonse Guérin et Pasteur feront partie. C'est le seul moyen d'éclaircir la question. L'Académie, consultée, refuse de se rendre au désir de M. Jules Guérin et demande l'ordre du jour.

SOUFFLE PUERFÉRAL. — M. Depaul présente une pièce anatomique à l'appui de la théorie qu'il a exposée dans les séances précédentes. C'est un utérus gravide sur lequel on voit, en effet, l'artère utérine, restée grêle depuis son origine jusqu'au moment où elle arrive sur les parois de l'organe, et qui augmente considérablement de volume au moment où elle commence à fournir des branches. Il est également à remarquer que toutes les branches qui naissent de cette artère et qui s'enfoncent dans le tissu utérin sont elles-mêmes plus grosses que le tronc à son origine. On peut donc parfaitement admettre que ces vaisseaux puissent produire le bruit de souffle de la grossesse. L'artère ovarique offre des dispositions exactement semblables.

M. Bouillaud constate que ces artères, quoique volumineuses, ne sauraient être comparées à la crurale, aux iliaques et autres artères du bassin.

Eaux minérales. — M. Laboulière lit un rapport sur le service des eaux minérales en France pendant les années 1872 et 1873.

EXCISION DE LA RATE. — M. Péan présente une malade chez laquelle il a pratiqué la splénotomie. Après avoir lié en masse l'épiploon gastro-splénique et pratiqué séparément la ligature des vaisseaux qui se rendent à la rate, le chirurgien a fait l'ablation de cet organe. L'opération a été faite il y a trois mois et la malade est aujourd'hui parfaitement guérie. Elle ne présente aucun trouble fonctionnel grave et les autres viscères de la cavité abdominale ont conservé leur position respective.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 5 JUILLET 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. HOUEL.

CORRESPONDANCE. — GLAUCOME HÉMORRHAGIQUE. — SYNCHISIS ÉTINCÉLANT. — SUR LA DÉNUDATION DES NERFS. — OBSERVATIONS D'OVARIOTOMIE. — LE GENU VALGUM.

La correspondance comprend : 1° l'article *Mélanose*, par M. Heurtaux (de Nantes), extrait du DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES; 2° une observation de M. Lemay (de Saint-Sever-sur-Adour); Taille par la méthode urétrale chez une jeune fille de neuf ans; extraction d'un calcul pesant 25 grammes, ayant pour centre une aiguille.

— M. Panas lit un rapport sur une communication de M. Poncet (de Cluzy), relative au glaucome hémorragique, et au synchisis étincélant.

— M. Nepveu lit un travail intitulé : CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA DÉNUDATION DES NERFS.

— M. Terrier communique deux observations d'ovariotomie : l'une suivie de guérison et l'autre de mort.

— M. Tillaux présente un jeune homme qui n'a pas encore quinze ans, et sur lequel il a pratiqué l'opération de Delcroix (de Lyon) pour le redressement du *genou valgum*. Ce garçon a été opéré de la jambe gauche le 3 novembre 1875; avant l'opération, il y avait 20 centimètres d'écartement entre les deux malléoles, les genoux se touchant. Le genou droit fut

opéré le 16 février dernier. Aujourd'hui le malade est bien redressé; il n'y eut à la suite de ces opérations aucun accident.

M. Forget demande à M. Tillaux quelle est la lésion produite par ce redressement brusque; y a-t-il fracture des épiphyses ou déchirures des ligaments?

M. Sée a obtenu de bons résultats avec les appareils pour le redressement du *genu valgum*; mais le traitement dure très-longtemps.

M. Tillaux ne peut pas indiquer exactement la lésion produite par le redressement brusque; il y a décollement d'une épiphyse, tantôt du côté du tibia, tantôt du côté du fémur. La déchirure des ligaments est considérée comme une complication; M. Tillaux ne l'a pas observé à la suite de ses manœuvres. Avec des appareils, on redresse des enfants très-jeunes, mais on n'obtient rien chez des adolescents.

M. Lannelongue voit à l'hôpital Sainte-Eugénie des enfants de quatre à sept ans dont les genoux sont déviés; plus tard, la difformité augmentera et fera croire au développement du *genu valgum* pendant l'adolescence. M. Lannelongue a déposé au musée Dupuytren une pièce qui démontre que la capsule tient à une saillie considérable du condyle interne. D'après les expériences de M. Delore, les ligaments ne sont pas déchirés dans le redressement brusque du genou. Le *genu valgum* est une maladie commune dans la classe pauvre.

Société de biologie.

SÉANCE DU 15 JUILLET 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

DES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES : M. CHARCOT. — ALTÉRATIONS DE LA PEAU DANS L'ÉRYTHÈME DES NOUVEAU-NÉS (ÉRYTHÈME VÉSICULEUX) : M. PARROT. — DE LA FORME VARIABLE DE LA PLANTE DU PIED DANS LES DIVERSES ESPÈCES DE PARALYSIES DE LA JAMBÉ : M. ONDIS. — ÉTUDE SUR L'ACTION DE L'AIR COMPRIMÉ ÉTUDIÉE AU POINT DE VUE MÉCANIQUE : M. PAUL BERT. — HÉMORRHAGIE DU PLANCHER DU QUATRIÈME VENTRICULE : M. DUTHAY. — RÉTINITE ALBUMINIQUE : M. PONCET (DE CLUNY). — RECHERCHES SUR LE NŒUD D'ACTION DES ANESTHÉSIOLOGES : M. CL. BERNARD.

M. Charcot présente de très-intéressantes considérations à propos des localisations cérébrales. Il explique d'abord que l'on ne connaît presque rien de ce qui a trait aux localisations dans les masses centrales; que, abstraction faite de la partie postérieure de la couronne rayonnante de Reil, il est donc, dans presque tous les cas, impossible de dire d'une manière sûre quelle partie des masses centrales a été lacerée par une lésion cérébrale en foyer.

Mais les nombreuses observations qu'il a recueillies lui-même ou qu'il a analysées, lui permettent de répéter de nouveau qu'il existe des localisations, maintenant bien connues, dans l'écorce grise des circonvolutions. A ce propos, M. Charcot énumère les principaux centres connus et rappelle sommairement à quels signes on peut reconnaître qu'ils sont lésés.

À l'appui de cette théorie, M. Charcot dit que les divers centres n'ont pas la même structure; c'est ainsi que, dans le système paracentral, on trouve des grandes cellules avec prolongement cylindrique (cellules de Beiter) qu'on ne rencontre pas dans les parties voisines.

En résumé, l'anatomie minutieuse comme l'expérimentation et l'observation clinique tendent d'un commun accord à établir que les diverses parties de l'écorce grise du cerveau ont un rôle propre à chacune d'elles.

— M. Parrot a étudié la structure de la peau dans l'érythème des nouveau-nés; aujourd'hui il exposera les lésions de l'érythème vésiculeux, réservant pour une communication ultérieure l'érythème papuleux.

La couche cornée, augmentée d'épaisseur, est soulevée, et

immédiatement au-dessous, dans la partie superficielle du corps de Malpighi, on voit les cellules très-augmentées de volume, exclusivement au dépend du plasma du corps de la cellule, le noyau ne participant pas à l'hypertrophie. Ces cellules sont devenues hydropiques.

— M. Onimus fait voir que la plante du pied prend une forme différente suivant la nature de la paralysie; il obtient cette forme en faisant appuyer le pied du malade sur un papier enduit de noir de fumée. Il pourra prochainement donner des détails sur les diverses paralysies.

— M. Paul Bert dit que jusqu'ici on s'est surtout occupé des effets chimiques de l'air comprimé. Or, dans une nouvelle série de recherches il a étudié l'action de l'air comprimé, abstraction faite des modifications chimiques. Il a ainsi constaté plusieurs effets remarquables, entre autres une modification dans la forme du tracé sphymographique. Nous reviendrons sur cette étude.

— M. Dutray communique à la Société l'observation d'un malade qui, à la suite d'une hémorragie du plancher du quatrième ventricule, a présenté de l'albuminurie et de la glycosurie.

— M. Poncet (de Cluny) résume ainsi le résultat de ses recherches dans cinq cas d'albuminurie :

Les lésions qui atteignent les membranes profondes de l'œil, dans certaines variétés d'albuminurie, se rencontrent sur la rétine, dans le corps vitré, dans la choroïde et dans le nerf optique. Sur la membrane nerveuse se produisent des hémorragies, des exsudats liquides, des plaques fibrineuses, des taches de dégénérescence colloïde grasseuse.

Les hémorragies, nées dans les couches les plus internes de la rétine, s'étalent à sa surface, en suivant l'expansion du fibre du nerf optique ou fusent dans l'épaisseur le long des travées de Muller. Les globules sanguins peuvent atteindre les bâtonnets.

L'exsudat liquide se produit surtout dans la couche des fibres du nerf optique, qu'il dissocie et refoule par paquets contre le tissu conjonctif en laissant de larges loges vides. Ce liquide ne contient pas d'éléments figurés, c'est l'œdème simple.

Les plaques d'exsudation fibrineuse se présentent sous une forme caractéristique, quoique variable, suivant le niveau où la fibrine s'est déposée.

Entre les fibres du nerf optique l'exsudat fibrineux, coagulé par le liquide Muller, apparaît sous l'aspect d'un fin réseau irrégulier, à fibres à double contour, anastomosées, sans noyaux. Cette masse et le liquide exsudé chassent les fibres du nerf optique contre la couche des cellules ganglionnaires, détruisent la disposition régulière des fibres connectives de Muller et les déchirent en partie.

Dans les couches inférieures, l'exsudat fibrineux se répand partout, mais il occupe surtout l'intervalle entre les deux couches des grains. Là encore, il écarte un certain nombre de fibres radiées, qui forment une espèce de loge où le fin lacis fibrillaire est mêlé à quelques travées de Muller brisées. Ces pelotons isolés sont disposés presque régulièrement entre les bandes des grains qui diminuent elles-mêmes de hauteur.

Enfin, l'exsudat peut atteindre les bâtonnets et les cônes. Ces éléments atrophient alors, deviennent granuleux et forment un magma colloïde semi-transparent, où les frauges des bâtonnets et des cônes ressortent encore avec la plus élégante régularité. Plus bas, l'exsudat décolle la rétine d'avec la choroïde; il se mêle de cellules pigmentaires altérées.

Dans certains points de la rétine, si l'exsudat ne se coagule pas en fibrilles; il forme des plaques granuleuses englobant toutes les parties voisines, et au centre desquelles on retrouve la lumière d'un fin capillaire.

Les taches grasses, si remarquables par leur aspect

brillant, ont donné lieu à bien des interprétations différentes. (Muller-Heymann, 1856. — Wagner, 1857. — Charcot, Le-corché, 1858. — Nagel, 1860. — Schweiger et Graefe, 1860-1874. — Hulke, 1862. — Robertson Argyll, 1870; — Rosenstein, 1874.

Donnant à la rétine une épaisseur souvent cinq à six fois plus grande qu'à l'état normal, ces plaques siègent d'une façon absolue dans la couche des fibres du nerf optique, ou dans des cellules ganglionnaires et des grains. Ces deux derniers éléments n'y prennent aucune part.

Sur des préparations plates, amincies au pinceau et colorées, la plaque blanche apparaît sous les fines fibres de l'expansion du nerf optique qu'elle dissocie, pour montrer de gros éléments irréguliers plongeant vers la profondeur et peu colorés. Au centre de ces éléments ronds, ovoïdes, fusiformes, on reconnaît souvent soit une apparence de noyau rouge, mais sans nucléoles, soit un corps central cylindrique, déformé, qui se perd dans le fond de la préparation.

Sur les dissociations de ces taches, il est aisé de distinguer deux éléments particuliers : 1° des fibres de l'expansion de la papille, à renflements fusiformes, énormes et devenues granulo-collodes; 2° d'autres fibres commençant par un large entonnoir conoïde, se terminant en un mince filament après plusieurs renflements graisseux. Au centre de l'entonnoir peu coloré, plonge un cylindre-axe, très-vivement carminé, et suivant que ce cylindre-axe est examiné plus ou moins de face ou de côté, on voit un noyau central homogène, ou un noyau suivi d'une portion de cylindre.

Sur des coupes perpendiculaires, les plaques blanches reflétant tout à leur périphérie, apparaissent composées d'une série de sections plus ou moins rondes, ayant à leur centre une seconde section plus ou moins oblique d'un corps également cylindrique. La partie externe se colore difficilement, le cylindre central, très-aisément par le carmin. Entre ces sections perpendiculaires des fibres du nerf optique, existe des fibres connectées de Muller peu altérées. On trouve aussi de la graine en petites vésicules isolées ou en gros globules granuleux.

Les plaques blanches graisseuses sont donc constituées par la dégénérescence colloïde et graisseuse, avec hypertrophie, des fibres du nerf optique et par la même lésion portant sur l'infundibulum interne des travées de Muller. Les coupes et les dissociations démontrent la présence d'un cylindre-axe, soit au milieu des fibres du nerf atteint, soit dans l'infundibulum de certaines travées radiales de Muller. Le cylindre axe ressort nettement dans ces cylindres colloïdes, et on a pris pour des cellules les sections plus ou moins perpendiculaires des fibres radiales ou nerveuses dégénérées.

Les plaques exsudatives et les taches graisseuses peuvent se combiner sur un même point de la partie la plus interne de la rétine. Les altérations des vaisseaux rétinienens se rattachent à l'endartérite granulo-graisseuse des plus fins vaisseaux et des plus fins capillaires. Les lésions précédentes de la rétine amènent dans le corps vitré, une prolifération ou une migration de gros éléments cellulaires, sur la limitante interne, où ils peuvent former un relief. Le nerf optique, à la papille, offre souvent toutes les lésions de la névrite en saillie. Ce renflement pathologique amène la destruction d'un certain nombre de bâtonnets et de cônes près de l'anneau sclérotique. Les hémorragies et les taches graisseuses, dans la papille, ne dépassaient pas, dans les cas observés, la limite de la lame criblée.

Nous avons constaté une endartérite avec oblitération complète de l'artère centrale du nerf optique, par un caillot, dans un cas de cécité albuminurique qui s'était ensuite notablement améliorée, la rétine ne présentant pas les lésions précédemment décrites.

La *choroïde* n'échappe pas aux altérations générales.

Les capillaires et les gros vaisseaux sont irrégulièrement pris de dégénérescence colloïde sur une très-grande étendue.

De là, des hémorragies interstitielles, une choroïdite générale lissée et des exsudats en dehors de la rétine avec décollement de cette dernière membrane.

— M. Cl. Bernard expose les résultats de nouvelles expériences sur le mode d'action des anesthésiques; elles prouvent que les substances anesthésiques agissent sur tous les tissus dont elles suspendent les fonctions. Nous reviendrons en détails sur ces importantes recherches, qui, comme toutes celles de l'éminent professeur, sont d'un intérêt capital pour la physiologie et la médecine.

H. CHOUPE.

REVUE DES JOURNAUX

Sur un cas de grossesse triple, par M. le docteur LERICHE, médecin en chef de l'asile départemental de Saône-et-Loire.

Cette femme, âgée de trente-huit ans, a déjà eu deux enfants: ses règles ont paru pour la dernière fois au commencement d'août 1875; elle accoucha, le 10 mai, d'un garçon, à quatre heures et demie (présentation du sommet), d'un second garçon à cinq heures et demie (présentation du siège), d'une fille à six heures et demie (présentation de l'épaule, évolution spontanée). Leur volume allait en décroissant, de telle sorte que la petite fille présentait le volume d'un fœtus de sept mois à peu près: ils sont tous les trois bien conformés cependant.

Le placenta unique pèse 510 grammes; il est divisé en deux masses inégales, réunies par un cotylédon commun. La première présente un seul cordon d'un volume ordinaire; l'autre, deux cordons l'un de 36 centimètres, l'autre de 33, ils sont grêles, le dernier était inséré sur le bord externe du placenta. M. Leriche fait remarquer que les deux cordons émergent de la même masse placentaire teuaient précisément à des fœtus de sexe différent.

Un mois après l'accouchement, les enfants étaient bien portants; la mère n'a pu en nourrir qu'un seul; les deux autres ont été mis en nourrice.

La mère de cette femme avait déjà eu une couche double, et une de ses sœurs (fille de la même mère) avait eu à son tour deux jumeaux encore vivants. Dans la même commune, on citait l'exemple d'une autre femme qui avait eu aussi une grossesse triple; mais il n'y avait entre les deux aucun lien de parenté. (*Lyon médical*, n° 28, 9 juillet 1876.)

De la syphilis héréditaire, discussion à la Société de médecine de Lyon. Séance du 26 juin 1876.

À propos de la lecture de M. Dron d'un mémoire sur la syphilis héréditaire, la Société de médecine de Lyon a commencé une discussion à laquelle ont pris part MM. Diday, Horand, Pomies et Rodet.

M. Horand vient appuyer les conclusions de M. Dron: « J'ai, dit-il, recueilli 45 observations de syphilis héréditaire tardive. Nous avons étudié des cas pathologiques sans nous être préalablement concertés, M. Dron et moi, et quand nous nous sommes communiqué les faits observés, il est arrivé que nous avons obtenu les mêmes résultats et tiré les mêmes conclusions. Je citerai seulement un jeune homme de vingt ans, qui, traité longtemps sans succès par la cautérisation et les médicaments antiscrofuleux, guérit rapidement par l'usage de l'iodure de potassium. Le plus souvent nous avons observé des lésions naso-pharyngiennes. M. Dron a très-bien caractérisé les lésions d'origine syphilitique et celles qui doivent être attribuées à la scrofule: ces dernières vont de l'extérieur à l'intérieur; c'est le contraire qui se produit pour les lésions syphilitiques, elles débutent par la cloïsoù ou la sous-cloïso. Je n'ai rien observé après vingt ans; une fois j'ai vu des tu-

hercules de la peau. Les parents ont souvent intérêt à tromper le médecin, mais s'ils racontent des faits qui les accusent, il faut les croire. »

M. Pomies, sans vouloir émettre de doute sur l'exactitude des diagnostics de M. Dron, fait remarquer que, chez quelques sujets syphilitiques, des ulcérations chroniques, des lésions d'apparence scrofuleuse, germissent parfois mieux sous l'influence de l'iode de potassium, que sous l'emploi d'autres moyens antiscrofuleux. Il cite deux faits à l'appui de cette opinion; le premier chez un individu de soixante ans atteint d'ulcères multiples, le second chez une jeune fille présentant une tuméfaction fongueuse considérable d'une amygdale : dans l'un et dans l'autre cas il n'y avait pas eu de syphilis.

M. Rodet, tout en admettant que la plupart des cas de syphilis tertiaire cités par M. Dron soient de la syphilis héréditaire, se demandait si auparavant il n'y a pas eu des symptômes intermédiaires qui aient échappé à l'observation? Chez les nourrissons, la vérole présente différents degrés d'intensité; les syphilis légères peuvent passer inaperçues, être confondues avec d'autres éruptions, guérir sans traitement, sommeiller et reparaitraient enfin avec les formes décrites par M. Dron. (*Lyon médical*, n° 29, 1876.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité des tumeurs bénignes du sein, par Léon LABBÉ et Paul COYNE. In-8 de 560 pages avec 2 planches et 32 figures. — G. Masson, Paris, 1876.

Depuis la publication du **TRAITÉ DES MALADIES DU SEIN** de Velpeau, il n'a pas été fait sur ce sujet un travail réunissant des notions anatomopathologiques et cliniques aussi considérables; car les recherches de Birkett, en Angleterre, et de Billroth, en Autriche, ne représentent pas un travail d'ensemble comparable à celui de notre célèbre et regretté maître. Cependant, les progrès constants de l'histologie, les discussions des Sociétés anatomique et biologique, les articles de généralités sur les tumeurs dans les **TRAITÉS** de Broca, Virchow, Billroth et dans les nouveaux dictionnaires de médecine, les recherches qui se sont multipliées depuis dix ans dans les laboratoires et les cliniques, on résumé, toutes les conditions diverses dans lesquelles on peut recueillir, grouper, classer les matériaux nécessaires à l'étude des tumeurs, ont ou pour résultat la création d'une nouvelle subdivision dans la science médicale, à laquelle la dénomination d'**ONCOLOGIE** a été appliquée.

On a même pu croire un moment que l'histologiste, armé d'un instrument spécial tout nouveau, pourrait tracer en maître souverain les divisions de ce domaine nouvellement découvert; on sait le résultat des premiers efforts de Lebert et de ses élèves, ils ont engagé la lutte avec des armes et des moyens dont la valeur n'était pas encore bien connue, dont l'emploi n'était pas encore soumis à des règles assez précises; ils ont en définitive été vaincus au nom de la clinique; la victoire d'ailleurs a profité à tous, parce qu'elle n'a nullement arrêté le progrès des études anatomopathologiques. On a maintenant aussi bien abandonné la doctrine des éléments spécifiques que celle de l'organisation des productions fibrineuses en tumeurs adénocytées, et l'on a compris qu'il fallait, avant de les classer, mieux connaître les objets d'étude. C'est pourquoi, au lieu de rechercher seulement les éléments prédominants des tumeurs, on a étudié la texture tout entière, et l'on a appris ainsi à constituer des genres et des espèces de tumeurs présentant des caractères nettement définis et dont l'évolution peut être souvent prévue, parce que celle-ci a été constatée dans des cas nombreux. En d'autres termes, nous pouvons dans bien des cas appliquer au pronostic les connaissances histologiques résultant d'un examen approfondi. L'importance des applications de l'histo-

logie à l'étude des tumeurs, la nécessité même d'un examen anatomopathologique complet pour préciser un pronostic que le clinicien le plus expérimenté hésite souvent à formuler, sont des vérités si bien admises qu'on ne les discute plus; cependant le nombre des observations utilisables est relativement restreint, parce que le langage histologique n'est pas encore constitué définitivement. En anatomie normale, l'accord s'établit peu à peu, la synonymie est enseignée, et comme il s'agit de faits normaux, d'états anatomiques que l'on peut vérifier constamment, et devant lesquels les conceptions théoriques doivent disparaître, les observations ont progressé notablement dans la voie de la simplification.

Il n'en saurait être de même dans les études anatomopathologiques; l'observation devient tout à fait personnelle, il faut désigner la tumeur, la classer, et sans parler des causes d'erreur inhérentes à l'examinateur et à la difficulté du sujet, il faut encore compter avec les termes employés. Les sociétés spéciales, les laboratoires attirés, la conservation de préparations démonstratives sont des moyens de contrôle qui ont permis d'augmenter considérablement le nombre des faits bien décrits, et par conséquent utilisables; mais quand on veut comparer ces observations pour en déduire des conclusions applicables au pronostic, alors apparaissent des difficultés d'un autre ordre; le langage varie suivant les pays, suivant les enseignements divers dans une même école, de sorte qu'apparaissant de se servir d'une observation complète, il faut ordinairement se livrer à un examen critique dans lequel on peut être fort embarrassé lorsqu'on ne veut accepter que des faits rigoureusement constatés. Nous devons à la vérité reconnaître que l'unification des doctrines et du langage en histologie est un but vers lequel on s'est fort avancé depuis ces dernières années, mais qu'on n'aperçoit encore qu'un phare lointain, entouré de beaucoup d'obstacles. On nous pardonnera cette métaphore en faveur de la constatation de l'étendue actuelle des histologistes qui s'occupent plus particulièrement de l'étude des tumeurs. On a en effet compris que c'est seulement avec des observations très-détaillées, présentant des descriptions, des dessins faciles à contrôler, en d'autres termes par des monographies, qu'on pourrait constituer la masse qui doit servir de base à l'étude du pronostic des tumeurs. C'est en nous plaçant à ce point de vue que nous apprécions la monographie de MM. Labbé et Coyne.

En choisissant le titre de **TRAITÉ DES TUMEURS BÉNIGNES DU SEIN**, les auteurs s'attendaient sans doute à certaines critiques fort justes, si l'on pensait qu'il s'agissait de toutes les tumeurs bénignes. MM. Labbé et Coyne se sont bornés à faire l'histoire clinique et anatomopathologique d'un groupe de tumeurs auxquelles ils ont donné la qualification de **bénignes**. Nous ne saurions la leur refuser tout en constatant d'une part que nombre de tumeurs bénignes ne sont pas décrites dans ce traité; tels sont les adénomes vrais, les lipomes, les névromes, etc., et d'autre part que les sarcomes, les myxomes, sont placés à la limite des tumeurs malignes et des tumeurs bénignes. Mais ces objections n'empêchent pas que MM. Labbé et Coyne n'aient décrit avec grand soin, avec une précision qui est à imiter, les tumeurs qui peuvent former un groupe d'autant plus intéressant qu'il renferme les tumeurs les plus fréquentes et celles qu'il importe au chirurgien de reconnaître pour les opérer le plus promptement et le plus complètement, afin de leur assurer le caractère de bénignité qu'elles perdent lorsqu'elles envahissent les tissus voisins et ne sont plus renfermées dans cette sorte de capsule fibreuse ou de barrière qui les entoure et s'oppose longtemps à leur propagation. Il s'agit dans les observations de MM. Labbé et Coyne de tumeurs qui eussent été désignées sous les noms de kystes, de kystes à végétations, sarcomes hystiques et adénosarcomes, ou même tumeurs épithéliales, tumeurs fibroplastiques, colloïdes, hydatiques; les auteurs les ramènent toutes à quatre formes spéciales.

« Toutes ces tumeurs, disent-ils, tirent leur origine de l'élément glandulaire (tissu péricanineux ou revêtement épithélial). Elles se présentent sous quatre formes anatomiques principales. Mais de ces formes dépendent des tissus conjonctifs (fibrome, sarcome, myxome). Une seule a son point de départ dans le revêtement épithélial : c'est l'épithélioma intra-canaliculaire. »

En d'autres termes, il s'agit surtout des tumeurs hypertrophiques, fibreuses et des kystes ; les auteurs, appliquant les données actuelles sur les lacunes lymphatiques, sur la structure de la glande mammaire, ont pu montrer qu'un grand nombre des tumeurs décrites comme adénomes, adénosarcomes, cystosarcomes représentent des accidents ou des périodes dans l'évolution de tumeurs qui ont pour point de départ le tissu fibreux, le tissu conjonctif.

On lira avec intérêt le chapitre consacré à la pathogénie des kystes et des productions papillaires ; la connaissance des lacunes lymphatiques glandulaires nous fait comprendre les kystes aréolaires, les hygroïnes du sein. Désormais on acceptera moins facilement qu'on ne l'a fait au début de l'étude des adénomes, l'existence de culs-de-sac ou acini dont l'apparence est produite par l'enchevêtrement des végétations.

Une discussion approfondie de l'origine des kystes intra-ou extra-glandulaires nous entraînerait fort loin. Les travaux récents de Cadiat, Monod, de Sinéty, Labarraque, les discussions de la Société anatomique ont attiré de nouveau l'attention des anatomopathologistes sur toutes ces particularités. MM. Labbé et Coyno, suivant les doctrines de Ranvier et Cornil, donnent à la formation intra-lacunaire, intra-canaliculaire, une importance prédominante ; la production conjonctive est très-fréquente l'adénome la néoformation glandulaire des acini passe à un rang secondaire. Pour notre part, nous sommes très-disposé à admettre que la plupart des tumeurs dites adénoïdes, adéno-sarcomes, sont des tumeurs fibreuses, fibroplastiques et sarcomateuses ; nous pensons que dans leur évolution elles s'éloignent de plus en plus du type des adénomes ou adénosarcomes, pour présenter l'évolution des sarcomes. Ceux-ci mêmes peuvent devenir des tumeurs médullaires, en Allemagne, on sous le nom de tumeurs embryoplastiques dont l'aspect est souvent encéphaloïde.

MM. Labbé et Coyno ont fait une œuvre utile en réunissant des observations, des faits cliniques et anatomopathologiques relativement nombreux ; mais leur tâche, déjà très-bien remplie, doit comprendre des observations plus nombreuses si l'on demande à leurs études la solution de nombreuses difficultés cliniques.

Par exemple, l'existence de l'épithélioma intra-canaliculaire ne saurait être mise en doute, mais cette tumeur, d'origine épithéliale, nous inspire des craintes réelles ; elle ne devient maligne que lorsqu'elle a usé la capsule d'enveloppe. C'est un point fort intéressant en anatomie, mais qui, de l'aveu des auteurs, ne représente qu'une question posée et non résolue ; en d'autres termes, cette forme de tumeur est fort incomplètement connue.

En somme, voici un travail comprenant un grand nombre d'observations étudiées avec le plus grand soin ; il renferme en outre toutes les notions les plus nouvelles sur le sujet, et tout en signalant des lacunes, il montre les moyens de les étudier. Nous ne sommes pas en droit de lui demander des conclusions étiologiques importantes, parce que la nombre des faits étudiés est relativement peu considérable ; mais nous constatons que des travaux de ce genre sont plus profitables à la science que l'accumulation de documents incomplets.

C'est en suivant l'exemple de MM. Labbé et Coyno que l'on arrivera à établir, entre la science anatomopathologique et ses applications à la pratique de la clinique, cette union intime nécessaire aux progrès de notre art.

A. HÉNOQUE.

VARIÉTÉS

NOUVEL ENTOZOAIRE DU BOEUF.

M. Prosper Sanson vient de constater la présence d'un des boeuf de l'une des curieuses espèces d'entozoaires que M. Bilharz a découvertes en 1851, en Egypte, par suite des recherches qu'il a entreprises sur les parasites intestinaux de l'homme. Cette espèce qui est du groupe des douves, avait reçu de ce dernier helminthologiste le nom de *Distomum hæmatobium*, rappelant qu'elle est dans l'appareil circulatoire, au milieu du sang ; c'est en effet dans la veine porte et dans ses ramifications que M. Bilharz l'a rencontrée. Le *Distomum hæmatobium* offre cela de particulier qu'il est dioïque, et que les deux sexes sont complètement différents l'un de l'autre ; mais ils vivent associés, et la femelle est logée dans une rainure du corps du mâle comme dans une gaine ; elle est grêle et effilée. Ces caractères éloignent tellement le *Distomum hæmatobium* des autres douves que M. Cobbold a proposé de faire du ver dont il s'agit un genre à part, sous le nom de *Bilharzia*. Cet observateur en signale en même temps la présence dans le Mangabey (*Cereopithecus fuliginosus*) qui est une espèce de singe propre à l'Afrique. C'est aussi dans ce continent, à Zagazig (Egypte), que M. Sanson vient de le retrouver chez le bœuf, mais pour ne pas préjuger de l'identité spécifique, cependant fort probable, des distomes hématoïdes de ce ruminant avec ceux de l'homme et du Mangabey, il a décrit les individus observés par lui sous la dénomination de *Bilharzia bovis*.

Dans l'état actuel de la science, la liste des entozoaires du bœuf se trouve ainsi constituée : *Ascaris lumbricoides*, *Filaria lacrymalis*, *F. papillosa*, *Trichocephalus affinis*, *Strongylus gigas*, *S. radiatus*, *S. micrurus*, *Distoma hepaticum*, *D. lancoletum*, *Amphistoma conicum*, *Echinococcus polymorphus*, *Cœnurus cerebralis*, *Cysticercum tenuicollis*, *Tœnia expansa*, *T. denticulata*.

De ces quinze sortes d'entozoaires, six au moins sont certainement communes au bœuf et à l'homme, et peuvent passer de l'une de ces espèces à l'autre, ce sont l'*Ascaris lumbricoides*, le *Strongylus gigas*, le *Distoma hepaticum*, le *D. lancoletum*, l'*Echinococcus polymorphus* et le *Cysticercus tenuicollis* (premier état du *Tœnia inermis* ou *T. medio-canellata*) ; plusieurs autres sont sans doute aussi dans le même cas.

Si le *Bilharzia bovis* n'est que le *B. hæmatobium* de l'homme, comme on doit le supposer, il sera une nouvelle preuve de la communauté d'origine de la plus grande partie de nos vers intestinaux et de ceux des animaux que nous tenons à l'état de domestiqué.

FACULTÉ LIBRE DE LILLE. — On sait que la Faculté de médecine de l'université catholique de Lille a conclu, avec l'administration des hospices de cette ville, un traité qui lui concède 300 lits dans l'un des hôpitaux les plus importants. Ce traité, dont les conditions ont été jugées par trop désavantageuses à l'administration de l'assistance publique, n'a pas été ratifié par le Conseil municipal et l'on annonce que le ministre de l'Intérieur refuse lui-même de l'approuver. Dans ces conditions, l'installation de la faculté catholique de Lille sera des plus difficiles.

RÉUNION EXTRA-PARLEMENTAIRE DES MÉDECINS DU SÉNAT ET DE LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS.

Dans les assemblées précédentes, faute d'hommes spéciaux, presque toutes les propositions concernant les questions médicales étaient laissées dans les bureaux où elles étaient enterrées ; les deux nouvelles assemblées, le Sénat et la Chambre des députés, comptant parmi leurs membres quarante-six médecins, dont quelques-uns professeurs ou agrégés à l'École de médecine de Paris, il était bon de former une réunion destinée à étudier toutes les questions concernant soit l'hygiène, soit la médecine. Aujourd'hui cette

commission extra-parlementaire est constituée, elle fonctionne régulièrement, et d'ici peu sans aucun doute, elle rendra les services qu'on est en droit d'attendre d'elle.

Mais avant de dire le but de cette réunion, disons en peu de mots sa constitution. Elle est composée de tous les médecins des deux Chambres, à quelque opinion qu'ils appartiennent; elle a choisi comme président M. Laussédot, comme vices-présidents MM. Soye et Testelin; le secrétaire est M. Henry Liouville, le sympathique agrégé de la Faculté de médecine.

Lorsqu'une proposition concernant les sciences médicales est déposée sur le bureau de la Chambre par un membre quelconque de l'Assemblée, qu'il soit ou non médecin, cette proposition est reprise par la réunion extra-parlementaire, qui nomme une sous-commission chargée de préparer un rapport sur la question, discute ce rapport, recueille toutes les pièces nécessaires pour pouvoir donner à la commission parlementaire à laquelle la proposition a été renvoyée un avis motivé. Lorsque celle-ci se réunit, le commissaire vient apporter l'opinion de la réunion extra-parlementaire, discute, pour ainsi dire au nom de celle-ci, et apporte par cela-même, non pas une opinion personnelle, mais l'opinion de la majorité des hommes les plus compétents: cette opinion a donc un poids considérable, qui devra influencer certainement le vote à émettre. Non-seulement la réunion discute les propositions déposées, mais elle a pour mission de chercher à améliorer soit l'enseignement de la médecine, soit l'organisation de tout ce qui se rattache aux sciences médicales.

On peut en juger par l'ordre du jour de la première séance qui vient d'avoir lieu (mercredi 19 juillet). Voici la composition de cet ordre du jour:

1^o Rapport de la sous-commission sur la proposition concernant les eaux minérales. (Proposition Parent prise en considération par la commission d'initiative.)

2^o Discussion sur la proposition de loi concernant les gradués des universités étrangères. (Rapport non encore distribué.)

3^o Suite de la discussion sur les projets de loi d'assistance publique dans les campagnes.

4^o Examen des autres questions à mettre à l'étude.

La commission s'est séparée après une longue discussion sur la proposition Parent, proposition déjà prise en considération par la commission d'initiative; dans sa prochaine séance elle discutera la proposition de loi concernant les gradués des universités étrangères, dont le rapport n'a pas encore été distribué. J. M.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.— L'association, qui vient d'être déclarée d'utilité publique, tiendra sa cinquième session à Clermont-Ferrand du 18 au 25 août. M. Dumas, membre de l'Institut est président pour cette année et M. le docteur Broca, professeur à la Faculté de médecine, est vice-président.

Des excursions sont préparées par les soins du comité local. Pour ne parler que des excursions générales, nous dirons qu'elles conduiront les membres du congrès à Volvic, Issoire, Thiers, Vichy, au Puy, dans le Cantal, au Mont-Dore, sans compter l'excursion au Puy-de-Dôme pour la fête de l'inauguration de l'observatoire météorologique.

On annonce une conférence de M. le docteur Wurtz, membre de l'Institut, sur les nouvelles couleurs; le sujet de la deuxième conférence sera ultérieurement indiqué.

Un grand nombre de médecins ont promis d'assister au congrès et de nombreux travaux sont annoncés, principalement dans le groupe des sciences naturelles.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat, 76, rue de Rennes.

Sont nommés: *Officiers de l'instruction publique*, les membres du service de santé militaire, dont les noms suivent: MM. Ganjot, Pautet, Villemain; *Officiers d'académie*: MM. Vallin, Loplat, Arnould, Spillmann, professeurs au Val-de-Grâce et Jaillard, pharmacien principal de 2^e classe.

ACADÉMIE DE MÉDECINE: PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1877.

PRIX DE L'ACADÉMIE. — Question: « De la glycurie au point de vue de l'étiologie et du pronostic. » (Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.)

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL. — Question: « Existe-t-il une pneumonie caséuse indépendante de la tuberculose? » — Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

PRIX FONDÉ PAR MADAME BERNARD DE CIVREUX. — Question: « Rechercher par quel traitement on peut arrêter la paralysie générale à son début, et assurer l'amélioration ou la guérison obtenue. » — Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON. — Question: « Du choléra dans le traitement de l'éclampsie. » — Ce prix sera de la valeur de 2000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR BARBIER. — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues les plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (Extrait du testament). Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés. — Ce prix sera de la valeur de 3000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ERNEST GODARD. — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur la pathologie externe. — Il sera de la valeur de 1000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ANUSSAT. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. Il sera de la valeur de 1000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR HOGGIER. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé en France sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections (non compris les accouchements). — Ce prix ne sera pas partagé. Il sera de la valeur de 3000 francs.

PRIX FONDÉ PAR LE DOCTEUR SAINT-LAGER, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains des pays à endémie goitreuse. — Ce prix, de 1500 francs, ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR RUFZ DE LAVISON. — Question posée par le fondateur: « Établir par des faits exacts et suffisamment nombreux, chez les hommes et chez les animaux qui passent d'un climat dans un autre, les modifications, les altérations de fonctions et les lésions organiques qui peuvent être attribuées à l'acclimatation. » — Ce prix sera de la valeur de 2000 francs.

Les mémoires ou les ouvrages pour les prix à décerner en 1877 devront être envoyés à l'Académie avant le 1^{er} mai de l'année 1877.

État sanitaire de Paris:

Du 7 au 13 juillet 1876, on a constaté 804 décès, savoir:

Variole, 7. — Rougeole, 28. — Scarlatine, 5. — Fièvre typhoïde, 10. — Erysipèle, 10. — Bronchite aiguë, 13. — Pneumonie, 30. — Dysentérie, 2. — Diarrhée cholériforme des enfants, 26. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 11. — Group, 12. — Affections puerpérales, 6. — Autres affections aiguës, 203. — Affections chroniques, 297, dont 142 dus à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 41. — Causes accidentelles, 31.

SOMMAIRE. — PARIS. Académie de médecine: Pansement ombé. Passage de l'air à travers la peau. — Discussion sur le soufre purifié. — HISTOIRE ET CRITIQUE. Sur la fréquence du tania interne; ses causes. Étude sur les principaux taniésés.

COTES PUBLIQUES. Clinique médicale: Group à forme chronique. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société du biologie. — REVUE DES JOURNAUX. Sur un cas de grossesse triple. — De la syphilis héréditaire. — BIBLIOGRAPHIE. Traités des tumeurs bénignes du sein. — VARIÉTÉS. Nouvel oncozoro du bœuf. — FÉLIXLETOX. Leçons sur l'hygiène et la prophylaxie des maladies vénériennes.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOUCQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 27 juillet 1876.

Société de biologie : DU MODE D'ACTION DES ANESTHÉSIIQUES : M. CL. BERNARD. — Sénat : L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR.

Dans un de ses derniers ouvrages (voy. *Gazette hebdom.*, 1875), M. Claude Bernard avait déjà exposé d'une manière magistrale et complète le mode d'action des agents anesthésiques sur l'organisme animal; il a depuis ajouté à ces travaux des recherches plus générales, résumées dans la très-importante communication qu'il a présentée récemment à la Société de biologie.

On se fait en général une idée fort incomplète de l'influence des agents anesthésiques sur les tissus vivants; on admet une action spéciale et exclusive sur le système nerveux. Mais si l'on néglige les autres appareils, l'erreur est grave. Déjà la suppression des mouvements de la sensitive par l'éthérisation avait bien révélé que l'action de l'éther et du chloroforme peut se faire sentir indépendamment de l'appareil nerveux; toutefois, la singularité des mouvements pudiques de la sensitive les rapproche des mouvements nerveux, et ce fait perdait, dès lors, beaucoup de son importance démonstrative aux yeux du plus grand nombre. Mais les nouvelles expériences de M. Claude Bernard ne laissent subsister aucune ambiguïté; les substances anesthésiques agissent sur tous les tissus vivants, pour modifier, suspendre ou détruire leurs fonctions suivant la durée et l'intensité de leur action.

Dans l'ouvrage dont nous parlions tout à l'heure (*Leçons sur les anesthésiques*, 1875, page 101), l'auteur dit: « On n'a pas encore constitué la théorie physiologique de l'action des anesthésiques. Nous allons essayer de le faire..... Et d'abord sur quels éléments agissent les anesthésiques?.....

FEUILLETON

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Leçons sur l'hygiène et la prophylaxie des maladies vénériennes.

(Suite. — Voyez le numéro 29).

Messieurs, en terminant la dernière leçon, j'ai abordé l'étude historique de la prophylaxie. Ce que nous avons dit a trait non à la syphilis, mais aux maladies vénériennes, ou, plus exactement, aux maladies contagieuses à virus fixe. C'est dans l'antiquité que nous avons cherché les premiers vestiges de cette hygiène; nous les avons trouvés en Orient, dans le foyer originel de toutes les maladies vénériennes.

Dans ces anciennes civilisations, la terreur que cause le danger de la contagion avait inspiré le choix de pratiques générales qui étaient imposées à tous par des lois religieuses, 2^e SÉRIE, T. XIII.

Depuis longtemps la simple observation des faits les plus ordinaires a montré que les anesthésiques agissent sur le système nerveux. Mais dans le système nerveux lui-même, il y a des éléments différents, des nerfs moteurs, des nerfs sensitifs, des cellules nerveuses de plusieurs ordres constituant les centres nerveux. Parmi tous ces éléments, quels sont ceux qu'atteint d'abord l'action des anesthésiques? Ce sont les centres nerveux.»

Si l'on se bornait à l'examen superficiel de ce passage, il semblerait que la théorie émise aujourd'hui par M. Claude Bernard est en désaccord avec l'opinion qu'il défendait précédemment; mais une lecture attentive de la leçon entière (*loc. cit.*, p. 102 et suiv.) montre que M. Bernard avait seulement en vue l'action la plus fréquente, celle que la chirurgie utilise chaque jour. Il établit en effet d'une manière évidente que toutes les parties de l'organisme, que tous les organes, tous les tissus, tous les éléments sont influencés par le chloroforme ou l'éther, mais à un degré variable; il n'est donc pas en contradiction avec lui-même; bien plus, son esprit généralisateur avait entrevu les grandes lois de l'anesthésie, alors qu'il n'en étudiait qu'une partie, de sorte que les expériences qu'il fait connaître aujourd'hui étaient prévues dans ses leçons et n'en sont que le complément naturel.

Tous les organes, avons-nous dit après M. Bernard, sont influencés par les anesthésiques, toutes les fonctions sont modifiées. Ces effets ne sont pas seulement observés chez les animaux, on les constate également dans les plantes.

M. Claude Bernard pour constater la réalité de ces données a institué de nombreuses expériences: en voici d'abord la courte analyse: Quand l'anesthésie est portée assez loin chez les animaux, on constate, en dehors des effets résultant de l'influence du système nerveux central, des phénomènes propres à chaque tissu. Un muscle qui a été soumis à l'influence de l'éther et du chloroforme perd le pouvoir de se

qui étaient consenties par tous, car la parole du prêtre était sacrée. Ces lois avaient un double but: empêcher l'impureté et la faire disparaître. Or l'impureté, pour les anciens, c'était la malpropreté. La propreté antique était on ne peut plus minutieuse, je n'ai pas voulu dire excessive, et les prêtres signalaient et frappaient d'interdit toute chose et tout acte impurs. Je vous ai fait l'énumération rapide de ce que l'antiquité considérait comme impur: la mort, la maladie, les humeurs normales ou morbides qui peuvent s'échapper par les organes génitaux, la défécation, la miction, etc. La marque de l'impureté c'était avant tout l'obligation où l'homme était de se laver après l'acte impur ou après le contact de l'objet impur.

L'eau était divine, parce qu'elle était purifiante; ὁσιώτατα κλύζει πάντα τὰ ἀβερρώτα κακά, la mer purifie toutes les impuretés des hommes; c'était, a dit Rosenbaum, la devise des Grecs; c'est encore la devise de tout l'Orient. On avait pour la mer un respect religieux. Les mages d'Arménie, appelés par Néron, firent leur voyage par terre, de peur de souiller

contracter; il est devenu rigide, opaque; l'examen attentif du corps charnu permet de constater une opacité très-évidente de la substance musculaire, opacité très-probablement produite par la coagulation du protoplasma musculaire. Si nous passions en revue les divers organes, nous y constaterions des modifications analogues, et comme conséquence immédiate la suppression momentanée ou tout au moins une altération prononcée des fonctions. C'est de la même manière que les anesthésiques agissent sur le système nerveux central. Sous l'influence du chloroforme ou de l'éther le plasma des cellules ganglionnaires se coagule et dès lors, même en admettant l'intégrité absolue des autres parties du système nerveux, les sensations ne sont plus perçues, les mouvements volontaires ne sont plus exécutés.

En est-il de même pour les plantes? Leurs tissus vivants sont-ils modifiés par les substances anesthésiques, leurs propriétés vitales suspendues; en un mot, cette action des anesthésiques peut-elle se produire sur tous les tissus, sur toutes les fonctions, sans l'intermédiaire du système nerveux?

Nous avons précédemment cité l'histoire de la sensitive, qui fournit déjà une preuve convaincante de la thèse de M. Bernard; mais on pourrait objecter qu'il existe dans la sensitive, comme dans un certain nombre d'autres plantes, les *plantes carnivores*, par exemple (voy. *Revue scientifique*, juin 1876), des propriétés spéciales qui les rapprochent du règne animal; cette objection est d'autant plus sérieuse que la sensitive soumise à l'influence de l'éther conserve intacts ses mouvements d'expansion natale, que chaque soir elle laisse ses feuilles se coucher sur ses branches. M. Bert, qui a analysé ce phénomène avec un grand soin, croit pouvoir dire que les mouvements diurnes et nocturnes de la sensitive sont uniquement causés par des phénomènes d'osmose, par un appel d'eau qui se ferait tantôt vers le pétiole, tantôt vers les extrémités libres des folioles; il n'y aurait donc pas dans ces mouvements, des actions vitales, à proprement parler, et il faudrait réserver cette dénomination pour les mouvements provoqués par un attachement, entravés par l'éther, et qui présentent au plus haut degré l'indépendance, la soudaineté et l'imprévu des actions vitales. En résumé l'action de l'éther sur la sensitive est déjà une preuve d'une grande valeur en faveur de l'action des substances anesthésiques sur tous les phénomènes vitaux.

Parmi les phénomènes qu'on peut le mieux qualifier de phénomènes vitaux, sans crainte d'être contredit, les fonctions de reproduction viennent se placer en première ligne,

et dès lors il importait au plus haut point à M. Cl. Bernard de savoir si l'éther agit au reste sans influence sur ces fonctions. Pours'assurer de ce fait, M. Cl. Bernard met dans trois tubes des graines de cresson qu'il humecte également avec de l'eau; dans un tube les graines sont laissées ainsi; dans les deux autres tubes il ajoute une faible proportion de chloroforme à l'un, et d'éther à l'autre. Le lendemain matin, les graines contenues dans le tube qui ne contenait que de l'eau ont germé et laissent déjà voir de petites tiges munies de deux feuilles verdâtres à leurs sommets. Rien de semblable dans les deux autres tubes; ici les graines sont restées inertes, et si par suite d'un phénomène osmotique elles se sont légèrement gonflées en absorbant de l'eau, rien chez elles ne révèle un commencement du travail de germination. Que si alors, et sans rien toucher, on laisse les graines dans leurs tubes respectifs, après quelques heures, le travail de germination commence, et dès ce moment le développement des graines qui ont été anesthésiées se fait avec la même régularité que celui des graines abandonnées dans l'eau, puis tout rentre dans l'ordre; l'influence des substances anesthésiques a disparu. Il est donc bien évident que dans ces cas les propriétés vitales des graines ont été endormies sans être en aucune façon détruites. Dans ces conditions, il s'est produit dans le tissu des graines des modifications de tous points semblables à celles que nous indiquons plus haut pour les fibres musculaires et pour les cellules nerveuses.

Les expériences de M. Cl. Bernard semblent démontrer que c'est sur tous les tissus (le système nerveux central se laissant influencer bien plus vite), que c'est sur tous les tissus, sur toutes les fonctions que les anesthésiques agissent. Or cette démonstration n'a pas seulement la valeur d'une théorie scientifique pure, les applications abondent.

Si le système nerveux offre dans certains cas une résistance anormale, l'emploi des anesthésiques pourra présenter pour d'autres tissus des dangers véritables; les muscles, et même ceux de la vie organique, pourront être impressionnés. On est dès lors tout naturellement amené à se demander si ces faits que M. Bernard vient de mettre en évidence ne doivent pas entrer en ligne de compte dans l'explication de certains cas de mort subite survenue dans le cours de l'anesthésie chirurgicale; si certains muscles, si certains nerfs, le muscle cardiaque, les nerfs pneumogastriques, par exemple, anormalement influencés ne peuvent pas jouer un rôle dans les terminaisons

la mer par leur expulsion ou par d'autres excrétions. L'eau de la mer a été longtemps employée pour enlever les souillures que l'on considérait comme contagieuses, et, au siècle dernier, une ordonnance royale prescrivait dans le royaume de Naples de laver avec de l'eau de mer les objets mobiliers ayant appartenu à des phthisiques. Je vous ai dit que lorsqu'il y avait un mort dans une maison on plaçait à la porte des vases remplis d'eau, où les visiteurs et les passants se purgèrent de la souillure qu'apporte le contact ou le voisinage d'un mort. Les ablutions ou les bains sont ordonnés à chaque instant dans la loi de Moïse: celui qui touche la chair de l'homme qui a une perte de semence (gonorrhée), ou son lit, ou sa selle, ou ce qui a été sous lui; celui qui s'assied où il s'est assis, lavera ses vêtements, et, s'étant lavé dans l'eau, restera impur jusqu'au soir, et l'homme atteint de cette maladie, s'il guérit, comptera sept jours, puis lavera ses vêtements et se lavera dans des eaux vives, alors il sera pur. L'impureté des règles était considérée chez les Juifs comme

égale à celle de la gonorrhée. La femme est séparée pendant sept jours du reste du peuple. Celui qui touchera ce qu'elle a touché lavera ses vêtements, et, s'étant lavé, sera impur jusqu'au soir. Celui qui cohabitera avec elle sera impur pendant sept jours, et ce qu'il touchera sera impur; mais il n'est pas dit dans la Bible: Cet homme devra se laver. Il n'est pas dit non plus: La femme après le septième jour doit se laver. Ce qui n'était pas une ordonnance mosaïque était cependant chez les Juifs une coutume qui s'est perpétuée jusqu'à nos jours. Ce fut une de ces prescriptions rabbiniques que l'on retrouve dans le Talmud, et par lesquelles les prêtres s'efforcèrent de restaurer le culte après la destruction du Temple. De même pour la femme accouchée la Bible ne parle pas des bains; mais la purification par l'eau a toujours été et est encore en usage chez les femmes juives; cette coutume aussi est d'origine rabbinique. Les pertes de sang qui peuvent survenir chez la femme en dehors des règles étaient impures au même titre que les règles et entraînaient les mêmes conséquences.

funestes ? Ceci est une hypothèse toute gratuite, il est vrai, et que de nouvelles recherches pourraient seules rendre plus plausible. Quoi qu'il en soit, les expériences de M. Cl. Bernard font entrer dans une phase nouvelle la question éminemment pratique de l'anesthésie. Les anesthésiques agissent sur tous les éléments anatomiques, suppriment momentanément leurs fonctions, pour les laisser reparaître intactes quand l'influence de l'éther ou du chloroforme a disparu.

Ces données pourront-elles être utilisées par la thérapeutique ? on peut et on doit l'espérer. Mais dussent-elles rester longtemps du domaine de la science pure, il faut reconnaître qu'il s'agit là d'une découverte des plus importantes et applaudir à cette page nouvelle ajoutée à tant d'autres dans le domaine de l'expérimentation, cette science si française, par l'illustre professeur du Collège de France.

H. CHOUFFE.

Nos lecteurs savent maintenant que le projet de loi relatif au retour exclusif à l'État du droit de collation des grades, en partie aliéné par la loi de 1875, a échoué devant le Sénat à la majorité de quelques voix. L'Assemblée a décidé qu'elle ne passerait pas à la discussion des articles. Deux circonstances, à notre avis, ont amené ce vote, auquel on ne s'attendait pas à gauche et qu'on n'osait espérer à droite : c'est le discours imprudent qui a été prononcé, à l'inauguration du débat, en faveur du projet, et une attaque dirigée contre le projet par M. Laboulaye. Ces deux discours ont exercé sur les frontières incertaines des deux grands partis du Sénat une double action, qui a arrêté le mouvement de quelques membres de droite à gauche et décidé le mouvement de quelques autres de gauche à droite.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

ESSAI D'UNE MONOGRAPHIE DE LA FISTULE CÔLO-VÉSICALE, NON TRAUMATIQUE, par le docteur PUTIGNAT (de Lunéville).

La communication fistuleuse du côlon avec la vessie, suite de maladie, est un accident très-rare. En effet, à peine en trouve-t-on quelques observations dans les annales de la science. Les auteurs français, même modernes, ou n'en parlent point ou ne font que l'indiquer ou ne lui consacrent que des considérations courtes et encore empruntées à Chopart,

qui, lui-même, a puisé dans les journaux étrangers les deux faits rapportés par son TRAITÉ DES MALADIES DES VOIES URINAIRES, ou la confondent à tort avec la recto-vésicale.

Mon travail, donnant une observation que j'ai recueillie et rappelant en abrégé toutes celles que j'ai pu rencontrer dans diverses publications, a pour but d'appeler de nouvelles recherches sur ce point de pathologie très-grave et d'essayer de jeter un faible rayon de lumière pour aider ceux qui auront le désir d'en faire une complète monographie.

— Je rapporte d'abord ce que j'ai observé ; puis, mais succinctement, ceux que j'ai trouvés dans la science. Chemin faisant, j'indique les nombreux ouvrages et journaux que j'ai consultés et le profit que j'en ai tiré, et je termine par une histoire de la fistule cœlo-vésicale, non traumatique, faite à l'aide des observations que j'ai rapportées.

Ons. *Occlusion intestinale interne, conséquence d'une dégénérescence cancéreuse d'une portion du côlon; fistule cœlo-vésicale; sortie par la verge de gaz intestinaux; de matières fécales et de deux longs os de grenouille (1).*

M. D..., âgé de cinquante-huit ans, d'une haute taille, d'une forte constitution, sobre, n'enfantant n'eu active, ancien conducteur des ponts et chaussées en France, et depuis constructeur de chemin de fer en Russie, ayant éprouvé l'an dernier (1874) de grands chagrins, est issu d'une mère morte d'un cancer. Il y a douze années environ, il s'est plaint d'une douleur rhumatismale, occupant le tissu fibreux des vertèbres cervicales, supérieures principalement, qui a fini par disparaître sous l'influence de plusieurs applications de ventouses scarifiées, d'un vésicatoire morphiné (*loco dolenti*) et de l'usage de la tisane de feuilles de frêne et de la teinture alcoolique de fleurs de colchique.

Quelques années après, pendant un temps assez long ou jusqu'en septembre 1874, il s'est plaint d'un vertige stomacal, tel que fréquemment sa marche était titubante; qu'il tombait chez lui et même dans la rue, ce qui le faisait accuser d'ivresse (chose péneuse pour lui et pour sa famille), par le public et par des médecins qui ne connaissaient point son affection. Ces accidents, qui affectaient beaucoup M. D..., parce qu'il se croyait frappé de congestions cérébrales et menacé d'apoplexie, ont disparu lentement, il est vrai, mais complètement, sous l'influence d'un régime spécial et surtout de la cessation, d'après mon conseil, réitéré maintes fois, de l'usage du cigare, dont M. D... faisait un abus extraordinaire.

En octobre 1874, M. D... commence à se plaindre d'une constipation, fréquemment renouvelée, qui, après une durée de six à dix jours, se termine par des évacuations alvines, très-férides, abondantes et liquides, accompagnées de beaucoup de gaz et toujours précédées, pendant une ou deux heures, de coliques bien douloureuses et même de l'embarras de l'estomac. Plus tard les selles n'arrivent plus dans ces circonstances que grâce à plusieurs grands lavements huileux et même laxatifs.

Sur la fin de février, M. D..., fatigué de cet état, me fait ap-

(1) Voy. le *Traité de l'occlusion intestinale*, par le docteur Putignat (de Lunéville), 1 vol. in-8, 1867. Paris, A. Delahaye.

C'était encore l'eau qui enlevait la saoulerie du coït; car, je vous l'ai dit en terminant la dernière leçon, le coït était impur. Hérodote dit qu'à Babylone et dans l'Arabie l'homme et la femme se plaçaient immédiatement après le coït près d'un appareil à parfums, et que le matin, avant toute autre chose, ils se baignaient. Les divinités païennes n'échappaient pas à cette obligation; c'est au bain que se rendirent immédiatement Europe après les premiers embrassements de Jupiter, Vénus après s'être livrée à Vulcain, Cérés après s'être abandonnée à Neptune. Moïse dit : « L'homme qui aura perdu de sa semence par le coït se lavera tout le corps dans l'eau et sera impur jusqu'au soir; sa robe, la peau qui le couvre seront lavées et resteront impures jusqu'au soir; la femme aussi sera lavée dans l'eau et restera impure jusqu'au soir. » Ce n'était pas là de vaines prescriptions: les historiens juifs, Josèphe et Philou, témoignent que ces pratiques étaient encore en usage de leur temps. Clément d'Alexandrie nous apprend qu'en Egypte on n'avait pas le droit d'entrer dans

un temple sans s'être lavé ou sans s'être baigné après le coït. La saoulerie ne venait pas tant de l'acte du coït que du contact de la semence; les prêtres égyptiens, même après une simple pollution, étaient obligés de se laver avant de pénétrer dans le temple. Grégoire le Grand dit que si le mari a été, même avec sa propre épouse, il devra se laver avant d'entrer dans une église. Chez les Romains, l'habitude, à défaut des lois religieuses, commandait le lavage après chaque coït; c'est à ce point que Plaute, Pétrone et Martial désignaient sous le nom de *femmes sèches* celles qui ne coïtent pas, que Juvénal et Martial appellent *humides* celles qui se livrent fréquemment au coït. Plaute appelle une femme *illota puella*. Dans Suetone *sumere aquam* veut dire coïter. Il y avait des esclaves dont la fonction était de laver les courtisanes après chaque coït; on les nommait *aquarioli*. Gaya, dans son TRAITÉ DES CÉRÉMONIES NOPTIALES, imprimé à Lyon en 1693, rapporte qu'à Tunis et à Alger, le lendemain des noces, le mari se rendait aux étuves; tandis que l'épousée restait sept jours chez elle.

pler. A cette époque, la constipation, qui cause de violentes coliques et un grand accablement, ne cède plus qu'à des purgatifs, pris par la bouche et en lavements. D'après ces symptômes et la marche progressive des accidents, la palpation et la percussion abdominales, ainsi que l'exploration du rectum, de la prostate, ne me donnaient aucun renseignement physique autre que la tympanite intestinale et la présence de quelques scyballes dans le côlon descendant; connaissant la cause de la mort de la mère de M. D...; voyant le teint pâle et jaunâtre de celui-ci, et enfin sachant que les matières des dernières débâcles présentaient des stries et quelques grumeaux de sang, je diagnostiquai un rétrécissement cancéreux intestinal, siégeant dans la profondeur du bassin.

Je dois dire aussi que, pendant la durée de chaque période de constipation, M. D... rend par l'anus, avec effort et grand bruit, et toujours avec un soulagement de quelques instants, des gaz méphitiques.

Le 29 mars 1875, époque à laquelle le patient commence à perdre l'appétit et les forces et à se démoréaliser, l'occlusion intestinale est complète. Je dis complète, car à partir de ce jour jusqu'au 14 mai, chose effrayante! nulle évacuation, solide, liquide et gazeuse, n'a lieu par l'anus, malgré les nombreux et énergiques moyens conseillés et employés judicieusement.

Pendant ces quarante-six jours, les intestins, spécialement le gros, sont bien dessinés, énormément distendus qu'ils sont par des gaz; coliques fréquentes, bruyantes et très-dououreuses, pendant lesquelles on voit les intestins se tortiller; hoquet, nausées, régurgitations et vomissements; peau pâle, anémique, comme les muqueuses buccale et oculaire, assez froide et couverte de sueur pendant les coliques; pouls régulier, un peu vide, se maintenant à 85 pulsations à la minute, mais plus fréquent ou jusqu'à 104 pendant les crises; agitation et plaintes sourdes; mauvais sommeil ou assoupissement, souvent interrompu par le doleur.

Voici sommairement les moyens thérapeutiques et hygiéniques employés pendant cette période: Grands bains d'eau de son; lavements émollients et huileux, puis laxatifs et drastiques, grands lavements d'eau glacée poussés avec énergie à l'aide d'une seringue pour cheval; par la bouche, laxatifs, purgatifs et drastiques (en pilules, poudre et liquides), toujours pris en vain, parce que, malgré des précautions extrêmes, le patient les vomit peu de temps après les avoir avalés; eau froide, pure ou gazeuse ou acidulée ou vinaigre, frappée de glace, et prise seulement par cuillerées à café à des minutes d'intervalle; bouillon de viande dégraissé et à la glace, aux mêmes doses; glace en morceaux. Toutes ces boissons sont plus ou moins vomies après la deuxième, troisième ou quatrième et même première doses. Le lait de vache, non bouilli et frappé de glace, est moins mal supporté ou pas toujours vomie complètement. Pendant ces quarante-six jours, pour combattre la dilatation intestinale produite par les gaz, la paroi abdominale est enduite d'une couche épaisse de collodion élastique, puis couverte de plusieurs vessies contenant de la glace. Ces moyens, qui ont procuré du soulagement, ont fait différer la ponction intestinale.

Vers le 10 mai, l'électricité, dont un pôle est dans le rectum et l'autre sur la langue ou promené à l'aide d'un pinceau sur la partie supérieure de la paroi abdominale, n'a d'autre résultat que de provoquer des coliques énergiques, douloureuses et sans aucune évacuation par le rectum.

Le 13 au matin, continuation des lavements, de l'usage des ves-

sies renfermant de la glace, des boissons et du bouillon glacés, je conseille 1 milligramme de strychnine. Le soir, rien de particulier à signaler.

Le 14, M. D... prend 2 milligrammes de strychnine, à six heures d'intervalle; une heure après le second graine les contractions intestinales redoublent en fréquence, en énergie et en douleur; mais sans provoquer le vomissement. Dans la soirée, pendant une colique longue et très-violente, le patient rend par l'anus, avec un très-grand bruit, des gaz intestinaux horriblement fétides. Un léger soulagement a lieu; la paroi abdominale est un peu moins distendue.

Le 15, même traitement et mêmes résultats.

Le 16, même traitement. Par l'anus, pendant les coliques intestinales, sortent, fréquemment et avec grand bruit, des gaz horriblement fétides, entraînant avec eux un liquide stercoral brunâtre, contenant des stries sanguinolentes et quelques petits grumeaux de sang. Evidemment le rétrécissement s'ouvre avec déchirure, sous l'influence des violentes contractions intestinales, provoquées par la strychnine. Ces évacuations soulagent le patient, remontent son moral et celui des membres de sa famille, mais ne suffisent pas pour tranquilliser le médecin sur l'avenir de son client.

Jusqu'au 26 au soir, la strychnine, qui, entre les fortes contractions péristaltiques des intestins, bien douloureuses, produit des secousses pénibles, dans les avant-bras, les épaules et les jambes, est administrée chaque deux jours, à la dose de 2 milligrammes, à six heures d'intervalle. Chaque fois, au bout d'une heure qu'il est avalé, le graine amène par l'anus des évacuations gazeuses et liquides, abondantes, d'un brun jaunâtre et toujours très-méphitiques. Ces évacuations sont plus faciles lorsque le patient se tient étendu sur le côté gauche.

Les jours où M. D... ne prend point de granules, il ne rend par l'anus que quelques gaz, mais il se plaint de coliques sourdes, d'un affaiblissement général et d'embaras stomacal. Sous l'influence de ces évacuations les vomissements deviennent rares ou ne se montrent guère que lorsque M. D... éprouve un dégoût à la vue et sous l'influence de l'odeur de certains aliments et spécialement du bouillon de viande (bœuf, veau, mouton, poulet), la saillie du côlon diminue beaucoup, le ventre s'aplatit, la palpation et la percussion ne découvrent plus de scyballes. Le sommeil revient, mais il est troublé par des rêves tristes; la soif est vive; les dents se déchaussent et l'haleine est fétide. Alors l'amaigrissement commence à s'accroître, le teint jaune paille devient plus caractéristique et la décoloration des muqueuses fait des progrès. Il n'y a point d'œdème malléolaire.

M. D... boit, fréquemment, et en petite quantité à la fois, du lait de vache, non bouilli et frappé de glace; chaque matin, il prend avec plaisir quelques cuillerées de café au lait froid; il mange un peu de jaune d'œuf; il avale de l'eau de Soultzmat, vinaigre et glacée, mais seulement par petites gorgées. Chaque jour, matin et soir, le patient reçoit un demi-lavement émollient; souvent il se gargarise, avec de l'eau contenant de l'eau de Botot; on lui lave la figure, le cou, les mains, avec de l'eau étendue d'eau-de-vie, et fréquemment on répand, dans le lit et la chambre, de l'eau phénique.

Le 29 mai, subitement et sans cause appréciable connue, M. D... est éveillé par des coliques très-aiguës et douloureuses, siégeant dans le bas-ventre, avec retentissement dans les reins, au périnée,

D'après le même auteur, il y avait aussi des ablutions avant le mariage. Chez les Juifs, la veille des noces, l'épousée était conduite au bain froid par des femmes qui faisaient grand bruit. Chez les mahométans la femme était également conduite au bain la veille de ses noces par ses proches parents, tenant des cierges allumés; elle était lavée sur tout le corps par deux ou trois femmes; le lendemain, l'époux se rendait aux études.

L'impression qui me semble résulter de toutes les citations que je viens de faire, c'est que, autrefois, le coit était considéré comme un acte redoutable. Les ablutions dont l'usage avait ce sentiment pour origine devaient assurément rendre les maladies vénériennes très-rares. Il est vrai que plus tard les établissements de bains sont devenus des repaires de prostitution, et que la dépravation des mœurs les détournant de leur rôle hygiénique en fit des centres de débauche et de propagation des maladies vénériennes. Dans la Rome de la dépendance, les deux sexes étaient réunis dans les mêmes

bains, et cette promiscuité était sans cesse l'occasion de désordres et de scandales. Pendant le moyen âge, les mêmes abus se répandirent dans le reste de l'Europe, et dès le XIV^e siècle une ordonnance anglaise interdisait aux étuvistes de loger des femmes dans leurs établissements.

Les bains et les ablutions n'étaient pas les seuls moyens de propreté usités par les anciens; ils pratiquaient aussi, mais d'une façon moins générale, la dépilation. Les poils qui emmagasinent les sécrétions génitales peuvent, en effet, devenir des réceptacles de matières virulentes. Les prêtres, dit Philon, rasent leur corps, car il s'accumule sous les poils quelque chose qui doit être enlevé. Athénée rapporte, d'après le témoignage de Théopompus, que la dépilation était pratiquée en Grèce et chez quelques peuplades italiennes. Cet usage se perdit, mais il fut repris à Rome comme en Grèce à l'époque de la décadence. Lorsque le développement effréné du luxe donna libre carrière à la luxure, on vit dans l'Occident, comme cela existait déjà depuis longtemps en Orient, des

aux aines et à l'extrémité libre de la verge. Les hoquets, nausées, régurgitations et vomissements redevenaient fréquents; cependant la sortie par le rectum des gaz et liquides intestinaux n'est point interrompue ni diminuée. En voyant ces symptômes et les suivants: figure grippée, pœils petit, serré, à 124 pulsations à la minute, je soupçonne fortement une déchirure intestinale au-dessus du rétrécissement, dans le bas-fond du bassin, et une inflammation du péritoine qui recouvre la vessie. Je conseille l'opium à hautes doses, de fréquentes embrocations émollientes et narcotiques sur le ventre, la continuation de l'usage de petits lavements et des boissons à la glace.

Le 30, dès le matin, la miction, qui est fréquente, un peu brûlante et douloureuse, fournit de l'urine trouble, foncée, d'un gris jaunâtre, exhalant l'odeur des matières fécales; de temps à autre, des gaz fétides sortent par la verge, soit pendant la miction, soit dans ses intervalles et même involontairement de la part du patient. Évidemment il y a dans ce moment une voie de communication, établie entre un intestin (qui n'est pas le rectum) et la vessie. Bientôt, à chaque demi-heure, M. D... rend par l'urètre, avec une vive douleur dans le canal de l'urètre et spécialement dans le gland, une demi-verre composée d'urine et de matières fécales, souvent précédée ou accompagnée ou suivie d'une expulsion de gaz méphitiques. Pendant ce temps, la sortie des gaz, des matières et des liquides intestinaux continue à avoir lieu par l'anus.

Huit jours plus tard, à quarante-huit heures d'intervalle, M. D... rend par la verge, avec difficulté et une douleur spéciale, deux os longs de grenouille, noirs et dépourvus de leurs extrémités cartilagineuses.

Jusqu'au 21 juin, le malheureux patient continuait à rendre, volontairement et souvent involontairement, par l'anus, des gaz intestinaux et des matières intestinales; à pisser toutes les dix ou vingt minutes des gaz fétides (souvent involontairement), des matières fécales, jaunâtres, horriblement fétides et avec des douleurs si violentes qu'il faut le maintenir, pour l'empêcher de tordre et d'arracher sa verge, dans le canal de laquelle, cependant, je fais pratiquer des injections de lait tiède, bouilli avec des têtes de pavot. Chaque deux heures, l'anus, le périnée, les fesses, le scrotum sont lavés avec de l'eau phéniquée.

Arrive le dégoût insurmontable pour tout aliment, pour toute boisson et même pour la glace, qui brûle la bouche, suivant l'expression du malade. Les nausées et régurgitations sont presque continuelles. Le bas-ventre est très-douloureux. La vessie (l'autopsie a fait voir que c'était le colon énormément distendu) fait saillie au-dessus du pubis. En appuyant dessus, l'on fait sortir avec un bruit sourd, par le canal de l'urètre, des gaz intestinaux. La bouche est sèche, l'haleine fétide, la figure horrible, la respiration courte et fréquente. Le pouls donne 135 pulsations à la minute; il est filiforme, inégal et intermittent. Les extrémités sont refroidies. Le délire d'inanition, qui est arrivé doucement depuis quelques jours, a lieu non-seulement pendant l'assoupissement, mais encore après le réveil, puis il reste continu. Enfin, le malheureux patient succombe le 22 juin, à cinq heures du matin.

Le même jour, et trois heures après le décès, je fais la nécropsie, avec M. le docteur Job. En voici la relation, écrite par un mien, autre bon collègue, M. le docteur Mègrat, qui nous a assistés et qui, comme nous, a vu de ses propres yeux. Avant de la rapporter, je dois dire que si elle n'est pas tout à fait complète, c'est que jamais

je n'en ai vu une aussi dégoûtante, c'est qu'elle a été faite dans un salon où l'on entendait les pleurs de la famille.

Autopsie. — Coloration d'un jaune pâle de la peau. Emaciation générale du cadavre, surtout du visage et des membres. Abdomen modérément volumineux. Le grand épiploon n'offre aucune trace d'inflammation. Les petits intestins sont presque entièrement recouverts par les gros; ceux-ci paraissent sains à l'extérieur, sauf un peu d'injection veineuse sur le bord inférieur du colon transverse. Dans les régions hypogastrique et inguinale, le colon présente trois saillies énormes, séparées par des sillons profonds; la médiane, dont les fibres longitudinales sont marquées très-nettement, pourrait être prise au premier aspect pour la vessie distendue, tant elle paraît globuleuse et bien exactement sus-pubienne. En relevant le colon transverse, on voit, à sa partie droite et antéro-inférieure, une plaque d'un bleu violacé, irrégulièrement carrée, de la surface d'une pièce de 1 franc, et sur la face postéro-médiane, une plaque de même aspect que celui de la précédente, de la surface d'un écu de 5 francs, irrégulièrement allongée, faisant une légère saillie et s'arrêtant au raphé. Ces deux plaques annoncent évidemment de prochaines perforations intestinales. La séparation à l'aide du doigt de la portion inférieure du grand épiploon d'avec le colon descendant, auquel il est adhérent, et une traction modérée sur cet intestin en haut, à droite et un peu en arrière, tandis que l'S iliaque (saillant) est attiré à gauche et en haut, fait entendre un petit bruit de crépitation et sourde, à 3 centimètres environ à gauche de la ligne médiane, au niveau du bas du fond de la vessie, une matière très-abondante, liquide, jaunâtre, horriblement fétide, mélangée à des gaz, qui la rendent écumeuse. Elle se ressemble à celle que M. D... les deux derniers jours, a rendue par le rectum.

Par une sonde en argent, introduite suivant le canal de l'urètre dans la vessie, et qui fournit un léger bruit causé par du gaz fétide qui s'échappe de son pavillon, on fait trois petites injections qui ne modifient en rien le volume de la vessie ratatinée. A la troisième, des bulles de gaz apparaissent à la surface de la matière intestinale, liquide, épanchée, pendant l'autopsie, dans le bas fond du bassin. L'index, enfoncé dans les matières fécales, au niveau du point d'où sont sorties les bulles de gaz, puis porté obliquement en bas, un peu en dedans et en arrière, pénètre dans la cavité du gros intestin. Retiré et dirigé un peu plus bas, en arrière et à droite, il entre dans la vessie, dont la paroi est épaissie, où il rencontre à nu le bec de la sonde. Celle-ci, enfoncée doucement en suivant le doigt, sort de la vessie et pénètre dans l'intestin. Celui-ci (colon descendant, au-dessus de l'S iliaque) présente, dans le côté gauche du petit bassin, une ampoule considérable remplie de matières stercorales, liquides, jaunâtres, renfermant des os et des débris d'os de grenouille, à pointes noires et aiguës ou dépourvus de cartilage.

Le colon descendant est fixé à la partie postérieure, supérieure gauche de la vessie, par des adhérences ramolles et déchirées pendant la nécropsie. Une traction exercée sur le colon descendant, en haut et un peu en avant, permet de glisser derrière celui-ci un doigt, qui détruit des adhérences au péritoine pariétal du petit bassin (sur les côtés et en arrière); de la sorte on peut arriver à placer, à 8 ou 10 centimètres de distance, deux ligatures sur le colon, dont l'une est éloignée de 10 centimètres environ de la partie fixée à la vessie.

hommes qui cherchaient à se donner l'apparence de la femme. Le pathicus rasait ses poils, à l'exception de la chevelure; l'anus était plus particulièrement soumis à l'action des substances dépilatoires, afin d'éviter les gergures que la présence d'un poil pouvait déterminer à l'anus ou au pénis. Le pédéraste et le libertin rasaient également le pubis pour ménager le pénis, la vulve ou l'anus. Mais c'est surtout chez les femmes que la dépilation était en usage. Les femmes juives n'ont jamais pratiqué la dépilation; mais chez les Asiatiques, chez les Égyptiens et chez quelques peuplades de la Grèce et de l'Italie, les femmes nubiles se débarrassaient des poils du pubis. Dans les pays où ce n'était pas un usage général, c'était au moins une mode chez les courtisanes. En Grèce, les hétaires et les prostituées pratiquaient sur elles-mêmes la dépilation, et cet usage se répandit chez les courtisanes romaines. La signification hygiénique qu'avait cette pratique à l'origine étant tombée dans l'oubli, l'habitude restait, la dépilation n'était plus qu'une mode. Cette mode existe encore

dans presque tout l'Orient, où les femmes font par coquetterie usage des pommades dépilatoires. Cette coutume est totalement tombée en désuétude chez les peuples d'Occident; on trouve cependant ça et là, dans les mémoires du temps de Louis XV, la preuve que certains hommes raffinés se faisaient pratiquer la dépilation de la poitrine pour leur nuit de noces, ou même exceptionnellement lorsqu'ils recevaient pour la première fois une maîtresse de distinction.

Le ponçage de la peau, qui avait eu sans doute le même but que la dépilation, réalisait le même effet sur les poils follets; il avait de plus pour résultat d'enlever toutes les impuretés qui s'attachent à l'épiderme. Comme la dépilation, cette pratique hygiénique perdit à la longue sa signification et se transforma en une mode luxueuse qui persiste encore en Orient et même chez nous.

Le ponçage était assurément le moyen le plus efficace pour débarrasser la peau des matières nuisibles qui avaient pu la souiller et pour empêcher leur pénétration. Il n'agissait pas

Une section faite entre ces deux ligatures permet de voir que le bout inférieur, adhérent à la vessie, est fortement enflammé dans sa partie séreuse, et que sa muqueuse, profondément altérée, s'enlève par lambeaux, d'un brun violacé. La ligature inférieure était enlevée, l'indicateur pénètre dans la vessie par une large perforation à bords épais, ramollis et fongueux. Retiré de ce canal accidentel et porté en bas, à 2 centimètres et un peu à droite, en suivant la direction du canal du colon, le doigt est arrêté par un rétrécissement du diamètre de 1 centimètre environ, fragile et assez facile à élargir par la déchirure. Ce rétrécissement, les pourtours des orifices du canal accidentel, entéro-vésical, les parois de ce dernier et les parties environnantes, constituent une masse grosse comme le poing, cancéreuse. Une portion de ces parties et de l'intestin malade, enlevée et examinée seulement à l'œil nu, ne laisse aucun doute sur la nature du rétrécissement intestinal et des parties environnantes.

À côté de points durs, squirrheux, on en trouve d'autres ramollis, d'un aspect évidemment encéphaloïde et même mélanique.

L'exploration rectale, qui a été portée aussi haut que possible, comme elle a eu lieu pendant la vie, ne peut arriver à la masse cancéreuse.

Le foie et la rate sont ratatinés.

Le rein droit, congestionné, noirâtre, laisse échapper à sa section, et sous l'influence de la pression, un liquide noirâtre, saigneux et peut-être purulent.

RÉFLEXION. — La communication accidentelle et non traumatique de la vessie avec l'intestin, dans une partie autre que le rectum, est très-rare, et heureusement, comme le dit Boyer (*Traité des maladies chirurgicales*, 1831, t. IX, p. 57); aussi ne voit-on que quelques auteurs qui en parlent, et encore très-superficiellement. Cette observation, que je viens de rapporter, sera donc la bienvenue, non pour la thérapeutique, car la lésion primitive (cancéreuse) qu'elle présente est au-dessus des ressources de la science, malgré l'affirmation d'un professeur de Nancy; mais pour le diagnostic et le pronostic.

Voici le résultat de mes recherches bibliographiques sur cet important point de pathologie entéro-vésicale ou, autrement dit, sur les fistules vésico-intestinales et non recto-intestinales, pas traumatiques. On sait que ces dernières sont assez fréquentes. Dans le tome XV du *DICTIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES*, on lit (p. 261): Des fistules urinaires, dépendantes d'une affection des uretères, s'ouvrent, tantôt dans le colon, tantôt, etc.; et (p. 624): « Les fistules urinaires, résultat de la perforation de la paroi postérieure de la vessie peuvent communiquer avec un intestin quelconque. »

Le *DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES*, ne dit rien de cet accident. Les ouvrages de Morgagni et de Cruveilhier n'en parlent point. Il en est de même des *MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE ROYALE DE CHIRURGIE* et de nombreux *TRAITÉS DE CHIRURGIE*; par exemple, ceux de A. Paré, Verduc, Guy de Chauliac, Janson, Belloste, Villars, Hévin, Laurentius Heisterius, Goulard, J.-L. Petit, Pouteau,

Lafaye, Richerand, S. Cooper, le *COMPENDIUM DE CHIRURGIE*, Vidal (de Cassis), Follin et Duplay. M. Fano, à la page 352 du tome XI de son *TRAITÉ DE PATHOLOGIE EXTÉRIÈRE*, se contente de dire: « l'occlusion intestinale peut se terminer par une fistule. »

Je n'ai rien découvert, sur ce point de pathologie, dans de très-nombreux ouvrages anciens de médecine, et, cependant, dans le *Seplechretum anatomicum*, T. Bonet rapporte (de la page 192 à la p. 199) beaucoup d'observations de la mort à la suite de fistule recto-vésicale non traumatique.

Parmi les ouvrages, moins anciens et récents, qui ne parlent pas des fistules colo-vésicales, je citerai ceux de Sauvage, Cullen, Pinel; les *CLINIQUES* de Rostan, Andral, de MM. Jaccoud, Gueneau de Mussy; et le *COMPENDIUM DE MÉDECINE*; et les *TRAITÉS DE PATHOLOGIE INTERNE* de Roche, Piotty, Grisolle, Hardy et Béhier, Monneret, de Niemeyer; et le *GUIDE DU MÉDECIN PRATICIEN*, de Valleix et Lorain. M. Jaccoud, à la page 352 du tome II de son *TRAITÉ DE PATHOLOGIE INTERNE*, se contente de dire: l'occlusion intestinale peut se terminer par une fistule.

Les *TRAITÉS DES MALADIES DES VOIES URINAIRES*, par Civiale et Phillips, sont muets sur cet accident; et, cependant, Chopart, avant eux, en avait parlé, dans son *TRAITÉ DES MALADIES DES VOIES URINAIRES*.

Voici, en abrégé, les deux observations que rapporte Chopart, le premier auteur français qui ait parlé de la fistule vésico-intestinale, non rectale et pas traumatique.

« Un homme, âgé de soixante ans, rendait, par l'urètre, pendant les six semaines qui précéderent sa mort, toutes ses matières fécales. A l'autopsie, on trouva la partie supérieure de la vessie, la fin du colon et le péritoine formant une masse de parties adhérentes entre elles. A la partie supérieure de la vessie, où la paroi était très-épaisse, il y avait une large ouverture, communiquant dans le colon, qui était très-rétréci au-dessous. » Cette observation, est extraite du *JOURNAL DE MÉDECINE DE LONDRES*, année 1784, page 14.

Voici la seconde observation, donnée par M. Chopart. Il l'a empruntée au tome XI des *COMPTES RENDUS D'EDIMBOURG*.

« Le sujet est une femme de moyen âge, qui, à la suite d'une opiniâtre constipation, eut un vomissement presque continu, puis rendit ses urines, mélangées d'une grande quantité de matières fécales et de gaz intestinaux. Quelques jours avant sa mort, son ventre se distendit subitement et beaucoup. L'autopsie n'ayant pu être faite, Chopart pensa néanmoins qu'un intestin (l'ileon ou le colon) était percé et communiquait avec la vessie. »

Depuis Chopart, Boyer a parlé de la fistule vésico-intestinale (*loc. cit.*, t. IX, p. 57); mais il n'a donné que quelques détails, encore empruntés à Chopart. Venu après Boyer, A. Cooper ne fait qu'indiquer cet accident, à la page 560 du

seulement sur la surface: il activait la desquamation insensible et enlevait mécaniquement les couches les plus superficielles de l'épiderme. L'opération, précédée par le bain, était suivie d'une onction générale avec des huiles ou des baumes qui s'opposaient à l'absorption cutanée et se complétaient par une application purulente.

Il n'est pas un détail de cette toilette luxueuse et élégante autant qu'hygiénique qui ne soit encore en usage aujourd'hui; les poudres mêmes sont d'un emploi très-répandu; l'amidon, la farine de riz sont fréquemment usités de nos jours; les anciens employaient la farine de haricots. Mélangée à l'eau, la farine de haricots remplaçait pour eux le savon; répandue sur le corps à l'état sec, elle complétait la toilette; les contacts étrangers devenaient moins intimes et par conséquent moins dangereux, grâce à l'interposition de cette poudre protectrice.

Ces pratiques si multipliées de la propreté orientale n'étaient certainement pas dirigées exclusivement contre les maladies

vénéériennes, elles avaient un effet plus général et s'opposaient à l'action de tous les virus fixes et de toutes les matières délétères qui peuvent attaquer le corps par sa surface cutanée. Il est une autre coutume hygiénique de l'Orient qui loin de s'amoindrir a pris avec les siècles un développement considérable et qui certainement visitait plus spécialement les maladies vénériennes: je veux parler de la circoncision. Hérodote dit que cette pratique était déjà très-ancienne et que l'on ne saurait dire si elle avait pris naissance chez les Egyptiens ou chez les Ethiopiens; elle se répandit dans la Syrie et fut en usage chez les peuples de la Palestine et chez les Phéniciens. De nos jours, la circoncision est pratiquée sur la moitié du globe. Elle est la loi de tous les peuples mahométans, des Persans, des Juifs, des Cafres; la même coutume se retrouve dans l'Amérique du Sud chez les Indiens du centre comme chez ceux des côtes; elle existe de toute antiquité dans les îles du Pacifique, aux îles Marquises, par exemple, où l'on pratique non pas la périlomie, mais la circoncision longitu-

lome XI de son DICTIONNAIRE DE CHIRURGIE. L'auteur (Ségalas ?) du TRAITÉ DES MALADIES DE L'APPAREIL URINAIRE, dans la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN (1845, page 598), copie Chopart.

A. Bécard, en 1846, dans le tome XXX (page 118) du DICTIONNAIRE OU RÉPERTOIRE DES SCIENCES MÉDICALES, reproduit en partie l'article Chopart.

Nélaton, en 1859, dans le tome V de ses ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE EXTERNE, dit simplement : Les fistules vésico-intestinales sont déterminées par une communication accidentelle de l'intestin avec la vessie. Il n'y a certes pas besoin d'être un grand chirurgien pour écrire pareille sentence.

Vers la grande époque, Coulson, dans son Traité des maladies de la vessie (*Diseases of the bladder*, page 115), rapporte un fait de fistule vésico-intestinale, que nous verrons plus loin.

(A suivre.)

CORRESPONDANCE.

Température des viandes rôties.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Au cours de la discussion à la Société médicale des hôpitaux sur la fréquence croissante du tania, j'ai donné sommairement le résultat de recherches poursuivies pendant plusieurs années (1866-1870) sur la température centrale des viandes préparées servant à notre alimentation journalière. Sur l'invitation du bureau, j'ai remis le lendemain une note manuscrite qui figurera dans les bulletins officiels de la Société. En attendant, la plupart des journaux qui ont reproduit sommairement cette communication, la GAZETTE MÉDICALE, la GAZETTE DES HÔPITAUX, le JOURNAL D'HYGIÈNE, etc., ont commis une inexactitude et m'ont attribué une opinion si évidemment erronée, qu'il me paraissait inutile de la relever. D'après eux, j'aurais constaté que la température centrale des viandes rôties pouvait ne pas dépasser 46 degrés, tandis que la température périphérique oscillait entre 52 et 59 degrés ! Mais voilà que la GAZETTE HEBDOMADAIRE, n° 29, p. 451, par la plume de mon ami M. Lereboullet, reproduit la même erreur contre laquelle il m'est impossible de ne pas protester.

La température extérieure des viandes rôties dépasse toujours et nécessairement 100 degrés, autrement les viandes ne seraient pas rôties ; elle atteint d'ordinaire + 120° à + 130°, et à vrai dire je n'ai pas eu à m'en occuper. Tous mes efforts, au contraire, ont eu pour but de rechercher la température la plus basse que pouvaient retenir certains points très-limités de ces viandes ; je voulais savoir si les parties les plus recouvertes ou les plus abritées de la masse totale n'échappaient pas à la température moyenne de la cuisson, et je suis aujourd'hui convaincu que si nos marchés laissent passer du bétail atteint de maladies parasitaires, le mode de préparation que nous faisons subir à la viande qui en provient ne nous donne aucune sécurité ; il y a presque toujours des points où

la température est restée insuffisante pour détruire les parasites.

Puisque l'occasion s'en présente, permettez-moi de reproduire ici le résumé d'expériences que j'ai bien des fois répétées et contrôlées. Le sujet est un peu bas, mais les questions d'hygiène applicables aux pratiques journalières de la vie ont une utilité qui n'est pas contestable. Les chiffres suivants donnent la température la plus basse locale, à chaque opération, sur l'un des nombreux thermomètres, de très-petit volume, introduits au centre de la pièce pendant la cuisson : Bouef : + 49°, 5, + 51°, + 52°, + 51°, + 55°, + 56°, + 54°; mouton : + 50°, + 46°, + 51°, + 56°, + 48°, + 53°; porc : + 62°, + 68°.

Les chiffres indiqués par les thermomètres situés en d'autres points centraux étaient d'ordinaire supérieurs de 3 à 5 degrés à ces minima locaux. Toutes les pièces ont été consommées sans répugnance par les personnes non prévenues devant qui on les a présentées.

Si l'on songe que la température de + 60° ne tue pas certainement les trichines, ces chiffres paraissent assez peu rassurants pour qu'il soit inutile de les réduire encore.

Veuillez agréer, etc.

E. VALLIN.

Paris, le 22 juillet 1876.

RÉPONSE.

En reproduisant, d'après le compte rendu de la GAZETTE HEBDOMADAIRE (n° 7, p. 106), le résumé de la communication faite par M. Vallin à la Société médicale des hôpitaux, nous n'avions pas voulu dire que la température extérieure ou superficielle des viandes rôties ne dépassait pas 52 degrés. C'est au-dessous de cette surface externe d'une viande saisie par la cuisson que se trouvent une série de couches dont la température doit varier de la périphérie au centre et de 46 à 53 degrés. En parlant de la périphérie nous entendions donc, comme notre confrère M. Legroux, les parties situées au-dessous de la surface qui a reçu directement l'action du feu et qui est évidemment à une température très-élevée. Mais nous regrettons moins de ne pas avoir mieux fait comprendre notre pensée, puisque l'inexactitude apparente de ce compte rendu nous a vus les intéressants détails que contient la lettre de M. le professeur Vallin.

L. L.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 17 JUILLET 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

SUR LA FERMENTATION DES FRUITS ET SUR LA DIFFUSION DES GERMES DES LEVURES ALCOOLIQUES. — M. L. Pasteur lit une note que nous nous bornons à signaler.

dinale ; on la retrouve enfin chez un peuple chrétien, chez les Abyssiniens.

Au début, les prêtres avaient réservé pour eux la circoncision, afin de préserver de toute inflammation le pénis, l'organe sacré, et de donner aux parties ainsi mises à découvert une plus grande résistance contre les outrages venus du dehors. Elle fut ensuite appliquée au peuple. Mais quand tout le monde fut circoncis on perdit de vue le but original de la circoncision, qui fut bientôt considérée comme une habitude religieuse. En Egypte, elle avait été l'emblème des initiés ; chez les Juifs elle devint le signe de l'Alliance ; Philon reconnaît cependant qu'elle avait un but médical prophylactique.

C'est chez les Israélites qu'on peut le mieux saisir l'origine et les développements de cette pratique, et il y a peut-être, au point de vue qui nous occupe, quelque intérêt à étendre les diverses tentatives faites pour imposer cette coutume au peuple juif.

Abraham, le premier, formula le précepte et le mit en

application sur lui-même, à l'âge de quatre-vingt-dix-neuf ans. « Le Seigneur dit à Abraham : tout mâle de huit jours sera circoncis : ce sera le signe de votre alliance avec moi. » Voyons dans quel pays et dans quelles circonstances Abraham puisa l'idée de cette pratique. Abraham, qui à cette époque se nommait encore Abram, partit avec sa femme, son neveu et ses serviteurs, au midi du pays de Chanaan. Une famine l'obligea à passer en Egypte, et Abram dit à Sarai, sa femme, qui ne se nommait pas encore Sarah : « Je sais que tu es belle et que quand les Egyptiens t'auront vue ils diront : « C'est la femme de cet homme », et ils me tueront et te réserveront pour eux. Dis donc que tu es ma sœur, afin que ces gens me traitent favorablement et me conservent la vie à cause de toi. » Abraham ne s'était pas trompé ; Pharaon, averti de la beauté de cette étrangère, prit Sarai pour femme, et l'Eternel le frappa de grandes plaies lui et sa famille.

Plus tard, Abraham étant allé à Gérare, crut devoir user du même stratagème et fit encore passer Sarah pour sa sœur ;

FERMENTATION DE L'URINE. — M. L. Pasteur répond à la communication faite, dans la précédente séance, par M. Bastian (de Londres). Il reconnaît l'exactitude des expériences de l'auteur, mais il en tire des conclusions erronées.

« Le docteur Bastian, dit M. Pasteur, obtient des bactéries en zaturant de l'urine bouillie par une dissolution de potasse. Je l'invite simplement à faire tomber dans l'urine, non pas de la potasse en dissolution aqueuse, mais de la potasse solide après qu'elle aura été portée au rouge ou seulement à 110 degrés. Jamais son expérience ne réussira, c'est-à-dire qu'il ne se formera plus du tout de bactéries dans l'urine exposée à 30, 40 ou 50 degrés. La conclusion qu'il a déduite de nos expériences communes est donc absolument inadmissible, car il serait absurde de prétendre que le *primum movens* de la vie est dans la potasse caustique fondue. Telle est l'expérience décisive dans le sujet qui nous occupe. En un mot, je prie M. le docteur Bastian d'éloigner simplement les germes des bactéries que peut contenir la solution aqueuse de la potasse sur l'emploi. Si le docteur Bastian devait éprouver quelque difficulté par suite du dispositif expérimental dont il se sert et qu'il ne décrit pas, à faire rougir au préalable la potasse avant de la faire tomber refroidie et solide dans l'urine, qu'il se serve encore de la dissolution aqueuse de potasse, mais, au lieu de la chauffer à 100 degrés, qu'il la chauffe à 110 degrés. Cette fois encore il aura la stérilité dans tous les cas s'il opère rigoureusement. Enfin, si le docteur Bastian conserve encore des doutes, qu'il supprime la condition de l'ébullition préalable de l'urine. Chose assurément remarquable, quoiqu'elle ne fasse que confirmer une de nos assertions au sujet de l'urine normale de l'homme sain, ou à encore la stérilité de l'urine rendue alcaline en laissant tomber un morceau de potasse solide en poids déterminé dans de l'urine absolument normale sortant de la vessie, recueillie avec les précautions que j'ai indiquées au chapitre II de mon récent ouvrage sur la bière, pour éviter le contact des germes de l'air atmosphérique. »

GÉNÉRATION INTRACELLULAIRE DU FERMENT ALCOOLIQUE. — Une discussion s'engage entre MM. Frémy et Pasteur sur ce sujet. M. Dumas confirme les assertions de M. Pasteur.

RECHERCHE ET DOSAGE DE LA FUCHSINE ET DE L'ARSENIC DANS LES VINS QUI ONT SUBI UNE COLORATION ARTIFICIELLE PAR LA FUCHSINE. Note de M. C. Husson (extrait). — « On introduit quelques grammes de vin suspect (de contenir de la fuchsine) dans une fiole, et l'on ajoute un peu d'ammoniaque. Le mélange prend une teinte d'un vert sale. On plonge alors dans le liquide un fil de laine blanche à tapisserie. Lorsqu'il est bien imbibé on le retire, on le dispose verticalement, et l'on fait couler le long de ce fil une goutte de vinaigre ou d'acide acétique. Si le vin est naturel, à mesure que la goutte s'avance la laine redevient d'un beau blanc; s'il est altéré par la fuchsine elle se teint en rose plus ou moins foncé. La réaction est des plus nettes. »

L'auteur a recherché ensuite si la fuchsine est un véritable toxique, et il a fait l'expérience suivante :

« Avec de la fuchsine complètement exempte d'arsenic et due à

l'obligeance de M. Dorvault, j'ai, dit-il, préparé dix pilules contenant chacune 2 centigrammes de ce produit. Elles ont été administrées, de demi-heure en demi-heure, à un lapin âgé d'un an, qui n'a été nullement impressionné par cette médication. Alors trois bols de 50 centigrammes de fuchsine lui ont été donnés d'heure en heure. Le lapin, douze heures après, n'a paru ressentir aucun malaise. Enfin, je lui ai donné, en huit heures, 8 grammes de fuchsine pure : la respiration seule a paru plus précipitée; les excréments étaient saturés de fuchsine. Quarante-huit heures après, l'animal, plein de vie, a été tué, afin de procéder à l'autopsie. »

« Tout l'appareil digestif est teint en rose violacé. L'estomac et les intestins sont couverts de larges plaques roses mais ne présentent aucune lésion. La vésicule biliaire est remplie d'un liquide rouge violacé, avec lequel a été teint un des échantillons de laine que j'ai l'honneur d'adresser à l'Académie. La portion du foie qui touche à la vésicule est fortement colorée. Le poumon est fortement congestionné, couvert de plaques rouges et brunes, ducs non pas à la fuchsine, mais à du sang extravasé, comme cela a lieu dans l'asphyxie. C'est le seul organe présentant des lésions notables. Il cède à l'éther des traces de fuchsine. La vessie est remplie d'un liquide rouge vineux, fortement alcalin, faisant effervescence sous l'influence des acides, dégageant une grande quantité d'ammoniaque sous l'action de la chaleur et de la potasse, reprenant la teinte rouge de fuchsine sous l'influence de l'acide acétique et colorant alors la laine. »

L'auteur décrit ensuite un procédé pour doser l'arsenic en faisant arriver le courant gazeux qui se dégage de l'appareil de Marsh dans une solution titrée d'iode. (Commissaires : MM. Chevreul, Pasteur, Cl. Bernard, Wurtz, Gosselin.)

SOURDS-MUETS. — M. J. Hugentobler adresse divers documents relatifs à l'origine des méthodes pour l'enseignement des sourds-muets, récemment soumises au jugement de l'Académie par M. Magnat. (Renvoi à la commission précédemment nommée.)

CARACTÈRES ANATOMIQUES DU SANG DANS LES ANÉMIES. Troisième note de M. G. Hayem.

« Nombre des globules rouges. — Pour compter les éléments du sang, je me suis servi de la petite cellule décrite par M. Nægel et par moi dans les COMPTES RENDUS du 26 avril 1875. En prenant certaines précautions indispensables on obtient facilement avec ce petit appareil le nombre des globules que renferme 1 millimètre cube de sang, sans s'exposer à commettre une erreur relative dépassant 1,5 pour 100. »

« A. Sang normal. — Le nombre des globules rouges varie, à l'état normal, dans des proportions assez grandes d'un individu à l'autre, mais chez le même individu, placé dans des conditions identiques, les oscillations dans le nombre de ces éléments sont extrêmement faibles. Chez l'homme adulte bien portant, de vingt à quarante ans, examiné le matin à jeun, le sang du bout du doigt contient en moyenne 5 500 000 globules rouges par millimètre cube. Pour établir cette moyenne, nous avons choisi des personnes vigoureuses, dans un état de santé aussi satisfaisant que possible.

Abimélec, roi de Gérare, fit enlever Sarah, mais il fut préservé d'une grande plaie parce qu'il ne la toucha pas. La circoncision d'Abraham trouve place entre ces deux épisodes de sa vie; elle est antérieure à ses rapports avec Abimélec, mais elle est postérieure à son voyage en Egypte, où il put voir pratiquer la circoncision et constater les avantages qui résultent de cette opération. C'est donc bien des Égyptiens que vint le premier essai de circoncision chez les Juifs. Les fils et les arrière-petits-fils d'Abraham praiquèrent encore la circoncision. Dinah, fille de Lia et de Jacob, sortit du camp pour voir les filles de Sichem au pays de Chanaan. Or Sichem, fils d'Hémor, lui fit violence, et le lendemain, se sentant pris d'un grand amour pour Dinah, il la fit demander en mariage par son père. Hémor proposa à Jacob des alliances matrimoniales. Jacob, dissimulant son courroux, consentit à la condition que les hommes de Sichem subirait la circoncision; et au troisième jour, alors que ces hommes étaient retenus par les douleurs de l'opération, Siméon et Lévi les égorgèrent.

Joseph avait été circoncis; mais si les premiers Juifs qui vinrent se fixer près de lui en Egypte avaient également subi la circoncision suivant les préceptes d'Abraham, cette coutume ne tarda pas à se perdre pendant la captivité. Moïse, élevé à la cour de Pharaon, avait été circoncis suivant les rites égyptiens. Après l'avoir armé de la verge, Dieu, qui l'avait choisi pour délivrer son peuple, voulut le faire mourir. Alors Séphora, femme de Moïse, coupe le prépuce à son premier né et l'Éternel épargne Moïse. En sa qualité d'Égyptien, Moïse connaissait les avantages de la circoncision; aussi, après la sortie d'Égypte, il ordonna sur le Sinaï que tout mâle de huit jours serait circoncis, mais il n'exigea pas que les adultes subissent cette opération. Le précepte de Moïse ne fut même pas appliqué, car pendant les quarante années du voyage au désert, on ne pratiqua pas la circoncision. La loi n'eut son effet qu'après la mort de Moïse. Arrivé en face du pays de Chanaan, Josué, qui avait recueilli les instructions de Moïse, imposa la circoncision à tous les Juifs avant de leur permettre

Parmi nos chiffres, le plus fort est 6100000, le plus faible 5060000. On peut donc dire que chez l'adulte bien portant le nombre des globules du sang capillaire est de 5 à 6 millions. Chez les individus d'une santé plus faible la moyenne est sensiblement moins élevée; elle est d'environ 4 600 000. Nombre d'individus qu'il est impossible de considérer comme étant malades, mais qui se fatiguent facilement et éprouvent constamment quelques maux, possèdent cette dernière moyenne.

» *B. Sang des anémiques.* — Dans la grande majorité des cas, le sang des anémiques contient moins de globules rouges qu'à l'état normal. Quand l'anémie est très-intense, le nombre des globules est toujours peu élevé, surtout lorsque cette anémie a suivi une marche rapide. Les chiffres les moins élevés que nous ayons trouvés sont : 1 482 750 (cas d'anémie paludéenne) et 1 000 000 (cas de *purpura hemorrhagica*). Dans les anémies de moyenne intensité, le nombre des globules rouges est quelquefois peu différent du chiffre normal; il peut même lui être supérieur. Ainsi nous avons trouvé parfois environ 6 millions de globules rouges et souvent de 5 à 5,5 millions.

» Chez les anémiques, le nombre des globules varie fréquemment, et souvent d'une manière très-accrue, d'un jour à l'autre. Il se produit à certains moments des globules nouveaux qui apparaissent en quelque sorte par poussées; mais ces éléments sont petits, pâles, incomplètement développés; leur évolution ne paraît pas s'accomplir d'une manière physiologique.

» *Rapports entre le nombre des globules rouges et le pouvoir colorant du sang dans les anémies.* — Tandis qu'à l'état normal, même chez les individus d'une santé faible, le pouvoir colorant du sang est proportionnel au nombre des globules rouges, dans les anémies chroniques on trouve constamment un défaut de concordance entre le nombre de ces éléments colorés et le pouvoir colorant du sang; c'est-à-dire que le pouvoir colorant est toujours inférieur, dans une proportion plus ou moins grande, à celui que donnerait au sang un nombre égal de globules normaux. Ce fait essentiel confirme d'une manière évidente les conclusions que nous avons tirées de l'étude histologique des globules. Il est, en effet, le résultat des altérations de ces éléments, et les écarts plus ou moins grands qui existent entre le nombre des globules et le pouvoir colorant donnent exactement la mesure de ces altérations.

» D'une manière générale, le défaut de concordance entre ces deux valeurs est moins accentué dans les anémies profondes, avec diminution du nombre des globules, que dans les anémies d'intensité moyenne dans lesquelles le nombre des globules est élevé.

» Les altérations des hématies n'étant pas aussi développées chez tous les malades, il est fréquent de trouver dans la même maladie, la chlorose, par exemple, pour des chiffres de globules très-différents, le même pouvoir colorant. Et comme, d'autre part, chez le même malade ces mêmes altérations des globules sont plus ou moins prononcées, suivant les moments, les fluctuations signalées précédemment dans le nombre de ces éléments sont loin de correspondre à des oscillations équivalentes du pouvoir colorant....

» En résumé, l'étude anatomique des globules rouges, faite en tenant compte à la fois des caractères histologiques, du pouvoir colorant et du nombre de ces éléments, conduit aux résultats généraux suivants : 1° les globules rouges sont des éléments très-alterables; 2° le résultat de leurs altérations dans les anémies chro-

niques, que l'affaiblissement de la couleur ou du pouvoir colorant du sang et le défaut de concordance entre ce pouvoir colorant et le nombre des éléments colorés sont les deux seuls caractères essentiels et fondamentaux de l'anémie; 3° si dans les anémies la masse totale du sang reste la même qu'à l'état normal, ce qui nous paraît vrai pour la plupart des cas, la détermination du pouvoir colorant donne seule la mesure exacte du degré d'anémie; 4° il est utile de distinguer, en physiologie pathologique, les modifications qui se rapportent à la formation ou génération des globules de celles qui appartiennent à l'évolution de ces éléments.

SUR QUELQUES PHÉNOMÈNES DÉTERMINÉS PAR LA FARADISATION DE L'ÉCORCE GRISE DU CERVEAU. Note de M. Bochefontaine. L'auteur a étudié chez le chien l'influence de la faradisation des points appelés *centres des mouvements volontaires des membres*, sur différents appareils de la vie organique qui ne sont pas directement gouvernés par la volonté. Quelques-unes des expériences relatives à la circulation sanguine et à la sécrétion des glandes sous-maxillaires ont été faites en collaboration avec M. Lépine, dans le laboratoire de M. Vulpian. L'auteur a poursuivi seul les autres recherches.

« 1. Au moyen du kymographe à mercure, on constate que la faradisation des points appelés *centres moteurs des membres* détermine ordinairement une élévation de la pression sanguine intra-carotidienne de 14 à 16 centimètres. En même temps, les pulsations cardiaques sont ralenties. Quelquefois, sous l'influence d'une seule excitation, on observe des alternatives d'accélération et de ralentissement du pouls, et l'on voit la tension moyenne éprouver des oscillations, tout en demeurant plus élevée qu'avant la faradisation. On sait que la pression s'élève aussi et que le pouls s'accélère quand on coupe les deux nerfs vau-sympathiques au cou. Si l'on faradise alors le gyrus, la tension intra-artérielle augmente encore, mais les systoles cardiaques sont ralenties.

» Dans plusieurs expériences, la section des deux nerfs pneumo-gastriques seuls, entre le ganglion cervical supérieur et la base du crâne, a modifié les effets de la faradisation du cerveau. La pression sanguine, au lieu d'augmenter au moment de cette faradisation, a baissé de 4 à 5 centimètres; on même temps le pouls est devenu plus lent.

» 2. On sait que la faradisation du gyrus sigmoïde entraîne une dilatation considérable et immédiate de la pupille. Sur un animal dont la moelle épinière a été sectionnée transversalement à la région cervicale, cette faradisation détermine encore la dilatation rapide de la pupille. Or, dans cette expérience l'excitation n'a pas pu suivre le cordon cervical du sympathique; il est probable qu'elle a atteint l'isthme encéphalique, d'où elle a été conduite au ganglion ophthalmique de chaque côté par des fibres nerveuses sympathiques provenant de cette partie de l'encéphale.

» 3. La faradisation du cerveau provoque l'hypersecretion des glandes sous-maxillaires et parotides, au point de décupler immédiatement la quantité de salive sécrétée par ces glandes. Ce fait pourrait être utilisé en physiologie pour recueillir la salive parotidienne.

» 4. L'estomac et les intestins sont influencés par la stimulation des centres des membres. La portion pylorique de l'estomac se contracte un instant fortement, puis ses mouvements péristaltiques

d'entrer dans la terre promise. L'Éternel dit à Josué : « Fais-toi des couteaux de pierre et circoncis de nouveau les enfants d'Israël. » Tous les mâles durent subir cette opération, car ceux qui étaient sortis d'Égypte étaient morts, et l'on n'avait pas circoncis au désert. Et quand tout fut terminé, l'Éternel dit : « J'ai roulé de dessus vous l'opprobre de l'Égypte. » L'obscureté prolongée pendant quarante ans de la loi du Sinai avait eu sa punition : la plaie de Baal Péor. Moïse avait sans doute constaté, comme nous le faisons aujourd'hui pour d'autres maladies vénériennes, que ce mal, transmis par les filles de Moab, avait exercé de plus grands ravages dans son peuple en raison de la débilité de l'enveloppe tégumentaire des organes génitaux, et il dut y voir un avertissement qui le décida sans doute à insister pour que le législateur auquel il remettait ses pouvoirs généralisât l'emploi d'une mesure hygiénique dont les effets les plus certains sont de cuirasser les organes masculins.

La circoncision n'a pas seulement pour avantage de rendre

l'homme plus réfractaire à la contagion; elle a un autre effet qui devait être apprécié surtout dans les pays chauds : en supprimant le prépuce, elle empêche de se produire ces agglomérations de smegma qui se corrompent, fermentent et déterminent souvent des inflammations localisées très-dououreuses. A ce point de vue, la circoncision rentrait dans les opérations de préprophète, et c'est sans doute dans le même but que la circoncision de la femme a été tentée, puis adoptée dans différents pays. Nous ne savons rien de la circoncision de la femme dans l'antiquité, mais elle existe de temps immémorial chez les Arabes, où elle est pratiquée par les femmes; on la retrouve en Égypte, en Ethiopie, en Perse et même dans l'Amérique du Sud. L'opération n'est pas identiquement la même dans tous ces pays, elle a pour effet de supprimer les replis muqueux sous lesquels s'accumule plus volontiers la matière sébacée; l'excision porte tantôt sur le prépuce clitoridien, tantôt sur les petites lèvres.

N'est-il pas remarquable de retrouver aujourd'hui encore

et antipéristaltiques sont ou ralentis ou suspendus. J'ai observé ces résultats avec M. Leven. Les parois intestinales se contractent d'une manière irrégulière.

» 5. La vessie se resserre et expulse plus ou moins complètement l'urine qu'elle contient.

» 6. La rate se contracte fortement, jusqu'à diminuer de plus du tiers de son volume.

» 7. Si l'on a mis des canules dans les canaux cholédoque et de Wirsung, ainsi que dans les conduits de Wharton et de Sténon, on voit que la bile et le fluide pancréatique cessent de couler quand on fait passer le courant faradique par la région du gyrus sigmoïde, tandis que les glandes sous-maxillaire et parotide sécrètent abondamment.

» Tous ces faits concourent à démontrer que la faradisation des points appelés *centres moteurs des membres* agit sur les différents appareils de la vie organique... »

SUR LA LADRIÈRE DU BŒUF PAR LE TENIA INERME DE L'HOMME, par MM. E. Masse et P. Pourquier. — Nous signalerons ce travail dans l'étude que la GAZETTE HEBDOMADAIRE poursuit en ce moment sur le tenia et les ténicides (voy. n° 29, p. 450).

PRÉSENCE DE L'HOMME DANS LES GROTTES DES DIVERSES PARTIES DE LA PROVENCE. Note de M. Jaubert. — De nombreuses recherches ont été faites dans plusieurs vallées, celles de Verdon en particulier, et surtout à Gréoulx. Les objets recueillis sont des silex taillés, des silex polis (quelques-uns très-finement), des poinçons en corne de cerf, de nombreux fragments de vases d'une pâte plus ou moins grossière, tantôt rougeâtre, tantôt noire, mélangée de grains de quartz. Les ossements d'animaux recueillis, jusqu'à présent en petit nombre, appartiennent au loup ou au chien, au cerf ou au dain, au sanglier ou au coehon. Quelques petits carnassiers, quelques rongeurs, que l'auteur éroit être l'*avocette*, complètent la série. Le premier squelette humain trouvé avait été enfoui à l'entrée d'une des grottes, avec plusieurs armes de silex; les autres reposent dans les parties profondes.

« Si l'on considère maintenant, dit l'auteur, le nombre de ces galeries dont le sol est parsemé et les résultats qu'ont donnés les premières fouilles, on ne peut douter qu'il y ait en là une station des plus importantes. Le village de Gréoulx, construit sur l'emplacement même des grottes, serait la continuation des habitations primitives; la race actuelle, une filiation plus ou moins directe des premières générations, qui, répandues comme elles l'étaient sur les bords du Verdon et de la Durance, ont dû concourir à la fondation de Riez (*Civitas Rhetorum*), une de nos plus anciennes villes connues... On ne saurait toutefois sur les données actuelles fixer l'âge auquel il faut faire remonter la présence de l'homme dans nos grottes provençales. On n'a aucune preuve paléontologique de son ancienneté; rien ne prouve que cette présence soit de beaucoup antérieure aux temps historiques. »

cette pratique de la circoncision appliquée chez l'homme et chez la femme dans un pays chrétien qui ne s'est jamais laissé subjugué par les mahométans ni pénétrer par les coutumes de l'islamisme, en Abyssinie, dans cette Ethiopie qu'Hérodote considérait volontiers comme le berceau de la circoncision? Les Abyssiniens sont un peuple chrétien schismatique; travaillés aujourd'hui par les missionnaires catholiques qui tentent de les ramener dans le giron de l'Eglise romaine, ils relèvent encore du patriarche d'Alexandrie. Qu'on les fasse venir de l'Orient par le détroit de Bab-el-Mandeb ou qu'on les considère comme autochtones, ils forment une race à part, différente des Arabes au point de vue anthropologique et sans analogie avec les nègres, malgré la couleur noire de leur peau. Cette race d'hommes occupait déjà l'Ethiopie avant les temps historiques. On ne sait rien de leur religion primitive; on sait seulement, par le témoignage d'Hérodote, que de temps immémorial la circoncision était chez eux, comme chez leurs voisins les Egyptiens, une pratique religieuse. Cette coutume

Académie de médecine.

SÉANCE DU 25 JUILLET 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. le ministre de l'Agriculture et du commerce transmet à l'Académie : a. Le compte rendu des épidémies qui ont régné en 1875 dans les départements de Saône-et-Loire, de la Charente-Inférieure, de la Manche, du Nord, de Seine-et-Marne, de la Charente, du Finistère, du Gard et des Basses-Alpes (Commission des épidémies). — b. Le rapport de M. le docteur Savidan sur les épidémies observées en 1875 dans l'arrondissement de Lannion. (Même commission.) — c. Le compte rendu des épidémies observées en 1875 dans les départements de Montauban. (Même commission.) — d. Le rapport de M. le préfet des Basses-Alpes sur la médecine gratuite. — e. Une demande faite par M. Verrey pour l'exploitation de nouvelles sources à Saint-Noctaire (Puy-de-Dôme). (Commission des eaux minérales.) — f. Le tableau des vaccinations pratiquées en 1875 dans les départements des Hautes-Alpes, de la Haute-Savoie, de Seine-et-Marne, de Puy-de-Dôme, de l'Aube, de la Loire, du Cher, de l'Oise, de Meurthe-et-Moselle et de Maine-et-Loire. (Commission de vaccine.) — g. Le rapport de M. le docteur de Courtois sur le service vétérinaire de la circonscription de Chambou-Feugerolles (Loire) en 1875. (Même commission.) — h. Une demande formée par mademoiselle Lochon en vue d'obtenir une récompense pour services rendus dans la pratique des vaccinations.

M. le président de l'Union centrale des Beaux-Arts invite l'Académie à assister à l'ouverture de l'Exposition, qui aura lieu au palais des Champs-Élysées le 1^{er} août 1876. — M. Gallin adressé à l'Académie un pli cacheté relatif à la construction d'un forceps. (Accepté.) — M. le docteur Baradon adresse à l'Académie un pli cacheté relatif à un appareil pour la dissolution des calculs dans la vessie. (Accepté.)

M. Larrey présente à l'Académie : 1^o du part de M. le docteur Hühich, une note sur le traitement des plaies par une méthode antiseptique nouvelle. — 2^o de la part de M. le docteur Drighan, un volume intitulé : SURGICAL GASES.

M. Villémé dépose sur le bureau, du part de M. le docteur Noty, un extrait du rapport sur les vaccinations pratiquées dans le cercle de Biskra.

M. Guibet offre à l'Académie : 1^o Au nom de M. le docteur Nicolini, une étude sur *Pileuscapus pennatifolius*. — 2^o Au nom de M. le docteur Garrigou, une note manuscrite sur un appareil destiné à l'ascension des eaux minérales. (Commission : MM. Poggiale, Mialhe, J. Lefort.)

M. Mentard-Martins présente à l'Académie, de la part de M. le docteur Fontaine, un mémoire sur l'emploi médical de l'air comprimé.

SOUFFLE PŒURPÉRAL. — M. Bouillaud revient sur cette question. Dans un discours qui a occupé la totalité de la séance, il explique que le phénomène déceuvré par M. de Kergardec se compose de deux éléments isochrones entre eux et isochrones avec le pouls maternel. Le premier de ces éléments est un bruit de soufflet semblable au bruit de soufflet des grosses artères soumises à une compression qui en rétrécit le calibre dans une certaine mesure, car le rétrécissement porté au point de suspendre le cours du sang dans les artères fait disparaître le bruit.

Le second élément est une pulsation également semblable à celle des grosses artères, mais qui n'est sensible ni au toucher ni à la vue. Dans la région de l'abdomen, où se fait entendre le bruit de soufflet, elle n'a été admise que par la voie de l'induction.

Cela posé, il s'agit de déterminer quelles sont ces artères inférieures dans lesquelles s'opère et se passe le bruit de soufflet. On ne peut évidemment le placer que dans la cavité abdominale. Mais de tous les vaisseaux situés dans cette cavité les artères pelviennes sont les seules assez grosses pour pouvoir donner le bruit de soufflet en question.

existait donc en Ethiopie avant d'avoir été adoptée par le peuple juif, puisque la circoncision des Juifs a été empruntée aux Egyptiens par Abraham, puis par Moïse. Cependant les Abyssiniens ont professé très-longtemps la religion juive, dont ils gardent encore de nombreuses coutumes; c'est seulement au 1^{er} siècle de notre ère qu'ils l'ont abandonnée, quand saint Frumence est venu évangéliser l'Ethiopie. Cette particularité a fait supposer à Salt que la circoncision avait été introduite chez eux en même temps que la religion israélite. Cette erreur, déjà réfutée par les considérations historiques que je viens de vous présenter, est également en opposition avec la date tardive de l'introduction de la religion juive en Ethiopie. Cette réforme religieuse devait être attribuée, d'après les Abyssiniens, à la reine Makéda. Cette reine Makéda, dont il est fait mention dans le TARIK-NEGUSTI, chronique abyssinienne traduite par Salt, aurait fait le voyage de Jérusalem et ne serait autre, d'après M. A. d'Abbadie et MM. Ferret et Galinier; que la reine de Saba. Son fils Ménélik aurait eu Salomon

Cette donnée du problème étant acquise, il s'agit d'établir maintenant que les artères pelviennes sont le siège d'une compression notable pendant la grossesse. Or, ces artères sont situées à la partie la plus déclive de la cavité dans laquelle se trouve l'organe de la gestation et le fœtus et reposent sur une base résistante et peu compressible; il est donc mécaniquement impossible qu'à une époque donnée de la grossesse la partie du poids de cette masse du fœtus et de l'utérus, que les artères pelviennes supportent nécessairement, n'exerce pas sur elles une certaine compression qui en rétrécit le calibre.

M. Bouillaud n'insiste pas du reste sur la question des pulsations, à laquelle M. Depaul attache une si grande importance. Il n'a jamais prétendu que le souffle fut accompagné d'un battement notable : c'est là la cause du différend. Il est bien évident que les artères ne peuvent fournir un bruit de souffle sans qu'il y ait en même temps battement, mais les conditions anatomiques dans lesquelles se trouvent ces artères sont défavorables à la transmission du choc, et il y a une masse trop considérable à soulever.

M. Depaul pense que M. Bouillaud confond deux bruits de souffle qui ne sont pas les mêmes. Le bruit peut être produit par l'iliaque dans des cas très-rare; il est alors accompagné d'un battement. Le plus souvent il est produit par les artères utérines et présente les caractères suivants : c'est un souffle simple, sans choc et parfaitement intermittent, quoique l'intervalle qui le sépare du suivant puisse se réduire à presque rien, comme on l'observe dans certaines maladies de la femme qui ont pour conséquence de beaucoup accélérer sa circulation. Dans d'autres cas il dure peu, et alors les intervalles de silence sont plus longs.

M. Colin présente quelques objections à la théorie utérine que, comme physiologiste, il ne saurait accepter. M. Depaul a oublié de démontrer que les artères du diamètre de l'artère utérine pouvaient donner naissance à des bruits de souffle. Il est établi que les petites artères ne donnent pas de bruit de souffle, et les artères de l'utérus à mi-terme sont dans ce cas. Il n'a jamais pu entendre le bruit de souffle sur des animaux dont les artères sont beaucoup plus volumineuses que celles de l'utérus de la femme. Voilà l'argument capital à opposer à M. Depaul.

M. Depaul ne peut accepter les affirmations de M. Colin, qui ne reposent sur aucun fait précis. Il a démontré dans les expériences qu'il a pratiquées devant l'Académie avec des tubes de caoutchouc, que les artères de l'utérus étaient assez volumineuses pour produire ce bruit.

M. Colin convient, en effet, avoir entendu le bruit de souffle dans les tubes qui lui ont été présentés, mais il fait remarquer que la rugosité de la face interne du conduit peut

produire le souffle et que le caoutchouc est plus rugueux que l'artère.

M. Depaul nie le fait et affirme que la surface interne des tubes est aussi lisse que celle de l'artère. Il revient ensuite sur les arguments qu'il a développés dans les précédentes séances et qui démontrent que le souffle puerpéral a pour siège les artères hypertrophiées de l'utérus et qu'il a lieu sans battement.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 12 JUILLET 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. HOUËL.

CORRESPONDANCE. — PLAIE PAR ARME À FEU CHEZ UN INDIVIDU ATTENTIF D'INTOXICATION PALUDÉENNE, SUR LE GENU VALGUM; A QUEL MOMENT FAUT-IL OPÉRER LE PIED BOT CONGÉNITAL ?

La correspondance comprend :

1° Un travail de M. Broca : TOPOGRAPHIE CRANIO-CÉRÉBRALE, rapports anatomiques du crâne et du cerveau.

2° Un mémoire manuscrit de M. Jude Hue (de Rouen), sur la rupture périméale complète; deux opérations successives, guérison.

— M. Verneuil fait un rapport sur une observation intitulée : « plaie pénétrante du crâne par arme à feu chez un sujet atteint d'intoxication paludéenne; névralgie intense; traitement par le sulfate de quinine; guérison », par MM. Labourdeney et Guérard de la Quinerie, médecins de la marine.

— M. Théophile Anger fait une communication sur le genu valgum consécutif à l'opération du pied bot. M. Lannelongue a rappelé que les genoux cagneux se rencontraient aussi dans l'enfance et surtout chez les enfants pauvres. M. Anger a observé cette infirmité chez les riches comme chez les pauvres. Chez les jeunes enfants qui ont un pied bot, il y a en même temps un peu de genu valgum qui s'accroît quand le pied bot est redressé. M. Anger présente le moulage de plusieurs jambes cagneuses à la suite de l'opération du pied bot. La cognosité est due, dans ces cas, à la laxité des ligaments du genou, qui permet les mouvements de latéralité et de rotation même dans l'extension du membre; c'est le commencement du genu valgum. Plus tard, le condyle interne se développe plus que le condyle externe.

Pourquoi les enfants deviennent-ils cagneux après l'opération du pied bot ? Faut-il attribuer cela au poids de l'appareil ? Cela est possible. Ou bien, dans le varus équin, pour marcher les enfants écartent les jambes et cela peut provoquer le genu valgum. Enfin, on invoque aussi l'arrêt de développement de certains muscles de la jambe. M. Anger a combattu le genu valgum au moyen des appareils.

pour père. Puisque la chronique et la tradition font dater de l'époque de Salomon l'introduction de la religion juive dans l'Éthiopie, on voit que la circoncision, déjà ancienne dans ces régions aux temps de Moïse et même d'Abraham, n'y a pas été importée avec le culte des Hébreux. Vestige d'une religion ancienne, la circoncision abyssinienne s'est perpétuée jusqu'à nos jours, malgré toutes les vicissitudes religieuses, sociales et politiques; la religion juive l'a trouvée établie et n'a pu que l'encourager; la religion chrétienne l'a rencontrée à son tour et n'a pas pu la déraciner; la religion musulmane enfin n'a pas eu à la faire adopter quand les armées de Mahomet ont envahi la plaine pour se briser contre la région montagneuse.

C'est merveille de constater la permanence et l'immuabilité d'une coutume dont l'origine se perd dans la nuit des temps; de voir encore si vivace et répandue sur une si grande étendue du globe, l'usage d'une opération préhistorique qui se pratiquait avec les couteaux de pierre.

(A suivre.)

Dr BOUCHARD.

PHARMACIE ET ÉPICÉRIE. — Le tribunal correctionnel de Rouen vient de condamner à 500 francs d'amende le sieur Rouillard, épicié, pour vente de pâte de réglisse, contrevention à l'article 83 de la loi de germinal an XI, et attendu que ladite pâte est classée, par l'ordonnance du 30 septembre 1820, au nombre des drogues simples dont les épiciers ne peuvent faire le commerce qu'en gros, etc.

PRIX POUR 1879. — La Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux propose le prix suivant pour l'année 1879 :

Étude microscopique du sang humain, frais et sec, du fœtus et de l'adulte, comparativement à celle du sang des autres mammifères, au point de vue médico-légal.

Le prix, d'une valeur de 1000 fr., sera décerné à la fin de l'année 1879.

ANATOMIE DES BEAUX-ARTS. — Le prix Huguier, consistant en une somme de 600 francs pour les études de l'anatomie à l'École des Beaux-Arts, a été décerné à M. Perruchot, élève de M. Gérome. Des mentions ont été décernées à MM. Cuyer, Delaube et Boylac.

Quand on peut traiter le pied bot dès la naissance, le pied se redresse bien avant que les genoux puissent devenir cagneux, puisque l'enfant ne marche pas encore. Ce n'est qu'en opérant plus tard, que la cognosité se développe.

M. Le Dentu. Quand il s'agit du pied bot *varus*, pour redresser le pied il faut porter le côté externe en haut et en dehors; n'en résulte-t-il pas une poussée qui tiraille le ligament latéral interne du genou et prépare le *genu valgum*?

M. Th. Anger ne fait monter l'appareil qu'à mi-jambe quand l'enfant est jeune; l'appareil ne serait donc pour rien dans le développement du *genu valgum*. Chez les enfants idiots de Bicêtre, les pieds bots, qui sont nombreux, sont tous accompagnés de genoux cagneux.

M. de Saint-Germain a observé rarement la concomitance du *genu valgum* avec le pied bot. Au point de vue de l'opération, les récidives sont fréquentes quand on opère de bonne heure; c'était l'opinion de Duval. Il vaut mieux attendre que l'enfant ait un an ou quinze mois.

M. Sée a redressé des pieds bots quinze jours ou trois semaines après la naissance, avec des appareils en gutta-percha, ou des appareils plâtrés. Ces appareils sont bien supportés et ne produisent pas d'excoriation. Il ne paraît pas démontré à M. Sée que l'on traite d'un pied bot par les appareils puisse donner dans la suite un *genu valgum*; mais il a constaté chez ses malades la laxité des ligaments du genou.

M. Tillaux. A quelle époque faut-il opérer le pied bot? Le plus tôt possible, dès la naissance. M. de Saint-Germain affirme que M. Duval a observé des récidives; mais comment ces malades ont-ils été opérés? A-t-on mis des appareils après l'opération? Les chirurgiens ou les parents ont-ils bien tenu le pied de leur enfant dans les appareils? On ne comprend pas comment le pied bot se reproduirait si le traitement est bien ordonné.

M. Marjolin. Il ne faut opérer ni trop tôt, ni trop tard; attendre un an, c'est trop tard, car le squelette se déforme de plus en plus. Dès la naissance, c'est trop tôt. Si la déformation est peu prononcée, le plus simple des appareils suffit.

M. Blot. Il faut d'abord savoir à quelle sorte de pied bot on a affaire. Le pied talus si fréquent à la naissance, et qui est l'exagération de l'attitude naturelle dans l'utérus, se redresse au moyen d'une simple bande. On doit donc établir le degré de difformité avant de faire l'opération.

Pourquoi ne faut-il pas opérer dès la naissance? Parce que le plus souvent l'opération est inutile; les appareils, une bande ou les manipulations suffisent. La difformité osseuse disparaîtra ou du moins n'augmentera pas; les deux tiers des pieds bots peuvent guérir sans opération.

M. de Saint-Germain considère la ténotomie comme une opération généralement innocente; cependant, pour le *varus* au troisième degré, il faut commencer par dérouler le pied en coupant l'aponévrose plantaire, et faire plus tard la section du tendon. Il peut en résulter une suppuration étendue ou un thrombus. L'enfant supporterait mieux cette opération s'il avait un an ou quinze mois. Avant cet âge, d'ailleurs, il est inutile que l'enfant ait des pieds réguliers, puisqu'il ne s'en sert pas, et la malformation du squelette n'augmentera pas. La récidive arrive chez des enfants mal soignés; mais presque tous les enfants sont mal soignés, et il est plus sage d'attendre un an avant d'opérer.

M. Tillaux trouve M. Blot trop conservateur; quand un chirurgien opère, c'est que les enfants doivent être opérés. Il faut distinguer entre l'attitude vicieuse des pieds et la rétraction des muscles. Le vrai talus est extraordinairement

rare; M. Tillaux en a vu un cas par rétraction de l'extenseur des orteils; alors l'opération est nécessaire.

En principe il y a intérêt à opérer le plus tôt possible les déformations chez les enfants; s'il y a des contre-indications, il est évident qu'il ne faut pas agir. Au bout d'un an, la déformation du squelette est plus grande, cela est évident. En malaxant matin et soir un pied bot, on finit par allonger le tendon; mais on ne réussit pas toujours. Où est l'avantage d'attendre? La section du tendon d'Achille n'est pas dangereuse. M. Tillaux fait des réserves pour la section de l'aponévrose plantaire. Si le chirurgien pense que l'enfant ne peut pas supporter l'opération, il attendra que la vie soit assurée; l'enfant doit être nourri au sein par sa mère ou par une bonne nourrice; l'opération peut être faite un mois ou deux après la naissance.

M. Marjolin. Quand la vie de l'enfant est assurée, l'opération est indiquée; quand l'enfant a atteint trois ou quatre mois, il faut opérer, parce que le squelette irait en se déformant. Il est évident pour tous les chirurgiens qu'une difformité légère guérit presque seule, ou avec le secours des appareils.

M. Th. Anger n'opère que lorsque la vie est assurée; et il n'opère pas tous les pieds bots indistinctement. Le sujet de sa communication avait un *varus equin* au troisième degré.

M. Sée. Dans un grand nombre de cas, quand le pied est enroulé, il suffit de couper le tendon d'Achille pour diminuer ou supprimer cet enroulement. Contrairement à l'opinion de M. de Saint-Germain, il faut donc commencer par couper le tendon; rarement il sera nécessaire de couper ensuite l'aponévrose plantaire.

M. Anger a fait deux fois la section de l'aponévrose plantaire. Quand on se décide à la faire, on sent une bride résistante, bien distincte, et l'opération n'offre aucun danger. Dans les deux cas, la section n'a pas diminué l'enroulement du pied.

SÉANCE DU 19 JUILLET 1876. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

CORRESPONDANCE. — PHÉNOMÈNES NERVEUX OBSERVÉS DANS LE COÛTS DE L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE. — DU FROTTEMENT SOUS-SCAPULAIRE.

La correspondance comprend :

1° Deux observations de M. Surmay (de Ham), entre correspondant: Cancer des deux lèvres et de la joue droite; ablation des parties envahies; chiéoplastie; guérison. Luxation du quatrième métatarsien droit en haut, sur la cuboïde, par cause traumatique; réduction; guérison.

2° La thèse de doctorat de M. Maldan: RELATION DE L'ÉRYSPÈLE AVEC LES MALADIES DES VOIES URINAIRES.

— M. Paul Berger lit un travail sur les phénomènes nerveux qu'on observe dans le cours de l'étranglement herniaire. (Renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Perrin, Nicaise et Anger).

— M. Terrillon lit deux nouvelles observations à l'appui de son travail sur le frottement sous-scapulaire. Pour l'un des malades déjà présenté à la Société le 24 novembre dernier, on a fabriqué deux appareils pour fixer les omoplates sur le thorax; depuis, cet homme peut travailler. L'électricité n'avait amené aucune amélioration.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 22 JUILLET 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

MUQUEUSE UTÉRINE : M. DE SINÉTY. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE : M. LUYB. — TÉRATOLOGIE : M. BARNIER. — ÉTUDE SUR LA FERMENTATION : M. ONIMUS. — ÉRYTHÈME DES JEUNES ENFANTS : M. PARROT. — NOUVEAU PROCÉDÉ POUR ÉTUDE DES PHÉNOMÈNES CHIMIQUES DE LA RESPIRATION : MM. REGNARD ET JOLYET.

M. de Sinéty fait une communication sur les dispositions et la genèse des éléments de la muqueuse utérine. Il montre, à l'appui, des préparations histologiques.

— M. Luyb présente à la Société une série de préparations photographiques destinées à donner une idée des lésions intimes qui constituent la paralysie générale progressive.

Ces images sont la reproduction de pièces naturelles vues à différents degrés d'amplification. Ces grossissements varient entre 15 et 600 diamètres. M. Luyb montre ainsi quelles sont les différentes phases suivies par le processus morbide, et il arrive à faire voir, d'accord en cela avec les recherches précédentes des savants français et étrangers, que la paralysie générale, au point de vue nosologique, peut être considérée dès maintenant comme une véritable *sclérose diffuse des centres nerveux*.

— M. Barrier présente la tête d'un monstre de l'espèce bovine, qui offre certaines particularités curieuses.

— M. Onimus communique certaines expériences qui ont trait au développement des ferments à l'abri de l'air et sous une couche d'huile.

— M. Parrot termine la communication qu'il a commencée dans la dernière séance et qui est relative à l'érythème des enfants. Il a décrit dans la première partie de sa communication l'érythème vésiculeux; il décrit aujourd'hui l'érythème papuleux.

Ce dernier, contrairement à l'érythème vésiculeux qui s'observe surtout chez le nouveau-né, se rencontre plus spécialement sur des enfants plus âgés. Il est caractérisé cliniquement par des papules d'une forme semi-lenticulaire, lisses, confluentes, d'un aspect rouge, violacé, à marche chronique. Tantôt ces papules s'aplatissent et finissent par disparaître sans laisser de traces; tantôt elles finissent par s'ulcérer.

Sur une coupe de la peau atteinte de cette affection, voici les traits les plus saillants que l'on constate : les colonnes du corps muqueux de Malpighi augmentent dans toutes leurs dimensions, aussi bien en largeur qu'en profondeur; elles deviennent moins nettes. On constate dans le derme une prolifération considérable des noyaux. Cette prolifération nucléaire est le caractère fondamental de la lésion de l'érythème papuleux.

— M. P. Regnard communique, en son nom et au nom de M. Jolyet, un nouveau procédé pour l'étude des phénomènes chimiques de la respiration.

Cette méthode s'applique d'une manière spéciale à la physiologie pathologique. En effet, l'animal en expérience est placé en dehors de l'appareil, afin que l'opérateur puisse toujours agir sur lui; il n'est en rapport avec lui que par un tube qui aboutit à une muselière hermétiquement close. Il respire dans une cloche d'environ 12 litres munie de thermomètre, de baromètre et autres instruments nécessaires à la détermination exacte du volume des gaz.

Or l'animal consomme l'oxygène de cette cloche et le rend de l'acide carbonique. De là deux appareils distincts : l'un qui restitue l'oxygène à mesure qu'il est consommé; l'autre qui absorbe l'acide carbonique à mesure qu'il se produit. Ce dernier se compose de deux pipettes pleines de potasse qui s'élevaient et s'abaissent successivement, mues par une machine hydraulique. L'air de la cloche, qu'elles attirent et qu'elles

repoussent, est obligé de traverser un flacon plein de potasse que le moteur agit vivement; l'air se dépouille là de tout son acide carbonique.

Pour connaître le résultat d'une expérience, on note le temps que l'animal a respiré, l'oxygène qu'il a consommé; l'acide carbonique est ensuite recherché par l'analyse de la potasse. L'analyse eudiométrique donne la composition exacte de l'air.

H. Cu.

REVUE DES JOURNAUX

Tumeurs multiples présentant les caractères histologiques du sarcome; guérison coïncidant avec l'emploi de l'huile de foie de morue, par le docteur TRIPIER, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Le sujet de cette observation est un jeune homme de vingt-deux ans qui, à l'époque de son entrée à l'hôpital (1874), présentait une toux fréquente avec expectoration rare de crachats muqueux, de la douleur sous le sternum, et au niveau des attaches du diaphragme : l'auscultation ne montrait qu'une respiration un peu rude aux sommets. Quelques jours après, le malade avait de l'œdème des jambes, sans albumine dans les urines, œdème qui disparut du reste promptement, puis une flexion des doigts et de l'avant-bras; l'extension était impossible. Les masses musculaires épitrocléennes et épicondylaires présentaient une fermeté anormale, ainsi que quelques petites nodosités au niveau du tissu musculaire superficiel; d'autres, plus nombreuses, existaient entre les interstices musculaires, et le long de la gaine des vaisseaux. Ces petites tumeurs ovoïdes variaient de la grosseur d'un petit pois à celui d'une noisette, elles étaient mobiles, fermes et indolores; rares à la partie postérieure, elles étaient en grand nombre dans les muscles de la région antérieure, au niveau de la gaine des vaisseaux. On en trouvait aussi sous les muscles pectoraux, sur les membres inférieurs, mais elles étaient beaucoup plus rares que sur le membre supérieur, et dans tous ces points elles ne formaient aucune saillie apparente, elles étaient toutes sous-aponévrotiques, sauf une, de la grosseur d'une lentille à la partie antérieure et moyenne du bras droit.

Rien au foie et à la rate; le sang examiné au microscope paraissait normal.

Tout d'abord, on crut à des cysticercoses chez ce malade qui n'avait jamais eu ni syphilis, ni rhumatisme; mais le volume des tumeurs, leur consistance, leur disposition à peu près symétrique de chaque côté du corps, notamment le long de la gaine des vaisseaux du bras, l'induration de quelques muscles à leur superficie, firent rejeter ce diagnostic. On les rattacha à une lésion du système lymphatique, lésion qu'on ne put déterminer.

Le traitement prescrit fut : iodeure de potassium, 1 gramme, puis 2 grammes et les toniques; mais au bout d'une quinzaine de jours l'iodeure de potassium fut supprimé à cause des troubles gastriques qu'il occasionnait. À partir de ce moment, les accidents suivirent une marche ascendante; il y eut plusieurs hémoptysies accompagnées de râles sonores et muqueux dans la poitrine, de la toux; les tumeurs étaient plus nombreuses que jamais, et le malade se plaignait beaucoup de la roideur des membres. C'est alors que M. Tripier prescrivit deux cuillerées à bouche d'huile de foie de morue et des frictions sur les parties indurées avec une pommade à l'extrait de belladone, 4 grammes pour 30 d'axonge. Pendant les trois mois qui suivirent ce traitement, l'amélioration fut lente, mais progressive; on put enfin enlever une petite tumeur située dans le biceps du bras gauche; l'examen histologique en fut fait par M. Léon Tripier et par M. Morat. La tumeur ovoïde, du volume d'une petite noisette, était d'une colo-

ration rosée et d'une assez grande fermeté. Au microscope on trouvait : « dans une substance amorphe, des amas de cellules séparées par des faisceaux longitudinaux remplis eux-mêmes de cellules. Celles-ci, colorées par le carmin, sont fusiformes et contiennent un ou plusieurs noyaux : leurs prolongements sont plus ou moins longs, et dans certains points constituent des faisceaux conjonctifs qui ont une légère teinte verdâtre. Quant aux amas de cellules, ils sont certainement constitués par des faisceaux identiques aux précédents et vus sur une coupe. Il y a un certain nombre de fibres élastiques. Les vaisseaux sont aussi nombreux ; ils sont surtout très-manifestes sur les préparations provenant du liquide de Müller. Enfin on peut s'assurer par ces préparations qu'il n'existe aucune trace de tissu réticulé. »

Cette tumeur avait donc tous les caractères histologiques du sarcome : telle était la conclusion de l'examen de M. Morat. Et cependant peu à peu ces petites tumeurs diminuaient de volume, quelques-unes s'effaçaient ; en même temps, la gêne des mouvements disparaissait et les mouvements d'extension devenaient possibles. L'état général devint meilleur, et aujourd'hui on ne trouve plus qu'une petite tumeur de la grosseur d'un pois à la partie moyenne et interne du bras gauche. Le malade travaille facilement, les muscles sont souples et tous les mouvements faciles. L'amélioration avait été constatée à la fin de février 1876, et ce dernier examen date du commencement de juillet.

Mais comment expliquer la disparition de ces tumeurs offrant les caractères du sarcome, disparition d'abord lente, puis très-rapide à la fin. Nous constatons le fait sans commentaires, dit M. Tripiier, sachant combien on doit admettre avec circonspection la guérison des sarcomes, mais pour attirer l'attention des médecins sur ce fait.

M. Tripiier insiste aussi sur la coïncidence de la guérison avec le traitement par l'huile de foie de morue : il serait toujours bon d'essayer ce traitement dans des cas semblables ; il ajoute de plus que l'amélioration du malade avait commencé à se manifester avant l'opération nécessaire pour l'examen d'une des tumeurs ; mais ce n'est que peu de temps après cette opération qu'on s'est aperçu réellement que le malade était en voie de guérison. N'est-ce qu'une coïncidence ou bien y a-t-il une relation entre ces deux faits ? Nous croyons plutôt à une coïncidence. En tous cas, la chose est à noter en attendant de nouvelles observations. (*Lyon médical*, n° 29, 16 juil. 1876.)

Sarcome primitif du corps thyroïde ; compression du récurrent gauche ; aphonie complète, par M. A. DOLÉUS, interne provisoire des hôpitaux de Paris.

Malade âgé de cinquante-cinq ans, atteint d'une paralysie agitante dont le début paraît remonter à l'année 1862, est pris au milieu de l'année 1875 d'une aphonie complète, aphonie qui se serait produite d'une manière brusque, après quelques jours seulement de troubles de la phonation (raucité de la voix, etc.). Le malade, admis à l'infirmerie de Bicêtre (service de M. Houliard), présente une dyspnée continue et des troubles cardiaques ; il meurt dans une cachexie profonde le 11 mars 1876.

À l'autopsie on trouve, au niveau de la région laryngo-trachéale, une tumeur irrégulière qui entourait les premiers anneaux de la trachée comme une demi-couronne : cette tumeur, dure, blanchâtre et comme lardacée, occupait surtout le côté gauche, s'avancant à peine jusque sur la ligne médiane ; elle était contiguë par son haut avec le lobe gauche de la glande thyroïde, qui présentait les mêmes caractères que la tumeur. Par en bas et le long de la gouttière trachéo-œsophagienne, le néoplasme se continuait par la chaîne ganglionnaire, de telle sorte que les deux ou trois ganglions supérieurs étaient confondus avec la masse et que les deux ou trois suivants se détachaient, formant une chaîne présentant les mêmes altérations que les ganglions supérieurs. L'altération s'arrêtait là du côté des sympathiques.

L'œsophage était sain ; les cordes vocales ne présentaient aucune altération visible à l'œil nu, l'appareil phonateur n'était d'ailleurs

ni déformé ni comprimé. Du côté de la trachée, on voyait sur la muqueuse une sorte d'élevure en forme de champignon, de couleur blanchâtre, d'aspect rugueux, qui se continuait à travers la paroi du conduit aérien avec la tumeur extérieure. (Société anatomique, mars 1876, in *Progrès médical*, n° 29.)

BIBLIOGRAPHIE

Index bibliographique.

DES NÉURALGIES ENVISAGÉES AU POINT DE VUE DE LA SENSIBILITÉ RÉCURRENTÉ (pathogénie et traitement), par le docteur A. CARTAZ. — Paris, G. Masson, 1875.

La pathogénie des névralgies est encore trop obscure pour qu'on puisse essayer d'interpréter toutes les observations que renferment les recueils de médecine. Pour parvenir à un résultat quelconque il importe donc de n'envisager qu'un point restreint de cette question si complexe. Par une analyse rigoureuse de tous les faits qui paraissent pouvoir trouver une interprétation identique, on peut espérer parvenir à se rendre compte des analogies qu'ils présentent ou des différences qui les distinguent les uns des autres, et, si l'on ne peut admettre les théories déjà émises, à les remplacer par une doctrine plus rationnelle. C'est ainsi que M. Cartaz, s'appuyant sur les travaux si estimés de MM. Arloing et Tripiier, a consacré sa thèse inaugurale à l'étude des névralgies considérées exclusivement au point de vue de la sensibilité récurrente. Dans un premier chapitre, il expose le mécanisme de la transmission des impressions sensibles. Une analyse critique très-complète des faits qui montrent le retour de la sensibilité dans les régions innervées par un nerf, quelques heures après la résection de celui-ci, montre que la clinique, quand elle nous a positivement révélé un fait de ce genre, en trouve bientôt, grâce à l'expérimentation physiologique, une interprétation rationnelle. Se ralliant à la théorie de MM. Arloing et Tripiier, M. Cartaz admet donc que l'influence des nerfs sensitifs s'étend en dehors de leur distribution dite anatomique ; que les zones de distribution de ces nerfs empiètent les unes sur les autres par des tubes nerveux dont quelques-uns s'arrêtent dans la zone, tandis que d'autres remontent plus ou moins haut dans les troncs voisins, que des fibres sensibles récurrentes peuvent remonter dans le tronc des nerfs moteurs, et que par suite une région donnée peut être reliée aux centres perceptifs par plusieurs branches nerveuses de telle façon qu'il est souvent impossible d'isoler une seule région par la section d'un seul nerf.

Étudiant ensuite la pathogénie des névralgies, et citant à l'appui de ses assertions plusieurs observations personnelles, M. Cartaz discute cette question si controversée et montre que les deux théories le plus généralement admises celle qui considère les névralgies comme liées à une lésion centrale et celle qui les envisage comme des phénomènes périphériques ne saurait expliquer tous les faits cliniques. Si l'on admet l'origine périphérique des névralgies, on ne peut expliquer en effet qu'elles occupent à la fois des régions qui reçoivent des nerfs différents ; si l'on suppose qu'il existe toujours une lésion centrale, on n'arrive point à se rendre un compte suffisant des irradiations douloureuses observées sur des nerfs dont les extrémités terminales sont très-voisines, mais dont les origines sont fort éloignées les unes des autres. M. Cartaz n'échappe point à la nécessité de hasarder encore quelques hypothèses qu'il ne serait pas facile de démontrer d'une manière tout à fait rigoureuse. C'est ainsi qu'il considère les névralgies fonctionnelles comme dues à une névrite des extrémités terminales des nerfs et des réseaux nerveux cutanés. Mais ces hypothèses il ne les émet qu'avec la plus sage réserve et, en l'absence de preuves anatomo-pathologiques, il se borne à poser la question sans chercher à la résoudre définitivement. Par contre, il admet que les filets sensitifs récurrents sont la voie de transmission et d'extension de bien des névralgies et que cette origine périphérique se trouve démontrée non-seulement par les expérimentations physiologiques mais encore par les faits cliniques et les résultats du traitement. Cette thèse se recommande par des qualités sérieuses ; c'est un travail d'analyse et de critique en même temps qu'une œuvre originale. En s'attaquant à l'un des problèmes les plus complexes de la physiologie pathologique, M. Cartaz paraît en avoir éclairé une partie.

FORMULAIRE OFFICIEL ET MAGISTRAL INTERNATIONAL, suivi d'un Mémorial thérapeutique, par le docteur J. JEANNER, pharmacien inspecteur, etc. 2^e édition, t. vol. in-12. — Paris, 1876, J.-B. Baillière et fils.

La GAZETTE HEBDOMADAIRE (1870, p. 523) a déjà analysé la première édition de cet ouvrage et apprécié les modifications apportées par l'auteur au plan généralement adopté pour les formulaires de thérapeutique. Nous n'avons donc pas à revenir sur les considérations de thérapeutique générale développées à ce sujet. Mais nous pouvons, en constatant le succès de ce petit livre, faire remarquer l'utilité d'un ouvrage qui résume le Codex français et la plupart de ceux de l'étranger ainsi que les formulaires des hôpitaux civils et militaires. M. Jeannel a réuni près de 4000 formules diverses qu'il classe en faisant suivre celles qu'il recommande du signe (*), celles dont il croit l'utilité douteuse du signe (?), enfin les formules officinales de l'astérisque (*). Nous ne pouvons qu'approuver l'auteur lorsqu'il fait remarquer combien est désastreuse, pour la thérapeutique, l'habitude de reproduire les formules officielles du Codex par leur titre seul ou les spécialités pharmaceutiques par leur nom commercial ou le nom de ceux qui spéculent sur la érudition publique; en les enrobant de prospectus plus ou moins pompeux. Mais nous aurions désiré voir, dans ce formulaire, quelques formules de moins et quelques considérations thérapeutiques plus développées à l'occasion des médicaments vraiment utiles. M. Jeannel dit qu'il n'a pas voulu réformer la matière médicale; il s'est contenté de préparer cette réforme en cherchant dans chaque médication à classer les agents thérapeutiques par ordre d'importance. Peut-être aurait-il pu insister un peu moins sur le mode de préparation des médicaments et un peu plus sur leur emploi thérapeutique. Mais ces légères critiques ne nous empêchent pas de recommander vivement ce nouveau formulaire qui, mis au courant des recherches thérapeutiques les plus récentes, rendra de grands services aux médecins et aux pharmaciens.

UEBER DAS LERNEN UND LEHREN DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN AN DEN UNIVERSITÄTEN DER DEUTSCHEN NATION NEBST ALLGEMEINEN BEMERKUNGEN UEBER UNIVERSITÄTEN, eine CULTURHISTORISCHE STUDIE, von doctor Th. BILLROTH (SUR les études et l'enseignement des sciences médicales dans les Universités allemandes avec quelques réflexions générales sur les Universités). — Wien, C. Gerold fils, 1876.

Nous aurons à revenir un jour sur ce livre que nous ne voulons aujourd'hui que signaler à l'attention des médecins et de tous ceux qui se préoccupent de l'avenir de notre enseignement supérieur. Bornons-nous donc à rappeler que le professeur Billroth en arrivant, à propos des conditions dans lesquelles se trouve aujourd'hui, en Allemagne, les étudiants israélites, des passions d'un autre âge, a fait à son livre, si sérieux cependant, une célébrité peu enviable. Faisons aussi remarquer que le professeur de Vienne traite assez sévèrement les cliniciens français et leurs méthodes d'enseignement. Les critiques que cet ouvrage a déjà provoquées en Allemagne nous dispensent d'insister sur ses défauts. Nous préférons constater qu'il contient un très-grand nombre de renseignements utiles et une étude très-complète de la plupart des Universités allemandes.

L. L.

VARIÉTÉS

Chronique de l'étranger.

44^e CONGRÈS ANNUEL DE L'ASSOCIATION MÉDICALE ANGLAISE. — HÔPITAUX ET ÉCOLES DE MÉDECINE DE LONDRES. — COLLÈGE DES CHIRURGIENS ET DES MÉDECINS.

L'époque des grands congrès s'avance et nos confrères voyageurs sont vivement sollicités de toutes parts. Clermont-Ferrand, Philadelphie, Sheffield se disputent l'honneur de les recevoir et font briller à leurs yeux un programme des plus attrayants. Nos lecteurs ont déjà pu voir dans la GAZETTE le commencement du compte rendu du congrès de Philadelphie; ils connaissent également le programme du congrès de Clermont-Ferrand; il nous reste maintenant à leur parler du 44^e meeting annuel de l'Association médicale anglaise qui doit avoir lieu à Sheffield du 1^{er} au 5 août 1876.

Les congrès de l'association anglaise ont acquis une notoriété scientifique considérable et ont toujours eu le privilège d'attirer un grand nombre de savants étrangers. C'est ainsi qu'à Londres, à Norwich et à Edimbourg où siégeaient les derniers congrès, nous avons rencontré les hommes les plus éminents de la profession: MM. Gueneau de Mussy, Ollier, Chauveau, Magnan, Virechow, Langenbeck. Si l'on ajoute à ces noms ceux de Fergusson, Christison, Paget, William Gull, Burdoud-Sanderson, Jenner, etc., qui sont pour ainsi dire l'âme de l'Association, on comprendra facilement l'attrait et l'importance de ces congrès.

Le meeting de 1876 devait d'abord avoir lieu à Brighton sous la présidence de sir Cordy Burrows, mais la mort du président et différentes autres circonstances ont fait choisir Sheffield. Nous ne parlerons pas ici des différends attraitifs que peut présenter cette dernière ville dont la richesse manufacturière est bien connue; nous dirons seulement que son école de médecine et ses hôpitaux sont d'une importance secondaire.

Mais le médecin du continent qui se rendra au congrès de Sheffield devra nécessairement s'arrêter à Londres et visiter les principaux établissements hospitaliers que renferme la grande métropole. Nous croyons être utile à ceux d'entre eux qui ne sont pas encore familiarisés avec l'Angleterre en leur fournissant quelques indications sur les principales institutions médicales et hospitalières. On a si souvent parlé des hôpitaux anglais, de leur administration, de leur entretien, que nous nous exposerions à des répétitions inutiles en revenant sur ce sujet. Nous nous bornerons donc à des notes sommaires et qui nous paraîtront avoir un intérêt pratique pour le visiteur.

Nous commencerons par la Cité dans laquelle se trouvent les établissements les plus célèbres: *Guy's hospital* et *Saint-Bartholomew's hospital*. Le premier de ces deux hôpitaux contient le plus riche musée pathologique de l'Angleterre, les pièces relatives à l'anatomie pathologique du rein ont été préparées et classées par l'illustre Bright.

L'école de médecine annexée à cet établissement est des plus prospères et doit sa notoriété aux excellents professeurs qui y sont attachés, parmi ceux-ci nous citerons MM. Briant, Wilks, Kicks et Fay. On sait que *Guy's hospital* qui contient 715 lits a été fondé par un négociant de la Cité.

Saint-Bartholomew's hospital est situé près de la cathédrale Saint-Paul, dans le quartier des réfugiés protestants français. L'école de médecine qui y est annexée a formé des chirurgiens célèbres: William Lawrence, James Paget, Callender ont été élèves et professeurs dans cet établissement. On trouve à *Saint-Bartholomew's* les derniers perfectionnements suggérés par l'hygiène dans la pratique de la chirurgie, et la mortalité à la suite des grandes opérations y est inférieure à celle de tous les autres hôpitaux. Cet établissement est le plus ancien et le plus riche de Londres; il a un million de revenu et reçoit près de 100000 malades par an.

En se dirigeant vers l'est, le visiteur rencontrera le *London hospital* situé dans les quartiers malpropres et peuplés de White Chapel. Cet immense édifice vient encore d'être agrandi par la construction d'une aile nouvelle que la reine Victoria a inaugurée en grande pompe. Il contient 800 lits; c'est le plus vaste de l'Angleterre. Deux chirurgiens qui ont acquis chez nous une certaine notoriété, MM. Hutchinson et Livingston, appartiennent à l'école de médecine du London hospital.

En suivant la Tamise toujours vers l'est, on arrive à Greenwich et à Woolwich où se trouve le *Seamen's hospital*. Cet édifice a été récemment construit pour remplacer l'hôpital flottant le *Dreadnought* qui existait sur la Tamise depuis 1857. L'hôpital des marins de Greenwich mérite une visite; il est divisé en 100 salles contenant chacune trois lits.

Au centre de la ville, entre la Cité et le West-End se trouve le célèbre Collège des chirurgiens. Nous ne croyons pas nécessaire de donner des développements sur cette institution dont les richesses sont connues et appréciées du monde entier. Chacun sait en effet que les immenses collections anatomiques de Hunter ont été placées dans le musée de cet établissement.

Derrière le Collège des chirurgiens se trouve le grand hôpital de *King's college*. Cette institution possède comme médecins et chirurgiens les hommes les plus éminents; il nous suffira de citer Liomel Beale, Garrod, Playfair et William Fergusson. Il n'est pas nécessaire d'ajouter que l'école de médecine qui y est annexée jouit d'une grande réputation.

Trois autres hôpitaux moins importants, quoique possédant des écoles de médecine, se trouvent dans le voisinage: *Charing Cross*, *Westminster* et *Middlesex*. Ce dernier établissement possède trois

salles spécialement affectées au traitement des affections cancéreuses et un musée très-remarquable, dans lequel le visiteur sera très-étonné de trouver le cerveau de Cuvier; c'est du moins ce qu'on nous a affirmé.

Près de Charing Cross hospital se trouve le collège des *Physicians*, dont la belle façade donne sur Trafalgar square. Cette institution est le pendant du Collège des chirurgiens, mais elle n'a pas la même importance. On y trouve le portrait des principaux membres qui ont illustré le collège: Lineaer, Sydenham, Harvey, Mead, etc. On conserve précieusement dans le musée un Caxton que le hasard a récemment fait découvrir dans un coin de la bibliothèque.

En se dirigeant vers le nord, dans Gower street, on découvre les magnifiques bâtiments du Collège de l'Université de Londres. L'hôpital et l'école de médecine, qui ont été annexés à cette université, méritent une visite. MM. William Jenner, Reynolds, Bastian, Erichsen sont attachés à cet établissement. A ces noms illustres il faut ajouter celui de Henri Thompson, dont on ne saurait trop louer l'empressement et l'amabilité à l'égard des visiteurs français.

Nous arrivons enfin au West-End, le quartier le plus riche et le moins populaire de Londres. On y trouve cependant deux établissements importants: les hôpitaux de Saint-George et de Saint-Thomas. Le premier, situé à l'entrée de Hyde-Parc, est célèbre par ses chirurgiens qui l'ont illustré: Brodie et Hunter (le dernier est mort dans une des salles), et possible encore aujourd'hui une école de médecine très-renommée dans laquelle MM. Holmes et Lee occupent les chaires de chirurgie.

Saint-Thomas' hospital est situé sur la Tamise, en face du Parlement. Il vient d'être terminé et présente un grand intérêt tant par son aspect extérieur que par sa distribution qui a été faite d'après les derniers perfectionnements de l'hygiène hospitalière. Cet établissement est sans contredit le plus remarquable de l'Angleterre. Il se compose d'une série de huit pavillons reliés entre eux par deux rangées de galeries extérieures et par une galerie souterraine qui permet d'enlever très-rapidement les cadavres, les linges souillés et tous les objets dont le séjour dans les salles est si pernicieux. Chaque pavillon contient un système d'ascension et de ventilation dont le fonctionnement est des plus curieux. L'école de médecine, située à une des extrémités de l'hôpital, contient près de 300 élèves. La longueur totale des bâtiments dépasse 500 mètres. Citons parmi les professeurs attachés à cette institution MM. Murchison, Mac Cormack et Legros Clarke.

Nous ne dirons rien de *Saint-Mary's hospital*, qui est situé dans un quartier excentrique (Paddington) et qui n'est connu que par les excellents élèves qu'il a formés. M. Ernest Hart, aujourd'hui directeur du *BRITISH MEDICAL JOURNAL*, a été doyen de l'école de médecine de *Saint-Mary's*.

Les treize hôpitaux que nous venons de passer en revue sont les plus importants et contiennent chacun une école de médecine. On s'étonnera peut-être de rencontrer à Londres, où le nombre des étudiants est plus restreint qu'à Paris, un aussi grand nombre d'établissements d'instruction. Aussi tôt qu'un hôpital anglais arrive à posséder 300 ou 400 lits, il s'empresse de s'annexer une école de médecine qui est pour lui une source de revenus, car les élèves ont à payer une somme assez forte pour suivre les cours et les cliniques. Telle est l'origine des nombreuses écoles de médecine de Londres.

Outre les grands hôpitaux dont nous venons de parler, Londres possède encore plus de 200 institutions charitables dont quelques-unes doivent être visitées par le médecin étranger. Parmi les plus importantes nous citerons le *Consumption hospital* et le *Cancer hospital*, le *Samaritan hospital*, qui doit sa notoriété à M. Spencer Wells, l'ovariotomiste. Nous signalons encore *Bedlam* et le *Foundling hospital*, le premier destiné aux aliénés, le second aux enfants assistés.

Nous terminons ici ces quelques notes, qui n'ont d'autre but que de signaler les établissements les plus importants de Londres qui peuvent intéresser nos confrères du continent. Nous avons omis à dessein les autres institutions scientifiques, telles que le *British Museum*, le jardin zoologique, le jardin botanique de Kew, dont il ne nous appartenait pas de faire la description.

— Nous parlons dans quelques jours du Congrès de Sheffield, et nous tiendrons nos lecteurs au courant des principaux travaux qui auront été lus et discutés dans cet important meeting.

J. L.

ÉCOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE NANTES. — M. Herbelin, suppléant des chaires de sciences naturelles, est nommé en outre chef des travaux chimiques et pharmaceutiques pour une période de six années.

LÉGION D'HONNEUR. — Vient d'être promu ou nommé :

Au grade de commandeur : M. Legouest (Venant-Antoine-Léon), médecin inspecteur, président du Conseil de santé des armées.

Au grade d'officier : MM. Joux (Claude-Pierre-Amédée), médecin principal de 2^e classe. — Peigné (Emile), médecin-major de 1^{re} classe. — Chalet (Michel-Elie), pharmacien-major de 1^{re} classe. — Pénard (Lucien), chirurgien principal de la marine en retraite. — Bourse (François-Félix), médecin principal de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Weber (Edgar), médecin-major de 2^e classe. — Turquet de Deauregard (Esmest-Alain-Marie), médecin de 1^{re} classe de la marine. — Degorce (Marc-Antoine), pharmacien de 1^{re} classe de la marine. — Renard (Ernest), médecin-major de 2^e classe. — Fachan (Jean-Dominique-Marie-Cyr-Ernest), médecin-major de 2^e classe. — Ballet (Paul-Hubert-Mathieu), médecin-major de 2^e classe. — Willigens (Joseph-Guillaume), médecin-major de 2^e classe. — Gallimard (Léon-Eugène), pharmacien-major de 2^e classe. — Décazis (Louis), docteur-médecin à Brassac (Tarn).

— Par décret en date du 26 juillet 1876, M. Germain Sée, professeur à la Faculté de médecine, a été nommé officier de la Légion d'honneur, et M. Filhol, naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, attaché à l'expédition de l'île Campbell pour le passage de Vénus, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

NÉCROLOGIE. Christian Ehrenberg, célèbre naturaliste allemand, doyen des professeurs de l'Université de Berlin, vient de mourir à l'âge de quatre-vingt-un ans. Ehrenberg est né à Delitzsch en 1795; à l'âge de treize-deux ans, il s'était déjà fait connaître par de nombreux travaux et fut nommé professeur extraordinaire à l'Université. En 1829, Humboldt le choisit pour l'accompagner dans une expédition en Sibérie. Il fut nommé professeur titulaire en 1830.

Ehrenberg a beaucoup contribué à vulgariser l'usage du microscope. Son grand ouvrage sur les infusoires, dont il recueillit les matériaux pendant son voyage avec Humboldt et Gustave Rose, est bien connu du monde scientifique.

— Le docteur John Stone vient de mourir à New-York à l'âge de soixante-cinq ans. Ce médecin a été président du Conseil de la ville et a publié un grand nombre de travaux sur l'hygiène et la science sanitaire.

— Le docteur Quackenbush, professeur à l'*Albany medical college*, vient de mourir à Albany à l'âge de cinquante-sept ans.

— Le docteur Ghillani, auteur d'un remarquable histoire du navigateur Martin Behaim, vient de mourir à Munich. On sait que Behaim, célèbre cosmographe et navigateur, né à Nuremberg en 1456, fut l'ami de Christophe Colomb. Les Allemands ont prétendu qu'il avait reconnu l'Amérique avant Christophe Colomb.

État sanitaire de Paris :

Du 14 au 20 juillet 1876, on a constaté 841 décès, savoir :

Variole, 7. — Rougeole, 29. — Scarlatine, 2. — Fièvre typhoïde, 15. — Erysipèle, 7. — Bronchite aiguë, 20. — Pneumonie, 49. — Dysentérie, 2. — Diarrhée cholériforme des enfants, 36. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 3. — Group, 18. — Affections purpérales, 1. — Autres affections aiguës, 255. — Affections chroniques, 337, dont 147 dus à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 42. — Causes accidentelles, 21.

SOMMAIRE. — PARIS. Société de biologie: Du mode d'action des anesthésiques 1. M. G. Bernard. — Sémiologie: Enseignement supérieur. — TRAVAUX ANATOMIQUES. — Biologie comparée: Essai d'une monographie de la fistule oculo-évidente non traumatique. — CORRESPONDANCE. Température des viandes rôties. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — REVUE DES JOURNAUX. Tumeurs multiples présentant les caractères histologiques du sarcome; guérison coïncidant avec l'emploi de l'huile de foie de morue. — Sarcome primitif du corps thyroïde; compression du récurrent gauche; apnée complète. — BIBLIOGRAPHIE. Index bibliographique. — VARIÉTÉS. Chronique de Pélagre. — FEUILLETON. Leçons sur l'hygiène et la prophylaxie des maladies vénériennes.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 3 août 1876.

Académie de médecine : DES CRISES NÉPHRÉTIQUES DANS L'ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE. — LE SPIROPHORE DE M. WOILLEZ. LE TRAITEMENT DE L'ASPHYXIE PAR SUBMERSION. — APPEL AUX MÉDECINS-DÉPUTÉS : L'ISOLEMENT DES MALADIES CONTAGIEUSES DANS LES HÔPITAUX.

Crises néphrétiques dans l'ataxie locomotrice progressive.

L'histoire clinique de l'ataxie locomotrice progressive a pu être considérée comme faite depuis le jour où Duchenne (de Boulogne) s'est appliqué avec tant de soin à décrire tous les phénomènes d'incoordination motrice qui la caractérisent. Mais il est bien souvent difficile de la reconnaître quand ces symptômes n'apparaissent pas encore et surtout lorsqu'au début de la maladie s'observent toute une série de troubles viscéraux qui en paraissent indépendants si l'on n'avait pu, à plusieurs reprises, définir et préciser leur pathogénie. Tous les médecins ont lu les leçons que M. Charcot a consacrées à l'étude des anomalies de l'ataxie locomotrice. Ils connaissent donc ses lésions anatomiques; ils savent comment se manifestent les douleurs fulgurantes, les crises gastriques, les symptômes céphaliques qui s'observent au début de la maladie; ils arriveront aisément sinon à la reconnaître, du moins à soupçonner son existence s'ils étudient avec soin les caractères que présentent les paralysies des nerfs moteurs de l'œil ou les lésions oculaires observées dans certaines circonstances plusieurs mois avant que l'on puisse constater la deuxième période de la maladie, celle de l'incoordination motrice.

M. M. Raynaud est venu, l'un des premiers, faire connaître ces phénomènes viscéraux que tout le monde a signalés depuis. Dès 1866, la thèse d'un de nos camarades, le docteur Delamarre, reproduisant quelques observations recueillies dans le service de M. M. Raynaud, faisait en effet connaître sur ce sujet les idées de son maître. Deux années plus tard, un élève de M. Charcot, M. P. Dubois, signalait de nouveau et décrivait en détail les crises gastriques de l'ataxie locomotrice; puis vint le remarquable travail de M. Férrol; enfin toute une série d'observations trop nombreuses aujourd'hui pour pouvoir être citées.

Dans le travail qu'il vient de communiquer à l'Académie de médecine, M. M. Raynaud a voulu faire voir qu'il peut se montrer, au cours de l'ataxie locomotrice, des accès douloureux qui, par leur siège et leur physiologie symptomatique, présentent avec les accès de colique néphrétique de cause calculeuse les plus étroites analogies. Il s'agit d'un homme de trente-neuf ans qui, après avoir éprouvé pendant quelque temps des douleurs fulgurantes et un strabisme interne de

l'œil gauche, présenta, dans le cours de sa longue maladie, une série de crises douloureuses paroxystiques caractérisées par une douleur d'une violence extrême, angoissante, siégeant au niveau de l'espace qui s'étend de la région lombaire à la région épigastrique, s'irradiant d'une part vers l'épaule droite, d'autre part dans la direction de l'uretère et de l'anneau inguinal droit. Ces douleurs s'accompagnaient d'une rétraction du testicule du côté opposé et fréquemment de deux symptômes qui s'observent souvent dans les coliques néphrétiques d'une part des vomissements répétés, de l'autre une diminution notable de la quantité des urines et parfois une anurie presque complète. Ces crises ont présenté trois périodes : une première durant laquelle elles ont été séparées par des intervalles de santé à peu près parfaite; une seconde où elles sont devenues presque subintrantes, acquérant plus en fréquence qu'elles ne perdaient en intensité; une troisième période enfin où elles firent place à un endolorissement profond et continu se confondant avec un dépérissement marqué, et finalement avec les symptômes de la phthisie pulmonaire.

Ces crises différaient des coliques néphrétiques vraies par leur durée, qui fut quelquefois de six et même de huit jours, par une fréquence extrême dans le retour des accès, enfin et surtout par l'absence de tous les troubles de la sécrétion urinaire (hématurie, calculs, graviers, pus, etc.), qui s'observent toujours à un moment donné dans le cours d'une lithiase rénale bien caractérisée. Ces crises douloureuses ne pouvaient être confondues ni avec une affection de l'appareil hépatique, ni avec une occlusion intestinale; enfin on ne pouvait, en présence des symptômes observés, songer à l'existence de douleurs paroxystiques provoquées par l'existence d'un rein mobile.

Les douleurs présentées par le malade de M. M. Raynaud avaient une certaine analogie avec les crises gastriques de l'ataxie locomotrice. D'ailleurs l'autopsie vint montrer d'une manière irrécusable qu'il s'agissait bien d'une sclérose des cordons postérieurs, occupant à la fois les cordons de Goll et les bandelettes radiculaires internes.

Il existe donc des cas d'ataxie locomotrice progressive dans lesquels, à la suite d'une période prodromique caractérisée par des douleurs fulgurantes et des paralysies plus ou moins marquées des nerfs moteurs de l'œil, peuvent survenir des troubles nutritifs caractérisés par l'affaiblissement et la dénutrition générale ou même par tous les symptômes de la phthisie pulmonaire. Ces phénomènes que l'on ne constate d'ordinaire qu'à la troisième période de la maladie ne sont donc précédés d'aucune incoordination tabétique, d'aucun trouble de la sensibilité cutanée, d'aucune période paralytique.

On a déjà signalé à plusieurs reprises l'absence de ces symptômes ataxiques alors qu'il existe très-nettement et pendant plusieurs années, soit des crises gastriques, soit des

phénomènes laryngo-bronchiques (Férol), ou enfin des paralysies des nerfs moteurs de l'œil. Tout récemment nous avons pu nous-même observer un malade que nous avons présenté à la Société médicale des hôpitaux (voy. *Gaz. heb.*, p. 379), et qui ne présentait que des paralysies très-passagères des nerfs moteurs de l'œil et du nerf facial, bicutôt suivies de troubles psychiques assez graves pour faire croire un instant à l'imminence d'une paralysie générale. Tous ces phénomènes se sont peu à peu amendés, et ils ont momentanément disparu, de même que peuvent cesser pendant un temps plus ou moins long les accidents qui caractérisent la période prodromale de l'ataxie locomotrice progressive. Il est donc prouvé que tous les symptômes du début de l'ataxie locomotrice et même les troubles intellectuels peuvent s'observer alors qu'il n'existe aucune incoordination motrice. L'observation, que M. M. Raynaud rapporte en détail dans son intéressant mémoire nous montre de plus que la sclérose des cordons de Goll et des bandelettes radiculaires internes peut exister sans que l'on observe aucun trouble de motricité ou de sensibilité des membres inférieurs. Elle nous fait aussi connaître l'existence des troubles viscéraux que l'on confondrait aisément avec des coliques néphrétiques si l'on n'étudiait avec soin leurs caractères, leur marche et leurs relations avec d'autres symptômes de l'ataxie locomotrice. C'est pourquoi nous avons tenu à signaler, dès aujourd'hui, ne fût-ce que très-incomplètement, les traits principaux de cette observation. Il importe de connaître tous les masques que peut prendre une maladie aussi singulière dans ses allures; c'est le seul moyen d'éviter bien des erreurs de diagnostic, de pronostic et de traitement.

L. L.

Le spiropneure. Traitement de l'asphyxie par submersion.

Dans la même séance de l'Académie, M. Woillez a répondu à quelques-unes des objections qu'avait suscitées la présentation de son appareil. Il s'est efforcé de démontrer que le spiropneure produisait l'introduction rapide de l'air dans la poitrine, que cet air ne pénétrait pas dans l'estomac et la cavité intestinale et que la tendance au vide déterminée par l'aspiration ne pouvait exercer aucune influence fâcheuse sur la circulation générale. Répondant ensuite aux objections de M. Depaul sur l'application de l'appareil aux nouveau-nés, M. Woillez a fait remarquer qu'avec l'insufflation il fallait souvent plusieurs heures pour faire pénétrer dans les poumons une quantité d'air suffisante, tandis qu'avec le spiropneure l'introduction de l'air se produisait immédiatement.

Le discours de M. Woillez a été suivi de deux communications importantes. Dans la première, M. Colin a abordé la grande question de la valeur pratique de la respiration artificielle employée dans le but de rappeler à la vie les sujets asphyxiés. Dans la seconde, M. Le Roy de Méricourt a passé en revue les différents procédés employés jusqu'à ce jour pour produire la respiration artificielle chez les noyés et a fait remarquer que, pour que ces procédés soient efficaces, il faut qu'ils soient appliqués immédiatement. Or l'appareil de M. Woillez se prête difficilement à cette application immédiate.

Parmi les procédés décrits par M. Le Roy de Méricourt, il en est un sur lequel nous appelons l'attention et qui nous paraît bien supérieur aux méthodes préconisées par Marshall Hall et Sylvester. Il a été récemment décrit par le professeur Pacini et a reçu l'approbation de la Société humaine de Lon-

dres. Voici en quoi il consiste : l'asphyxié étant placé sur un plan légèrement incliné, la bouche ouverte et débarrassée des corps étrangers qu'elle pouvait contenir, la tête étant maintenue dans la direction du tronc, l'opérateur se place derrière celle-ci, saisit fortement la partie supérieure des deux bras, plaçant le pouce en avant sur le bord de l'épaule et les quatre autres doigts en arrière. Alors l'opérateur attire à lui et soulève en même temps le moignon des épaules cherchant à se servir de l'articulation de la clavicle avec le sternum pour élever cet os en même temps que les côtes correspondantes. Il est facile de comprendre qu'à l'aide de ce mouvement on augmente les trois diamètres du thorax, quoique le diaphragme n'y participe que passivement, cette cloison restant immobile.

En effet, on entend aussitôt l'air qui pénètre bruyamment dans le poumon par le larynx en produisant l'inspiration; on cesse alors l'action inspiratrice et on attend que l'élasticité des côtes produise l'expiration, ce qui arrive naturellement.

Nous reviendrons plus tard sur ces questions; nous avons seulement signalé le procédé du professeur Pacini afin de tenir nos lecteurs au courant de la discussion qui doit se continuer dans les prochaines séances de l'Académie.

Appel aux médecins-députés.

L'ISOLEMENT DES MALADIES CONTAGIEUSES DANS LES HÔPITAUX : PREUVES TROP CERTAINES DE SON ABSOLUE NECESSITÉ. BAVAGES CAUSÉS DANS LES HÔPITAUX, SURTOUT DANS CEUX CONSACRÉS À L'ENFANCE PAR LA CONTAGION DE LA DIPHTHÉRIE, DE LA VARIOLE, DE LA ROUGEOLE.

Nous croyons utile de présenter en tête de ce numéro les lignes suivantes extraites du compte rendu des maladies régnantes présenté dans la séance du 28 juillet dernier, par le savant secrétaire général de la Société des hôpitaux, M. Ernest Besnier. La campagne que poursuit cette Société en faveur de l'isolement des maladies contagieuses, dont mieux que l'administration elle peut apprécier l'urgence, par les faits de chaque jour, a produit déjà des résultats inestimables : grâce à cet isolement, le lourd tribut prélevé par la variole dans les hôpitaux d'adultes s'est atténué dans des proportions considérables. Il faut qu'il en soit de même pour les autres maladies contagieuses. Quand il est démontré qu'il y a un danger immense, ceux auxquels incombe la mission de protéger la population assument une bien grave responsabilité en ne prenant pas toutes les mesures capables de le conjurer, de l'amoindrir, quelques difficultés d'argent, d'organisation, de routine administrative que ces mesures puissent soulever. Aux grands-maux les grands-moyens. Et il n'y a pas de temps à perdre : chaque jour de retard se compte par des morts, qui sont dues non-seulement à la maladie, mais encore aux retards de l'administration, trop lente à liser des réformes que le corps médical lui réclame depuis longtemps et sur tous les tons, et dont les chiffres de la statistique mortuaire démontrent brutalement à tous la nécessité. Lisez d'ailleurs l'extrait du rapport de M. Ern. Besnier et jugez : *Caveant consules.*

Les affections diphtériques, dit M. Besnier, ont conservé dans les hôpitaux de l'enfance une malignité inexorable; leur mortalité s'accroît malgré les progrès généraux de la thérapeutique et la multiplication des soins qui sont prodigués aux enfants. Aucune méthode de traitement plus efficace ne surgit ou au moins ne se montre, et les malheureux enfants infectés par ce poison diphtérique sont marqués d'avance pour une mort presque certaine.

Aux premiers moments, encore peu éloignés de nous, où la diphtérie prit cette fréquence et cette gravité sans cesse croissantes, on put croire que ce n'était là qu'une phase passagère, un mauvais période à passer; la notion de la contagiosité de la maladie était obscurcie par les idées dominantes, ou dénaturée par des expérimentations imparfaites. Aussi ne songait-on pas à prendre des mesures de prophylaxie nosocomiale, alors que, par une véritable incoéquence, on ne manquait pas d'isoler activement dans la pratique civile les enfants atteints. Aujourd'hui, Messieurs, en présence de cette horrible mortalité devant laquelle nous restons à peu près impuissants, en présence de cette contagion que nous déclarons imminente pour tous les enfants qu'on y expose : certains pour un grand nombre, mortelle pour tous ceux qu'elle frappe dans ces conditions, a-t-on du moins écouté vos avis, répétés jusqu'à satiété, et pris quelques mesures pour soustraire à cet effroyable danger les malheureux petits êtres qui sont apportés dans les salles pour des maladies diverses? Non. A Paris, en l'année 1876, on place encore dans les salles communes des enfants malades des sujets atteints de diphtérie, affection contagieuse surtout d'enfant à enfant, et dont la mortalité est de 80 pour 100.

Cela est déplorable à constater, triste à écrire; mais c'est pour nous tous un devoir, auquel nous nous sommes depuis longtemps intéressés, de montrer au grand jour ces faits lamentables, jusqu'à ce que nous ayons fait obtenir gain de cause aux malheureux que les nécessités de la vie amènent à l'hôpital; c'est, en outre, pour nous, un droit de dégager de ces faits notre responsabilité d'une manière directe, complète, absolue.

On nous dit que nos confrères, si nombreux dans le Parlement, se sont réunis en un groupe particulier pour étudier les questions de médecine populaire et faire encourir le mouvement politique de notre époque au bien-être de l'humanité souffrante. Si cela est vrai, jamais occasion plus magnifique ne leur sera offerte de concourir aux progrès de la médecine, dont le rôle premier consiste dans la prophylaxie des maladies, en réalisant enfin la mesure générale de l'isolement des affections contagieuses. Jamais occasion plus opportune ne leur sera présentée de témoigner de leur dévouement aux classes déshéritées, en effaçant pour toujours ce danger et cette souillure de nos hôpitaux.

De toutes façons, d'ailleurs, le moment est venu d'adopter recourus à quelques mesures extraordinaires, car les voies ordinaires et régulières ont été, dans toutes les directions, poursuivies par nous avec persévérance et patience.

Écoutez, Messieurs, les paroles de l'un de nos plus éminents collègues qui ne cesse de son côté de blâmer comme nous tous, comme tous les médecins de l'enfance surtout, cette pratique condamnée de la promiscuité des affections communes et des affections contagieuses dans les hôpitaux.

Voici ce que nous écrit M. Bergeron, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, en préambule à la note qu'il nous a adressée pour ce trimestre.

« Cette note trimestrielle ne sera pour ainsi dire qu'une lamentation sur la diphtérie, dont la gravité semble s'être encore accrue depuis ma dernière communication, et qui, indépendamment des malades venus du dehors, en a enlevé quatre qui étaient entrés dans le service pour des affections très-diverses. Ce dernier et lamentable fait vous montre que les salles d'isolement destinées aux diphtériques, dont je vous annonçais il y a tantôt deux ans la construction prochaine, n'existent encore qu'à l'état de projet. Le choix de l'emplacement, les plans, les devis, les fonds eux-mêmes sont prêts, dit-on, et cependant rien ne se fait. Pourquoi? Je l'ignore, et il semble qu'aucun de ceux qui seraient en position de le savoir n'est plus avancé que moi; cependant l'automne approche, et avec lui une recrudescence probable de la terrible endémo-épidémie parisienne. »

« Cette question, Messieurs, à laquelle M. Bergeron ne peut obtenir de réponse, je l'adresse aujourd'hui publiquement à qui de droit; les termes en sont nets et précis; espérons qu'elle ne sera plus éludée.

Voici les chiffres du trimestre :

Dans son service, M. Bergeron a reçu 26 enfants atteints de diphtérie; 22 sont morts (75 décès pour 100). Sur ces 26 cas, 4 ont été contractés dans les salles et deux ont été mortels par l'infection spécifique. Les chiffres fournis par M. Cadet de Gassicourt sont presque identiques : sur 23 enfants atteints de diphtérie, 4 avaient pris la maladie à l'hôpital; 18 ont succombé. Chez M. Labric; sur 10 angines couenneuses, 4 sont des cas intérieurs et ces quatre-là ont été mortels.

Dans les salles de M. Archambault, sur 11 croups, 2 se sont développés chez des enfants entrés l'un pour le ténia, l'autre pour la rougeole.

Plus loin, à propos de la variole, M. Ern. Besnier déclare que :

Si les mesures publiques de prophylaxie ne sont pas étendues, si les revaccinations restent inexécutées, il est à craindre que l'exacerbation épidémique de la maladie de 1865 ne soit dépassée de beaucoup par celle prévue pour 1877.

Plus loin encore, dans un tableau que nous ne pouvons reproduire ici, il est prouvé que :

Depuis longtemps les foyers épidémiques principaux de la variole se forment dans les V, VII et XVIII^e arrondissements, c'est-à-dire le Panthéon, Palais-Bourbon et Montmartre. Chacun de ces foyers, aussitôt constaté, ne devrait-il pas être le sujet d'une enquête municipale et l'objet de mesures spéciales de prophylaxie? Nous ignorons si quelque chose est fait dans cette direction. Tant de fois nous en avons signalé l'urgence, que nous nous lassons de répéter les mêmes choses avec la même inutilité.

La question si grave, si urgente des progrès à réaliser dans l'isolement des variolux et la question de l'isolement des maladies contagieuses en général sont restées au même point où elles étaient il y a trois mois. Pour me conformer aux intentions de la Société, j'ai fait tirer un grand nombre d'exemplaires de la partie de mon précédent rapport ayant trait à ce sujet d'intérêt public, et je l'ai distribué, aux frais de la Société, avec une profusion vraiment philanthropique; mais jusqu'ici il n'est apparu aucun indice révélateur que ma peine et nos frais aient porté quelque fruit. Pas un mot, pas une ligne ne me sont revenus des nombreux destinataires de mes envois, pas plus d'ailleurs, je dois le dire, en aucune des précédentes tentatives analogues.

Cependant, Messieurs, les résultats de l'isolement des varioleux, quelque inégal, incomplet, imparfait qu'il soit actuellement, sont toujours des plus remarquables; combien ue le seraient-ils pas plus encore si l'on voulait substituer la règle au laisser-faire et le définitif au provisoire! La variole régné en permanence, le principe de l'isolement étant admis, il faut des lieux d'isolement permanents, organisés, détachés et non des appropriations provisoires à directions multiples et variables, agrégés aux hôpitaux généraux. Veut-on la preuve qu'il faut agir ainsi, et voir dans toute son évidence ce que produisent les demi-mesures? C'est M. le professeur Yallin qui, dans l'intérêt de cette question de haute humanité, en fournit la démonstration péremptoire.

Dans son service du Val-de-Grâce, d'avril à juillet, sur 40 varioleux, 25 cas étaient venus du dehors (soit 62,5 pour 100) et 15 se sont produits dans l'intérieur de l'hôpital (soit 37,5 pour 100). Dans le trimestre précédent, sur 101 cas de variole, on avait compté 64 cas extérieurs et 37 cas intérieurs; il résulte de ces chiffres que du 1^{er} janvier au 1^{er} juillet 1876, 52 hommes en traitement pour des maladies diverses, dans l'hôpital, y ont contracté la variole. Et cependant on avait pris des précautions d'isolement : éloignement des salles de variolux, défense aux malades varioleux de franchir la porte du

service pendant toute la durée de la maladie et de la convalescence (si ce n'est pour aller aux bains), défense de laisser pénétrer dans la salle d'isolement aucune personne étrangère, assainissement, désinfection des vêtements, des objets de literie, du linge, incinération quotidienne des balayures des salles, lesquelles sont composées d'une quantité incroyable de croûtes et de pellicules épidermiques. Malheureusement quelques infractions au principe absolu de l'isolement ont empêché la mesure d'être pleinement efficace : les infirmiers du service des varioleux mangent en commun avec ceux des autres services, couchent dans des dortoirs communs, vont chercher le linge dans la lingerie commune ; les veilleurs de nuit ont quelquefois été pris parmi des infirmiers qui le lendemain, après avoir veillé des varioleux, allaient faire le service dans des salles ordinaires. Les religieuses du service isolé retrouvaient aussi la vie en commun à leurs repas.

Si dans un hôpital militaire, dit en terminant M. Vallin, avec les ressources d'un personnel discipliné, des mesures prises avec un soin vigilant, ont conduit à ce résultat que 37 cas sur 100 sont nés par contagion dans l'enceinte de l'établissement, on arrive forcément à cette conclusion : qu'il faut consacrer aux fièvres éruptives un hôpital spécial, avec un matériel et un personnel réservés uniquement à ce genre d'affections. Il y a là sans doute des difficultés d'exécution considérables ; c'est en les envisageant longtemps à l'avance qu'on parviendra à les résoudre.

M. Ern. Besnier reconnaît que l'isolement dans les hôpitaux civils, tel que l'administration l'a exécuté depuis quelque temps est, bien qu'encore incomplet, bien qu'encore à l'état provisoire, infiniment plus parfait que celui dont il vient d'être question. On a non-seulement extirpé, le mot est exact, la variole des hôpitaux généraux, mais on a aussi apporté une barrière considérable à son extension dans la population qui gravite autour de nos hôpitaux. La statistique du mouvement des services d'isolement de varioleux (Pitié, Saint-Antoine, hôpital temporaire) pendant le premier semestre 1876 fournit au point de vue des cas intérieurs la démonstration de l'utilité et des bienfaits de l'isolement : ne prenant ici que les chiffres d'ensemble, nous voyons, du 1^{er} janvier au 1^{er} juillet, sur un total de 283 varioleux admis dans les services d'isolement (40 seulement ont succombé, ce qui peut servir à prouver que le rassemblement des varioleux n'est pas aussi préjudiciable aux malades qu'on a voulu le faire croire), 6 cas seulement contractés à l'intérieur de l'hôpital. Encore est-il que 3 de ces cas intérieurs se sont développés dans les dix premiers jours de l'admission des individus à l'hôpital, et que les 3 autres se sont produits chez deux infirmiers et une infirmière. M. Ern. Besnier renouvelle son affirmation en disant que la variole sera véritablement et complètement extirpée des hôpitaux le jour où l'on voudra pratiquer l'isolement réel. Là où cette mesure prophylactique et extinctive n'est pas adoptée, la maladie se propage d'une manière déplorable : à l'Hôtel-Dieu de Rouen, M. Leudat a noté pour avril, mars et juin, 3 admissions de varioleux venus du dehors, et 13 malades qui ont contracté la variole dans l'intérieur des salles !

Voyons ce que dit encore le rapport de M. Ern. Besnier pour la rougeole.

Sur 44 cas de rougeole traités dans les salles de M. Labric, 25, c'est-à-dire 56 pour 100, ont été des cas intérieurs ! Est-ce assez énorme ? Et cependant il ne s'agit là que d'un seul service hospitalier. Chez M. Archambault, sur 9 rougeoles, 6 ont été contractées dans les salles

par de très-jeunes enfants (on sait qu'avant trois ans la rougeole est plus grave) entrés pour des maladies sans gravité et 3 d'entre ces derniers ont succombé !

Tout ce qui a été dit pour la variole, lorsqu'il fut question jadis de l'isolement, commence à se dire pour la rougeole et la diphtérie, les deux fièvres des hôpitaux de l'enfance ; toutes les preuves fournies pour démontrer la nécessité et les bienfaits de l'isolement vont s'accumuler pour ces deux maladies éminemment contagieuses. Evidemment la chose est claire pour l'immense majorité des médecins (il y a bien encore des confrères qui sont myopes, cependant, à force d'approcher, ils finiront par y voir), mais cette grande mesure humanitaire n'a pas encore frappé les autorités, peut-être parce qu'elles n'ont pas encore eu le temps de s'en occuper. Un jour viendra où elles inventeront l'isolement pour toutes les maladies contagieuses, en s'étonnant même du peu d'importance que le corps médical lui accorde !

Nous n'ajouterons rien à tout ce qui précède, les chiffres sont assez éloquentes, et nous terminerons comme nous avons commencé : *Caveant consules.*

A. LEGROUX.

HISTOIRE ET CRITIQUE

ÉTUDE SUR LES PRINCIPAUX TËNICIDES.

Nous avons vu dans un précédent article (*Gaz. hebdom.*, p. 450) que les mesures prophylactiques, recommandées dans le but de prévenir l'infection par la viande de porc ladre ne peuvent être aussi rigoureusement appliquées quand il s'agit de l'examen des viandes de bœuf, de veau ou de mouton remplies de cysticerques de *tœnia inermis*; ceux-ci en effet sont assez difficiles à reconnaître. Pour demander l'application des articles 475 et 477 du Code pénal, qui condamnent à l'amende les personnes qui exposent en vente des comestibles gâtés, corrompus ou nuisibles, il faudrait pouvoir indiquer un moyen simple et facile de reconnaître dans les muscles la présence des cysticerques. Or ce moyen, nous ne le connaissons pas encore, puisque l'opération du langage est ici inefficace. Les seules mesures que l'on pourrait exiger seraient donc l'obligation de faire abattre tous les animaux livrés à la consommation dans des abattoirs publics, et celle de faire examiner toutes ces viandes par des vétérinaires compétents. Ces vétérinaires auraient spécialement pour mission d'étudier, à l'aide de la loupe ou même du microscope, quelques fragments pris sous la langue, dans le diaphragme, dans la paroi du cœur de quelques-uns des animaux qu'ils auront vu abattre et dont ils auront lieu de suspecter la provenance. Cet examen serait obligatoire pour toutes les bêtes venues d'Algérie ou de Hongrie.

Mais ces mesures prophylactiques seraient elles-mêmes insuffisantes, et nous avons vu d'autre part qu'il est impossible de proscrire d'une manière absolue l'usage de la viande rôtie, et par conséquent renfermant quelques parties saignantes. Il nous faut donc reconnaître notre impuissance à prévenir d'une manière absolue l'infection que détermine l'ingestion de viandes remplies de cysticerques, et par conséquent nous devons rechercher quels sont les meilleurs modes de traitement à conseiller aux malades porteurs de *tœnia*. Aussi bien n'est-il pas sans intérêt de passer en revue ce qui a été dit sur la question des ténicides et de montrer que l'on arrive assez aisément à un résultat favorable à la condition de procéder avec quelques précautions toujours faciles à observer.

On a divisé les médicaments anthelminthiques en ténicides et en ténifuges, suivant qu'ils agissent sur la vitalité du cestode à expulser ou bien qu'ils se bornent, en excitant les sécrétions et les mouvements de l'intestin, à favoriser son expulsion. La plupart des agents dont nous allons nous occuper sont surtout ténicides, et ce sont ceux-ci dont il faut, d'une manière générale, préférer l'emploi. Très-fréquemment en effet, les contractions péristaltiques de l'intestin ne suffisent pas pour chasser tout l'entozoaire qui y est contenu ; sa tête, fixée aux parois intestinales, résiste, et le cou se rompt sans qu'il soit possible, en employant de nouvelles doses du médicament, d'en obtenir l'expulsion. Sans doute il est fâcheux que cet accident se produise : il en résulte toujours, en effet, pour le médecin comme pour le malade, une inquiétude persistante et souvent justifiée, au bout d'un temps plus ou moins long, par l'émission de nouveaux cucurbitins. Mais souvent aussi, lorsque l'on a fait usage d'un ténicide assez énergique et bien administré, la guérison s'observe sans que l'on puisse retrouver dans les déjections la tête de l'entozoaire. C'est ce qu'avait constaté Bremser (cité par Davaine, *Traité des entozoaires*, p. 220) lorsqu'il déclarait que parmi plusieurs centaines de personnes traitées par lui, il n'en était pas une seule qui eût vu sortir la tête de son ténia, alors que 99 sur 100 se trouvaient guéries. Il importe en outre de faire remarquer l'insuffisance des médications ténifuges, telles que les purgatifs administrés coup sur coup alors que l'on a déjà obtenu l'expulsion d'un assez grand nombre d'anneaux. Plusieurs médecins ont déjà signalé l'insuffisance, dans ce cas particulier, de tous les traitements. Tout récemment, à la Société médicale des hôpitaux, M. Homolle insistait encore sur le précepte de ne pas agir avant d'avoir laissé le malade se reposer pendant un temps plus ou moins long. M. Davaine avait depuis longtemps recommandé d'attendre l'apparition dans les garde-robes de fragments ou d'anneaux du cestode avant de recourir à un nouveau traitement. Il expliquait de la manière suivante l'utilité de ce précepte (*loc. cit.*, p. 220) : « La tête du ténia, fortement implantée dans la muqueuse de l'intestin, ne s'en détache que par une forte traction ; après l'administration d'un anthelminthique cette traction s'opère sur le corps du ténia par les mouvements péristaltiques de l'intestin, qui le chassent vers le bas. Plus le corps offre un grand volume, plus il donne de prise aux contractions intestinales ; mais s'il est réduit à un mince filet de quelques centimètres de longueur seulement, l'intestin n'a plus sur lui aucune action. » Il résulte de ces considérations qu'il importe, quand on fait usage d'un anthelminthique, de savoir comment il faut l'administrer. C'est pourquoi, en ne voulant citer ici que les ténicides les plus efficaces, nous insisterons assez longuement sur leur mode d'administration.

Autrefois il est vrai, on recommandait avec beaucoup plus de minuties que d'intelligence les précautions à employer pour combattre l'helminthiase, et c'est peut-être ce qui faisait le succès des remèdes de Chabert, de Bremser, de Mathieu, etc. On trouvera dans le livre de M. Davaine (p. 814) l'indication de quelques-unes de ces préparations. Le ténifuge de Schmidt est plus bizarre encore : il consiste à faire prendre le premier jour une potion purgative ; le malade, maintenu à la diète pendant la journée, mangeait le soir une salade composée de hareng, de jambon cru haché, d'oignon, d'huile et de sucre en abondance ; le lendemain il prenait toutes les heures dix pilules dans la confection desquelles entraient plus de douze substances ; une demi-heure après la première dose de pilules on donnait une cuillerée d'huile de ricin, et dans la journée

du café bien sucré. On conviendra que ce sont là des précautions bien étranges et l'on ne s'étonnera pas que ces médicaments soient tombés dans un juste oubli. S'ils réussissaient parfois, c'est en raison du soin avec lequel les quelques principes actifs qui entraînent dans leur composition pouvaient être administrés au patient. Ces principes actifs étaient très-nombreux, depuis les huiles empyreumatiques et les préparations minérales jusqu'aux purgatifs drastiques. Ils donnaient parfois quelques résultats favorables de même que paraît avoir réussi tout récemment, entre les mains de M. Masse, la teinture de noix vomique. Mais ces diverses substances ne jouissent certainement pas d'une efficacité aussi incontestée que l'écorce de racine de grenadier, les semences de coorse, diverses plantes originaires de l'Arabie, telles que le *Saoria*, le *Kamala*, le *Tatzé* et surtout le *Couso*, enfin les produits obtenus avec la fougère mâle. Nous ne nous occuperons que de quelques-uns de ces derniers ténicides.

Le *Couso*, si souvent prescrit par la plupart des médecins, si fréquemment recommandé dans les traités les plus dignes d'être consultés, est cependant inefficace dans un très-grand nombre de circonstances. De plus, son goût et son odeur sont assez désagréables pour qu'il soit presque impossible de l'administrer en plusieurs doses ; enfin, il est assez fréquent de voir, après l'absorption d'une proportion assez forte de *Couso*, survenir des accidents nerveux, quelquefois d'une certaine gravité. L'un de nos malades, jeune homme de vingt-deux ans, soldat au 1^{er} d'artillerie, nous était adressé, le 31 janvier dernier, se disant atteint d'épilepsie. Admis dans la deuxième partie du contingent, n'étant plus astreint qu'à un service de quelques semaines, ce jeune homme, dont on ne pouvait suspecter la sincérité, demandait à être guéri, avant son retour dans sa famille, des attaques épileptiformes dont il souffrait depuis près de trois ans. Après un interrogatoire assez minutieux, je m'assurai que les accidents dont il se plaignait devaient être symptomatiques de l'existence d'un ténia, et je me fis représenter les cucurbitins que le malade rendait sans y avoir prêté la moindre attention, depuis plusieurs semaines. J'essayai dès lors la poudre de fleurs de *Couso*, que je lui fis prendre en infusion à la dose de 30 grammes dans 250 grammes d'eau tiède. Le malade avait été maintenu à la diète depuis la veille, où il avait pris le matin 60 grammes d'huile de ricin. Le lendemain, il avala, sans trop de dégoût, l'apozème qui lui avait été préparé, après avoir eu soin de se rincer la bouche avec une potion fermentée de l'alcoolé de menthe et une forte proportion de jus de citron. Deux ou trois heures après avoir pris le remède il rendit un ténia inermé de 5 mètres environ de longueur ; le lendemain 60 grammes d'huile de ricin ne déterminèrent plus l'expulsion de fragments d'entozoaires dont cependant je n'avais pu retrouver la tête ; mais à ce moment, et pendant trois jours, notre malade resta en proie à un état de malaise assez prononcé avec anxiété précédoire, vertiges, irrégularité et ralentissement du pouls, subdélire, affaiblissement intellectuel et sommeil presque permanent. Au bout de ce temps, et grâce à l'administration de thé alcoolisé et d'une alimentation tonique, il se remit cependant et, après trois semaines de séjour à l'hôpital durant lesquelles il n'éprouva plus aucun accident, je l'autorisai à sortir. Depuis le mois de mars ce malade, qui habite Paris, n'a plus vu reparaitre ses accès épileptiformes et n'a plus rendu aucun fragment d'entozoaire. Le *Couso* guérit donc quelquefois, de nombreuses observations le prouvent, et l'on peut espérer que notre malade restera débarrassé de son ténia ; mais il

importait de faire remarquer que, alors même qu'il est prescrit sous forme de granules de Mentel (il faut toujours en donner une proportion considérable, environ 48 grammes), le *Couso* peut n'être pas inoffensif. D'ailleurs la pratique des Persans nous montre combien ils considéraient ce médicament comme peu efficace : désireux de conserver le tœnia, dont la présence dans leurs entrailles constituait un titre de noblesse, ils se contentaient d'en évacuer de temps à autre une partie plus ou moins considérable, et dans ce but ils faisaient usage du *Couso*. Il est vrai d'ajouter que pour débarrasser définitivement de cet entozoaire ceux qu'ils considéraient comme indignes de lui servir d'habitat, ils administraient l'écorce de *Musenna*, dont les expériences de Rayer et celles de Kuchenmeister ont aussi montré l'inefficacité. Nous admettons donc, avec M. Gubler, que le *Couso* est ténicide et souvent utile; mais les insuccès que nous avons constaté après beaucoup d'autres, nous font préférer à son emploi l'administration de ténifuges d'une odeur et d'une saveur moins répugnantes et d'une efficacité moins contestable.

Parmi ces médicaments l'écorce de racine de grenadier a été bien souvent recommandée, depuis que Goinés de Lisbonne eut, en 1823, fait connaître des expériences prouvant son efficacité. L'un des premiers Méral (1838) fit remarquer qu'il pouvait être nuisible d'administrer un purgatif avant la décoction d'écorce fraîche de racine de grenadier cultivé. Il prescrivait celle-ci à la dose de 60 grammes, que l'on faisait bouillir avec 750 grammes d'eau, jusqu'à ce que l'on eût réduit la décoction à 500 grammes. Le malade prenait ce remède en trois fois, à une heure d'intervalle. M. Gubler recommande, dans le cas où le ver n'aurait pas été rendu dans la journée, d'administrer un drastique le lendemain. Après un jour de repos, il faut recommencer, trois fois de suite s'il a été inefficace, le même traitement.

M. Laboulbène a donné aussi la formule d'un apozème qui est certainement l'un des plus utiles. On fait macérer pendant vingt-quatre heures dans deux verres d'eau 60 à 90 grammes d'écorce de racine de grenadier de Portugal; par un feu doux puis à grand feu, on réduit à un verre. Le mélange est pris à jeun. Dès que le malade ressent un malaise intestinal qu'il est rationnel d'attribuer aux mouvements de l'helminthe, on lui administre, en une ou plusieurs fois, de 50 à 100 grammes d'huile de ricin. L'expulsion se produit alors assez facilement, et si l'on veut obtenir le ver aussi intact que possible, on recommande au malade d'aller à la garde-robe dans un vase rempli d'eau.

Dans le cours de la discussion récemment soulevée à la Société des hôpitaux, M. Laboulbène a fait remarquer encore que l'écorce de grenadier est excessivement mince sur la racine; on emploie donc souvent l'écorce de la tige, bien qu'elle ait une efficacité plus faible que celle de la racine. La décoction des feuilles ou de la capsule des fruits est encore moins efficace; enfin, le végétal à l'état frais est supérieur au produit desséché.

Dans le travail qu'il a consacré à l'étude du tœnia observé dans l'armée, M. L. Colin insiste de son côté sur l'efficacité de l'écorce de racine de grenadier lorsqu'on l'administre sans la faire précéder de l'emploi d'un purgatif. M. Colin fait remarquer, à l'appui de ses observations, que sous l'influence du ténicide l'Helminthe se pelotonne sur lui-même, ses crochets abandonnant la muqueuse intestinale et la tête s'enfouissant au milieu des replis formés par la série des anneaux. Toute la masse ayant pris une forme arrondie peut ainsi progresser dans le tube digestif et être expulsée

sans rupture. Si, au contraire, on a cru devoir administrer un purgatif, celui-ci, favorisant les mouvements péristaltiques, étalera le tœnioïde dans toute sa longueur. Dès lors au moment où le malade avalera le ténicide, le ver, ne pouvant plus se pelotonner sur lui-même, sera brisé en fragments que le malade rendra peu à peu, tandis que la tête restera fixée à la muqueuse du duodénum. Au contraire le purgatif administré six heures après l'ingestion du ténicide, lorsque celui-ci n'aura pas été évacué, sera souvent utile. « Y recourir plus tôt c'est, dit M. Colin, risquer d'agir avant que l'action ténicide soit entièrement produite et provoquer l'expulsion prématurée d'une partie de la substance antihelminthique. Y recourir plus tard, c'est risquer, comme l'a parfaitement indiqué M. Laboulbène, de ne voir l'effet de la purgation se produire que quand le ver sorti de son engourdissement a repris ses forces; quand il a pu de nouveau se fixer à la muqueuse; quand, par conséquent, un purgatif pourra de rechef en entraîner la rupture. »

Nous ne pouvons manquer de signaler enfin parmi les médecins qui se sont appliqués avec le plus de zèle à étudier l'action de l'écorce de racine de grenadier comme ténifuge le docteur Fock (d'Utrecht). Dans un mémoire très-intéressant (1), accompagné de planches photographiques pour la reproduction desquelles le tœnia appliqué sur un carreau, servait de négatif, le docteur Fock cite plusieurs observations qui lui semblent prouver que l'écorce de racine de grenadier est le plus souvent très-efficace contre le tœnia. L'auteur croit indispensable de toujours faire usage de la racine venue des Indes. Il administre la décoction à jeun et seulement dans les cas où le malade rend depuis quelque temps et spontanément des anneaux séparés. La dose est de deux onces qu'il fait macérer pendant la nuit; ou bien il administre une décoction de douze onces prise en trois doses en une heure et demie. Quelquefois il faut faire prendre ensuite une à deux onces d'huile de ricin.

Le docteur Fock a traité un grand nombre d'enfants de cette manière et toujours il a pu les guérir de la maladie dont ils étaient atteints.

On ne saurait donc, après tant de témoignages irrécusables, ne pas recommander l'écorce de racine de grenadier comme l'un des ténifuges les plus faciles à administrer et les plus efficaces. Toutefois, surtout lorsqu'il s'agit de traiter les enfants, il est assez souvent difficile de faire avaler sans répugnance aucune la macération ou la décoction d'écorce de grenadier. Parfois des vomissements surviennent; enfin il faut compter avec les observations qui prouvent d'une manière non moins certaine l'efficacité d'autres ténifuges.

L. LEREBoullet.

(A suivre.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

DE L'ANÉMIE PERNICIEUSE PROGRESSIVE, par le docteur VALLIN, professeur au Val-de-Grâce.

Qu'est-ce que l'anémie pernicieuse progressive? Comment cette dénomination s'est-elle introduite dans la science? S'agit-il d'une maladie nouvelle? Comment doit-on interpréter les faits désignés sous ce nom?

Dès l'année 1853, Lebert (*Résumé des maladies observées*

(1) De L'apworm hen- et Middell om hem uit te krijen Utrecht. - Kemink en zoon. - 1873.

à la Clinique médicale de l'hôpital de Zurich pendant l'année 1853, Gazette médicale de Paris, 1854, p. 14) désignait sous le nom d'anémie essentielle certains cas d'anémie progressive survenant le plus souvent chez des femmes multipares, à la suite d'un accouchement d'ailleurs naturel, et se terminant par la mort dans un état d'épuisement extrême, sans que l'autopsie permit de découvrir aucune lésion capable d'expliquer ces accidents. En 1858, il fit connaître plusieurs cas analogues observés dans les deux sexes (Lebert, Ueber essentielle Anämie, Wiener, med. Wochenschrift, 1858, n° 38) et dans un mémoire récent (De l'anémie, etc., Archives générales de médecine, avril 1876), s'appuyant sur un total de douze observations, Lebert revendique pour lui la priorité, sinon de l'appellation, au moins de la description de la maladie.

C'est vraisemblablement Biermer (Correspondenz Blatt f. Schweiz. Aerzte, 1876, II, n° 1) qui au congrès de Dresde en 1868 employa pour la première fois le nom d'anémie pernicieuse progressive : de 1868 à 1872, Biermer a observé environ quinze cas de cette maladie, en particulier chez des femmes de trente à trente-cinq ans, le plus souvent multipares, qui pendant le cours de leur grossesse étaient devenues anémiques sous l'influence de mauvaises conditions hygiéniques; après l'accouchement l'anémie ne cessait de s'aggraver sans cause appréciable, la mort survenait d'une manière pour ainsi dire fatale, et les autopsies restaient négatives.

Des observations presque identiques furent recueillies par Gusserow (Ueber hochgradige Anämie Schwangerer, Archiv für Gynæk. 1872, p. 248) pendant la grossesse, et par Immermann (Ueber progressive pernicieuse Anämie, Deutsches Archiv f. kl. Med., 1874, XII, 209-244), l'une chez un jeune homme, l'autre chez une femme de trente ans en dehors de toute puerpéralité.

Les caractères de l'affection nouvelle peuvent se résumer de la façon suivante :

La maladie est plus fréquente chez la femme, surtout chez la femme qui a eu plusieurs grossesses; le plus souvent l'anémie existait depuis plusieurs mois avant l'accouchement, et s'est considérablement aggravée après la délivrance; on l'observe cependant en dehors de la puerpéralité (femme de cinquante-cinq ans, Lebert) et chez l'homme de tout âge (dix-huit ans, Immermann; quarante-cinq ans, Lebert). La pâleur, l'amaigrissement, la faiblesse sont extrêmes et augmentent progressivement, sans qu'on puisse les rattacher à une lésion organique appréciable. Il survient d'ordinaire des troubles digestifs, de la dyspepsie, de la diarrhée; les membres s'inflent, il se produit parfois des hémorragies par la peau ou les muqueuses, la vue s'affaiblit et l'examen ophtalmoscopique ne révèle que l'œdème et l'anémie de la papille. Malgré une médication corroborante et tonique, l'état cachectique s'aggrave de plus en plus, les malades tombent dans la somnolence ou dans un délire tranquille; à la période terminale, la température s'élève parfois à 38 et 39 degrés, d'autres fois elle tombe dans le vagin au-dessous de la normale, et les malades s'éteignent insensiblement ou dans une syncope.

À l'autopsie, on s'attend à trouver quelque lésion profonde et cachée, un cancer, des tubercules, une collection purulente ayant échappé pendant la vie à tous les moyens d'exploration; malgré un examen minutieux, dil-on, des tissus et des organes, il est impossible de découvrir une lésion qui explique un tel degré d'anémie. C'est cette absence de lésion qui avait conduit Lebert à préférer d'abord le nom d'anémie essentielle.

Cependant, Biermer, dès 1868, signalait dans ses autopsies une lésion si non constante, au moins commune : c'était une infiltration granulo-graisseuse, des muscles papillaires du cœur, surtout des fibres situées immédiatement sous l'endocarde; rarement la dégénérescence avait envahi à un haut

degré toute la musculature du cœur. Il signala en outre une altération de même nature de la membrane interne et même de toute l'épaisseur des petits vaisseaux de différents organes; c'est par là qu'il expliquait les hémorragies capillaires observées chez plusieurs malades.

On s'empressa de rechercher ces lésions et d'en faire la caractéristique anatomique de la maladie. Zenker (Zur kasuistik der progressiven pernicösen Anämie, Deutsches Arch. f. kl. Med., 1874, p. 348) rappela des cas analogues observés en 1856, et en particulier celui d'une femme de vingt-neuf ans qui, à la suite d'hémorragies utérines abondantes, tomba dans un état d'anémie et de dépérissement extrêmes dont rien ne put empêcher les progrès et la terminaison fatale : à l'autopsie, il trouva, outre un état hydro-anémique de tous les organes, une dégénérescence graisseuse prononcée des fibres du cœur et de la paroi interne de l'aorte, des infiltrations sanguines des différents tissus, de petites hémorragies du cerveau et de la cavité péritonéale.

On ne peut le nier, il y avait là, a priori, une explication satisfaisante : chez presque tous les malades l'affection avait débuté au milieu de conditions débilitantes, misère, inanition, grossesse, hémorragies puerpérales ou autres, toutes causes qui produisent constamment l'anémie; chez certains malades la nutrition générale avait été trop profondément altérée; sous l'influence de l'état cachectique les fibres du cœur avaient subi une dégénérescence atrophique, et c'est cette altération qui avait transformé une anémie banale en anémie pernicieuse progressive. Il fallait d'abord démontrer la réalité et la constance de cette dégénérescence cardiaque.

Ponfik (Ueber Fettherz, Berliner, kl. Wochenschr., 1872, n° 1-3) éliminant les infiltrations graisseuses consécutives aux maladies du cœur proprement dites et aux maladies infectieuses, éliminant l'état gras du cœur et les dégénérescences séniles, arrive à constituer une forme spéciale où l'alération histologique des fibres du cœur est en quelque sorte essentielle et la conséquence de la composition du liquide sanguin qui le baigne. En trois années, Ponfik a réuni trente-huit cas dont vingt-cinq concernant des femmes; chez tous ces malades, l'anémie était portée à un point extrême, elle avait pour origine des affections graves des divers organes; mais tous les cas se ressemblaient par un point : le volume du cœur étant normal et l'intégrité des orifices complète, les fibres musculaires présentaient un degré plus ou moins avancé de dégénérescence graisseuse; contrairement à ce qui a lieu dans les formes séniles, les fibres dégénérées ne contenaient qu'un très-petit nombre de granulations pigmentaires. Dans les épaisses, on trouvait des caillots mous, petits, recouverts d'une couche grisâtre formée de globules blancs, les globules rouges s'étant accumulés à la partie déclive.

Immédiatement, Perl (Ueber den Einfluss der Anämie auf die Ernährung des Herzmuskels, Virchow's Archiv, 1873, t. LIX, p. 39) institua des expériences ayant pour but de provoquer chez les animaux la dégénérescence du cœur par des hémorragies copieuses et répétées. Il pratiqua sur des chiens des saignées abondantes, égales à 3 pour 100 du poids de l'animal, répétées en moyenne six fois, séparées par un intervalle de six à sept jours. Tous les animaux maigriront progressivement, perdirent l'appétit, s'œdématisèrent et succombèrent vers la onzième semaine dans le marasme. À l'autopsie, Perl trouva chez tous le cœur flasque, de teinte jaune clair; un grand nombre de fibres présentaient les caractères bien connus d'une dégénérescence graisseuse étendue; les fibres altérées étaient disséminées au milieu des fibres saines, mais plus abondantes dans les muscles papillaires du ventricule gauche.

L'altération des fibres cardiaques dans ces expériences paraît bien la conséquence de l'anémie provoquée; mais que l'on songe à la quantité incroyable de sang qui a été soustraite

à ces animaux : en cinq semaines six saignées égales à 3 pour 100 du poids de l'animal ! Ce qui équivaldrait à six saignées de 1800 grammes pour un homme de 60 kilogrammes, soit une perte de 10^e, 800 de sang en cinq semaines ! Même en tenant compte de la vitalité et de la tolérance extrêmes du chien, il est impossible d'établir la moindre analogie entre ces expériences et les hémorragies, même puerpérales, qui ont souvent précédé les cas d'anémie pernicieuse. Ce qui le prouve encore mieux, c'est la contre-partie des expériences de Perl : il a répété jusqu'à dix-sept fois sur le même chien, tous les trois ou quatre jours, des saignées qu'il appelle faibles parce qu'elles égalaient à 1, 4, 5 pour 100 du poids de l'animal, et qui en somme représentent deux saignées par semaine de 600 à 800 grammes pour un homme de 60 kilogrammes ; malgré cette perte énorme de sang, les chiens au bout de soixante jours étaient, paraît-il, *gais, vifs et pleins d'appétit* ! N'est-ce pas la preuve ou bien de la tolérance incroyable de l'espèce canine, ou bien du peu d'influence des saignées répétées sur la dégénérescence graisseuse du cœur ?

Mais enfin, a-t-on noté dans tous les cas d'anémie pernicieuse cette dégénérescence graisseuse du cœur qui, en définitive, expliquerait assez bien l'anémie, les hémorragies capillaires, l'anasarque, etc. ? Dans le mémoire de Lebert, nous trouvons une autopsie (tisserand, quarante-cinq ans) où l'examen chimique et microscopique des tissus et des organes a été fait avec grand soin, et où il est dit expressément que le cœur était sain dans sa substance et dans ses valvules.

Gusserow a vu également manquer cette dégénérescence dans plusieurs de ses cas ; M. Lépine, dans un travail présenté tout récemment à la Société médicale des hôpitaux et que nous ne connaissons encore que par un exposé sommaire, M. Lépine n'a pas retrouvé cette lésion dans le cas qu'il a observé. D'autre part, M. Hayem a décrit, et nous avons souvent constaté nous-même, ces dégénérescences marastiques des fibres du cœur dans un assez grand nombre d'affections cachectiques, où les accidents qui avaient précédé la mort différaient notablement de l'anémie pernicieuse, ou bien trouvaient une explication naturelle dans les altérations grossières d'autres organes.

Donc, sans nier la part contributive qui peut revenir à la dégénérescence graisseuse des fibres du cœur dans la production de certains symptômes et dans la marche fatale de l'anémie pernicieuse, il n'est pas actuellement possible d'y voir la lésion essentielle qui détermine et caractérise cette maladie.

Lorsque Bennett et Virchow, en 1846, découvrirent la leucocythémie, on eut l'explication d'un grand nombre de cas d'anémie dont la nature était jusque-là restée incompréhensible. On ne peut nier qu'il y ait une véritable analogie de symptômes entre cette même leucocythémie et la maladie qui nous occupe : anémie progressive et fatale, hémorragies, œdèmes, etc. Mais dans la plupart des observations rapportées, l'examen microscopique du sang a été ou a dû être fait, et nulle part il n'est fait mention d'une augmentation considérable des globules blancs. Dans la maladie de Hodgkin (adénie de Trousseau, lymphadénie de Ranvier), l'anémie, l'anasarque, l'état cachectique ne sont pas moins marqués que dans la leucocythémie, quoique les globules blancs du sang aient conservé leur proportion normale ; aussi la description de l'anémie pernicieuse rappelle d'une manière frappante les cas de pseudo-leucémie, et c'est une comparaison qui vient naturellement à l'esprit quand on lit les descriptions récentes des auteurs allemands : des deux côtés, absence de causes étiologiques bien définies ou influence prédisposante des grossesses multiples, oligocythémie ; hypodysplasie, cachexie progressive et fatale, hémorragies tardives, élévation terminale de la température. Mais comment admettre que des anatomo-pathologistes tels que

Lebert, Biermer, Ponfik, aient pu méconnaître des hypertrophies ganglionnaires, des néoplasmes leucémiques de l'intestin, des diverses muqueuses ou des parenchymes ?

Il est cependant une forme de pseudo-leucémie nouvellement découverte, rare ou encore peu reconnue, la *lymphadénie myélogène*, qui par son siège limité et profondément caché pourrait avoir échappé aux recherches d'observateurs exercés. La moelle des os peut en effet être le siège exclusif de l'hyperplasie leucémique, et les travaux récents de Bizzozero, de Neumann, de Cornil, Ranvier, Kelsch, etc., commencent à laisser entrevoir le rôle considérable de la moelle comme organe hématopoïétique, dans les maladies générales aussi bien que dans la sanguification normale. Ce rôle n'était pas soupçonné il y a peu d'années, c'est au plus s'il existe dans la science trente cas de lymphadénie myélogène ; il est donc probable que dans la plupart des autopsies d'anémie pernicieuse on n'a pas songé à examiner la moelle osseuse. Dans certains cas d'hyperplasie médullaire, les globules blancs du sang avaient conservé leur proportion normale, et dans deux cas de Wood (LEUCÉMIE, Jaccoud et Labadie-Lagrave, *Dict. de méd.*) les malades avaient succombé dans le marasme, dans un état d'anémie qu'on ne pouvait rattacher pendant la vie à aucune altération d'organe ; la proportion des globules blancs était normale, le diagnostic était resté très-incertain ; à l'autopsie on ne trouva aucune autre lésion qu'une prolifération lymphoïde de la moelle des os ; des cas analogues ont été relatés par Ponfik, Castiaux, etc. Il est donc désormais indispensable, avant de prononcer le nom d'anémie pernicieuse progressive et d'en faire une anémie essentielle, d'examiner la moelle des principaux os courts. Nous ne saurions cependant aller aussi loin que le docteur W. Pepper (*On progressive pernicious anemia, in-American journal of the med. sciences*, octobre 1875) ; cet auteur n'hésite pas à affirmer que cette affection n'est en réalité qu'une forme médullaire de la pseudo-leucémie ; il nous a été impossible de nous procurer en temps opportun ce mémoire, et il serait curieux de rechercher si cette opinion est simplement une vue théorique de l'esprit, ou si elle est déduite de faits rigoureusement observés.

Il est probable d'ailleurs que ces cas d'anémie grave ne ressortissent pas tous à une cause unique, toujours identique avec elle-même. L'anémie, en somme, n'est qu'un symptôme, un élément morbide comme l'albuminurie et la glycosurie ; c'est surtout l'expression ultime de la détérioration organique que tant de causes peuvent produire. A une époque où les progrès de l'anatomie et de la physiologie pathologiques rendent de plus en plus précises les localisations morbides, le moment est peut-être mal choisi pour introduire une maladie nouvelle sous le nom d'anémie essentielle. Il y a soixante ans, que de cas on aurait pu ranger sous cette rubrique, à côté de l'anémie d'Anzin, alors que la pathologie morbide se créait et que l'histologie n'avait pas ouvert un champ nouveau à l'anatomie pathologique ! Aujourd'hui encore, que savons-nous de la nature, de la pathogénie intime de la chlorose, et quelle différence trouve-t-on entre les observations récentes d'anémie pernicieuse et certains cas graves de chlorose persistante et progressive chez l'adulte, signalés dès longtemps par Andral, Trousseau et Bouillaud ? Si, avec M. Sée, on donne le nom de chlorose à toute anémie spontanée, à l'anémie globulaire par l'épuisement que provoquent les fonctions de reproduction et d'accroissement, beaucoup de ces cas nouveaux viendraient se ranger sous la dénomination ancienne de chlorose puerpérale grave.

Dans le mémoire que nous avons cité, Lebert groupe les cas d'anémie en deux catégories : 1^o appauvrissement et l'altération du sang par causes déterminées ; 2^o appauvrissement du sang par causes inconnues. Au premier rang de ce deuxième groupe, il place la chlorose, et immédiatement après l'anémie essentielle ou pernicieuse progressive ; il n'en

fait point une maladie nouvelle, il la décrit simplement comme un état morbide *incerta sedis* dont on n'a pu découvrir encore la cause anatomique et qui attend de nouvelles recherches. On ne saurait mieux faire : sous les efforts de la clinique et des sciences anatomo-physiologiques, nous avons fait disparaître du cadre des anémies essentielles et rapporté à leurs vraies causes certains états cachectiques dont la nature était jadis inconnue : la leucémie, l'anémie saturnine et les cachexies toxiques, l'hydrémie tropicale ou cachexie africaine qui paraît engendrée par l'ankylostome duodéal, etc. Sans exagérer, avec Beau, l'influence des états dyspeptiques sur la production de l'anémie, quel champ immense à exploiter que les altérations chimiques des liquides digestifs, l'influence des actes nerveux sur les sécrétions, sur la digestion et en général tous les phénomènes de nutrition !

La dénomination nouvelle d'anémie pernicieuse progressive a l'avantage de fixer l'attention sur des faits observés çà et là depuis longtemps en France comme dans beaucoup d'autres pays, et qui n'ont pas reçu une détermination anatomique précise. Rien ne prouve d'ailleurs que cet ensemble symptomatologique et clinique ne puisse dépendre de lésions variables et de désordres matériels multiples. Sous ces réserves, l'anémie pernicieuse progressive doit prendre place dans le cadre nosographique, mais comme maladie d'attente que des recherches nouvelles doivent s'efforcer de rattacher à des causes et à des lésions bien définies.

CORRESPONDANCE

L'huile de Croton et la teigne.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HÉBDOMADAIRE.

Varsovie, 24 juillet 1876.

Messieurs et très-honorés confrères, je viens de recevoir à l'instant même le n° 28 de votre estimable journal, qui, à la page 441, fait mention d'un procédé de *guérison de la teigne par l'emploi de l'huile de Croton*, procédé dont M. le docteur Ladreit de la Charrière a donné lecture à l'Académie de médecine le 11 juillet 1876.

Sans vouloir en aucune façon soulever une question de priorité, laquelle ne saurait être que ridicule entre deux médecins portant également haut et ferme le drapeau de notre profession, bien qu'étrangers l'un à l'autre, permettez-moi de vous faire savoir que j'emploie ce procédé depuis longues années, sans avoir eu à m'en louer. Bien au contraire, quoique associée à différents emplâtres, pommades, et à la glycérine, elle ne fait que produire des pustules confluentes et fort difficiles à guérir. Le procédé d'ailleurs a été expérimenté avant moi par Gudden (de Munich) (*Arch. f. phys. Heilk.*, n° 2, 1853) et par M. Cæsterlin, alors professeur à Dorpat (Heilmittellehre). Il y a même un certain sans crotoné où l'huile en question se trouve associée à de la potasse caustique, mais dont l'effet paraît être presque nul.

En ma qualité de médecin en chef des différentes sociétés de bienfaisance qui se trouvent à Varsovie, j'ai malheureusement très-souvent affaire à la teigne, surtout dans les salles d'asile. De tous les traitements préconisés dans les manuels de dermatologie je n'ai eu à me louer que de l'épilation, et, dans les cas moins rebelles, des badigeonnages réitérés par la teinture d'iode, pure ou associée à la glycérine; et en dernier lieu, à un mélange d'acide phénique et de pommade au corder-cream, que je suis en train d'expérimenter et sur lequel j'ose appeler l'attention toujours si bienveillante de mes confrères de France, désireux de trouver dans votre journal leur avis à ce sujet.

Agréé, etc.

D^r Guillaume LUBELSKI,

Médecin du consult général de France et des hôpitaux et des hospices civils à Varsovie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 24 JUILLET 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

INSCRIPTION PHOTOGRAPHIQUE DES INDICATIONS DE L'ÉLECTROMÈTRE DE LIPPMAN. Note de M. *Marry*, présentée par M. Edm. Becquerel. — Ce travail est destiné à montrer que l'on peut arriver à photographier les mouvements de la colonne de mercure d'un électromètre de Lippman et à enregistrer ainsi avec une précision mathématique les phénomènes qu'il s'agit de reproduire.

SUR L'EXISTENCE D'ALTÉRATIONS DES EXTRÉMITÉS PÉRIPHÉRIQUES DES NERFS CUTANÉS DANS UN GAS D'ÉRUPTION DE BULLES DE PEMPHIGUS. Note de M. *J. Dejerine*, présentée par M. Vulpian.

« Le fait suivant prouve d'une façon péremptoire que le développement des éruptions pemphigoides, dans certains cas du moins, est lié d'une façon intime à des lésions des nerfs cutanés.

» Il s'agit d'une femme entrée à l'hôpital Saint-Louis le 25 décembre 1875. Cette femme était atteinte de paralysie générale accompagnée de tremblement rythmique des membres supérieurs et inférieurs, tremblement qui ne se montrait que lors des mouvements volontaires. La malade mourut le 31 janvier 1876. Dix ou douze jours avant la mort, elle présenta une éruption bulleuse sur les bras et les jambes. Ces bulles, assez nombreuses, une vingtaine environ, siégeaient sur les membres, du côté de l'extension principalement; leur volume, assez considérable, variait entre 2 et 3 centimètres de diamètre; elles contenaient un liquide limpide, d'un jaune citrin, analogue à la sérosité d'un vésicatoire. L'examen de la sensibilité, au niveau des bulles, ne donna que des résultats sans valeur, la malade étant trop affaiblie pour pouvoir répondre aux questions. L'autopsie nous montra les lésions de la méningo-encéphalite diffuse, et l'examen de la moelle, après durcissement dans une solution aqueuse faible d'acide chromique, révéla l'existence d'une sclérose bilatérale et symétrique des cordons latéraux, siégeant dans toute la longueur de la moelle, avec intégrité complète de la substance grise et des cordons postérieurs. »

SUR LA THÉORIE PHYSIOLOGIQUE DE LA FERMENTATION ET SUR L'ORIGINE DES ZYMASES, A PROPOS D'UNE NOTE DE MM. PASTEUR ET JOUBERT CONCERNANT LA FERMENTATION DE L'URINE, par M. A. *Béchamp*.

SUR LA FAUNE MALACOLOGIQUE DES ÎLES SAINT-PAUL ET AMSTERDAM. Note de M. *Ch. Vétain*, présentée par M. de Lacaze-Duthiers.

SUR LA REPRODUCTION DU VOLVOX DOÏQUE. Note de M. *L.-F. Hennequy*, présentée par M. Cl. Bernard.

EMPOI DU SULFITE DE SOUDE DANS LE PANSEMENT DES PLAIES. — M. *Larrey* présente à l'Académie, de la part de M. le docteur *Minich*, chirurgien en chef de l'hôpital de Venise, un mémoire (en italien) « sur la cure antiseptique des plaies et sur un nouveau mode de pansement. »

Le docteur *Minich* propose l'emploi du sulfite de soude, qu'il préfère de beaucoup aux acides phénique et salicylique, non-seulement dans le pansement des plaies, mais encore contre l'érysipèle. Le principal avantage qu'il attribue à cette substance, d'ailleurs déjà connue et mise en pratique, c'est la modicité du prix du sulfite de soude, opposée aux inconvénients des acides phénique et salicylique.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 4^{er} AOUT 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

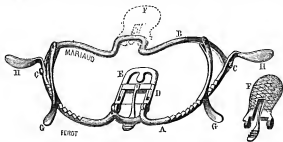
M. le ministre de l'Agriculture et du commerce transmet à l'Académie : a. Le compte rendu des épidémies qui ont régné en 1875 dans les départements de la Loire, de Nouvelle-et-Moelle, du Pas-de-Calais et du Doubs. (*Commission des épidémies*). — b. Le compte rendu des épidémies qui ont régné en 1875 dans les possessions de Limoges, Bellac, Saint-Yrieix, Orléans, Fribourg, Gien et Privas. (*Même commission*). — c. Le rapport de M. le docteur Guidoni sur une épidémie de rougeole qui a régné dans les communes de Zella, du Calvi et de Montemaggiore (Corse), du 1^{er} décembre 1875 au 1^{er} mars 1876. (*Même commission*). — d. Les documents relatifs

aux épidémies qui ont régné en 1875 dans les arrosés-ements de Perpignan, de Céret et du Langres. (Même commission). — c. Une demande formulée par madame Roux en vue d'obtenir une récompense pour services rendus dans la pratique des vaccinations (Commission de vaccine). — f. Une demande formulée par M. Duplan, à l'effet d'obtenir l'autorisation d'exploiter deux nouvelles sources situées sur le territoire de Vais (Ardèche). (Commission des eaux minérales.)

M. Beaujon présente à l'Académie, au nom de M. le docteur Bartolozzi, un mémoire ayant pour titre : LA VÈRE.

M. Douchardat présente, au nom de M. Contini, un MANÈGE D'HYGIÈNE POPULAIRE. M. Déclard dépose sur le bureau, au nom de M. Mariand, un nouvel instrument destiné à maintenir la bouche ouverte pendant les opérations pratiquées dans cette cavité. L'instrument peut être employé pour l'examen laryngoscopique.

Le ballon se compose : 1° de deux branches principales A B s'articulant en C C au moyen de deux arcs-boutants, et en prenant point d'appui sur les oreillons G H, la branche A, taillée à crénelature, est munie d'un abaisse-langue à rallonge que l'on peut articuler à tous les degrés pour abaisser plus ou moins la langue; à la branche B



s'ajuste à volonté un piston métallique F, quadrillée à sa surface postérieure, que j'ai ajoutée à l'instrument sur les indications de M. le professeur Trélat. Cette pièce peut s'articuler de façon à venir s'appuyer contre la voûte palatine, afin de mieux immobiliser l'appareil pour les personnes dépourvues de dents à la mâchoire supérieure. L'abaisse-langue D se démonte facilement, afin de ne pas gêner pour les ablutions de la langue.

CRISES NÉPHRÉTIQUES DANS L'ATAXIE. — M. Maurice Raynaud lit un travail sur les troubles gastriques et particulièrement sur les crises néphrétiques qu'on observe dans l'ataxie locomotrice. Le but de ce travail est de faire voir qu'il peut se présenter dans le cours de l'ataxie des accès douloureux qui, par leur siège, leur physiologie symptomatique, présentent avec les accès de colique néphrétique de cause calculuse les plus étroites analogies, et peuvent ainsi devenir l'objet d'un diagnostic des plus difficiles. Mais il faut remarquer que ces crises néphrétiques ne sont en définitive qu'une variété des crises gastriques, avec lesquelles elles présentent plusieurs caractères communs, mais une variété assez originale dans sa forme pour présenter une description à part (voy. *Premier-Paris*).

LE SPIROPHORE. — M. Woillez répond aux objections qui ont été faites depuis qu'il a présenté son appareil. Dans l'expérience qui a été récemment pratiquée à la Charité, le cadavre était dans de mauvaises conditions, et cependant les assistants ont pu voir qu'à chaque abaissement du levier le sternum, les côtes et l'épigastre se soulevaient simultanément en même temps que le réservoir d'air, qu'un litre pénétrait à chaque inspiration provoquée, et de plus que les parties soulevées, cage thoracique et épigastre, s'abaissaient par suite de la sortie hors des poumons quand on relevait lentement le levier.

On a pensé que l'appareil pouvait occasionner des troubles dans la circulation du sang analogues à ceux que provoque la ventouse de Junod et déterminer par suite une anémie cérébrale mortelle. Mais les grandes ventouses ne sauraient être comparées au spirophore, et la toile imperméable, maintenue autour du cou du patient par un aide, ne s'appose jamais assez complètement à la pénétration de l'air extérieur dans l'instrument.

M. Depaul a dit que chez les nouveau-nés l'insufflation était préférable à l'emploi du spirophore et qu'on ne devait pas négliger les procédés ordinaires. Ce qu'on recherche avant tout c'est à produire la respiration très-rapidement. Or, on sait qu'il faut quelquefois insuffler plusieurs heures pour obtenir ce résultat. Le spirophore, qui fait immédiatement pénétrer l'air dans le poumon, est donc préférable. D'un autre

côté, l'insufflation n'est pas sans danger, et l'on possède un grand nombre d'observations dans lesquelles elle a produit des déchirures du poumon et par suite de l'emphysème. L'avenir nous dira si, comme il est permis de le penser, l'aspiration avec le spirophore des nouveau-nés n'est pas préférable à l'insufflation.

M. Colin dit que l'appareil de M. Woillez, irréprochable quant au principe, n'est pas facilement applicable : il est trop volumineux et peu portatif. Au lieu d'un cylindre enveloppant tout le corps, ne suffirait-il pas d'une cuirasse de caoutchouc?

M. Colin aborde ensuite la question de la valeur pratique de la respiration artificielle employée dans le but de rappeler à la vie les sujets asphyxiés. Il lit à ce sujet un long mémoire dans lequel il expose les résultats d'un nombre considérable d'expériences pratiquées sur des animaux. Il conclut que dès que les mouvements du cœur sont suspendus ou qu'ils ne sont plus assez énergiques pour pousser le sang dans les artères, la respiration artificielle, si bien dirigée qu'elle soit, est impuissante à opérer l'hématose, puisque le sang ne se renouvelle pas dans le système capillaire du poumon et que la fraction oxygénée n'est pas lancée dans les organes à réveiller. Il n'y a plus rien à espérer dès que la circulation est arrêtée, et elle s'arrête une demi-minute, une minute, une minute et demie après la suspension des mouvements respiratoires, quelquefois plus tôt, rarement plus tard.

M. Le Roy de Méricourt constate que l'appareil de M. Woillez est très-ingénieux, mais qu'il n'est encore qu'au début de la période expérimentale; il faut donc attendre qu'il ait fait ses preuves, non-seulement sur les animaux, mais encore sur l'homme. Tout le monde est d'accord pour reconnaître que l'indication fondamentale dans le traitement des noyés est de pratiquer la respiration artificielle, mais pour que le moyen soit efficace, il faut qu'il soit employé immédiatement. Il y a donc à craindre que, même en plaçant un spirophore dans tous les postes situés sur les bords de la Seine, on ne puisse appliquer l'appareil avec la promptitude nécessaire.

Il est donc essentiel de bien étudier les autres procédés plus pratiques qu'on a proposés pour le traitement des noyés.

M. Le Roy de Méricourt passe en revue les plus importants, celui de Marshal Hall, celui de Sylvestre et celui de Pacini et finalement donne la préférence à ce dernier. (Voy. *Premier-Paris*.)

CRÉATION D'UN VAGIN ARTIFICIEL. — M. Léon Le Fort présente une malade sur laquelle il a pu créer un vagin artificiel à l'aide d'un procédé particulier d'électrolyse. A l'âge de quinze ans, cette malade eut des symptômes de menstruation, règles complémentaires, hémoptysies, à la suite desquels on constata l'absence du vagin. A vingt-deux ans (1872), elle est entrée à la Pitié, dans le service de M. Labbé, où elle a subi dix opérations successives qui ont eu pour résultat de créer une cavité de 3 ou 4 centimètres de profondeur sans établir de communication avec l'utérus. Deux ans plus tard (1875), elle est entrée à Beaujon où, après avoir subi une première opération, elle eut des accidents graves de péritonite. M. Le Fort parvint à compléter la perforation du vagin et à permettre le cours régulier de la menstruation en introduisant dans l'infundibulum un fil de cuivre et en y faisant passer un courant continu. Aujourd'hui la malade a un vagin dans lequel on a pu introduire le spéculum et qui permet l'écoulement du sang menstruel. On sent distinctement le col utérin et on a pu faire pénétrer l'hystéromètre dans la cavité utérine.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 14 JUILLET 1876. — PRÉSIDENTE DE M. LABOULBÈNE.

ULCÉRATION TUBERCULEUSE DE LA LANGUE. — INFLUENCE DES PURGATIFS ET DE L'INANITION SUR LA PROPORTION DES GLOBULES ROUGES CONTENUS DANS LE SANG. — OBSERVATION D'ANÉMIE ESSENTIELLE; DISCUSSION. — TUBERCULOSE AIGUE. — ÉLECTION.

M. Féréal montre un malade atteint d'une ulcération de la langue, probablement de nature tuberculeuse. C'est un homme de soixante-deux ans, forgeron, dont le père est mort de phthisie pulmonaire : il a eu un chancre à dix-huit ans, lequel n'a jamais été suivi d'accidents appréciables, et il ne présente aucune trace de scrofule. A la suite de deux pneumonies, l'une à l'âge de trente-deux ans, l'autre à cinquante-sept ans, cet individu a constamment toussé : aujourd'hui les signes de la tuberculose pulmonaire ne sont pas douteux.

Quant à l'ulcération de la langue, sa nature est probablement tuberculeuse; mais on est en droit de se demander s'il s'agit d'une ulcération syphilitique.

— M. Brouardel lit une note fort intéressante sur l'influence des purgations et de l'inanition sur la proportion des globules rouges du sang. En voici le résumé :

A la suite d'une purgation ayant occasionné de une à quatre garde-robots, on constate une concentration notable du sang : du jour au lendemain le chiffre des globules contenus dans un millimètre cube augmente de 200 000 à 1 000 000. L'augmentation du chiffre de globules par millimètre cube peut même précéder la première évacuation alvine.

Au bout de vingt-quatre heures, la proportion des globules revient au chiffre constaté avant l'administration du purgatif.

Quant aux globules blancs, les changements dans leurs proportions sont variables : tantôt il y a augmentation, tantôt diminution sans qu'on puisse en déterminer la raison. Ceci est en désaccord avec l'assertion donnée par le professeur Ch. Robin qui dit, dans ses LEÇONS SUR LES HUMEURS, que les purgatifs ou la diarrhée spontanée amènent toujours une augmentation du nombre des leucocytes. Quoiqu'il en soit, M. Brouardel a toujours vu le rapport entre le chiffre des globules blancs et celui des globules rouges augmenter à la suite des purgatifs.

Les purgations ont donc pour effet immédiat de concentrer le sang en le dépouillant de son sérum, mais cette action est passagère. Il faudra donc tenir compte de cette influence dans l'interprétation des courbes de variation globulaire dans les maladies.

L'inanition produit en partie les mêmes effets : M. Lépine l'a prouvé dans ses recherches sur la mensuration des globules chez les nouveau-nés (Société de biologie, 12 fév. 1876, voy. *Gaz. hebdom.*, p. 107). Pendant les premiers jours, l'enfant vit sur son sérum sanguin, et il s'ensuit que les globules sont en nombre plus considérable dans un volume déterminé de sang; les jours suivants l'enfant se nourrit de lait, le sérum se reproduit, les globules restant en nombre égal aux jours précédents, et le rapport entre sérum et globules se trouve renversé. Ce qui se passe chez l'enfant, ainsi que l'a observé M. Lépine, peut se rencontrer chez l'adulte : M. Brouardel l'a constaté chez un homme de quarante-huit ans qui avait bu par mégarde une gorgée d'acide sulfurique. A la suite de cette ingestion survinrent des vomissements incoercibles. Tout aliment ou boisson étaient immédiatement rejetés. Nil rétrécissement n'existait le long de l'œsophage. Le malade mourut véritablement d'inanition au bout de quatre mois.

L'autopsie montra un rétrécissement cicatriciel du pylore tel, qu'un stylet de trousse pouvait à peine le franchir. Deux jours avant le décès, la numération des globules avait fourni les résultats suivants : globules rouges, 4 849 395; globules blancs, 7852. Le sang était tellement concentré par la perte

de sérum, qu'il était visqueux et épais comme un sirop très-charge.

« Voulez-vous, dit en terminant M. Brouardel, rendre un homme pléthorique, purgez-le et mettez-le à la diète. » Ce paradoxe, dont il reconnaît d'ailleurs le côté absurde, lui sert à démontrer que la numération des globules ne donne que des résultats relatifs. Pour que les variations constatées dans le dénombrement globulaire aient quelque valeur, il faut que les analyses soient faites avec une précision aussi complète que possible, en plusieurs séries et en tenant compte des conditions diverses dans lesquelles se trouvent les sujets.

— M. Lépine lit une note sur l'anémie essentielle. Cette sorte d'anémie, désignée sous le nom d'anémie essentielle maligne, essentielle fébrile, que l'on s'accorde aujourd'hui à appeler *anémie progressive pernicieuse*, bien que cette dénomination soit vicieuse, a été l'objet de nombreux travaux depuis celui de Gussow (1871). On doit de nombreuses observations à Biermer, Immermann, Broadbent, Schüle, Pepper, Pye Smith et Schely-Bucht. Piory, Beau, Addison, Wilks, Trousseau en ont également signalé des exemples. Presque toujours il s'agit, dans ces cas, de femmes de dix-huit à cinquante ans qui, sans causes appréciables ou épuisées par des grossesses, des fatigues ou des hémorragies, ont succombé dans un état d'anémie profonde qu'aucune diathèse, aucune lésion visible n'étaien capables d'expliquer.

Un cas de ce genre s'est offert récemment à l'observation de M. Lépine :

Obs. — Une femme de trente-quatre ans, lingère, accoucha à terme à l'hôpital Beaujon, le 25 novembre 1875. Délicate, inais n'ayant souffert d'aucune maladie grave, légèrement dyspeptique, ayant eu déjà deux grossesses, cette femme ne devint réellement souffrante qu'à dater de la troisième grossesse. A ce moment, elle nota d'abord une augmentation insolite de l'appétit, des troubles de digestion, de la gastralgie, puis de l'amaigrissement et une faiblesse progressive. Deux mois avant l'accouchement s'étaient produits de la diarrhée persistante, de l'œdème des jambes, une toux constante avec expectoration muqueuse, sans hémoptysie.

L'accouchement ne modifia en rien cet état : la diarrhée seule diminua. Au bout de quelque temps (10 janvier), la cachexie avait fait de nouveaux progrès : œdème des paupières, des jambes, teinte cireuse de la peau, somnolence, faiblesse, troubles de la vue, souffle anémique au cœur et dans les vaisseaux. Les globules rouges du sang étaient tombés à 908 000 par millimètre cube : pas de leucocythémie; urines pâles, sans albumine ni sucre. Rien dans l'abdomen ni dans les poulx.

Vers le 10 janvier, la faiblesse est extrême, le pouls insensible, la respiration courte, peu accélérée (vingt fois par minute); cependant la peau et les muqueuses sont décolorées, les selles sont pâles et fétides, la température vaginale tombe à 34°,8 et les globules sont au nombre de 378 750 par millimètres cubes.

Le 11 janvier la malade succombe.

Les résultats de l'autopsie sont absolument négatifs : on ne rencontre que quelques lésions insignifiantes et secondaires (un peu de broncho-pneumonie unilatérale, dégénérescence graisseuse circonscrite des muscles cardiaques). Aucune lésion reconnaissable, même au microscope, dans la moelle des os.

Cette observation, selon M. Lépine, montre que l'action prolongée d'une mauvaise hygiène, d'une inanition relative, d'une dyspepsie et d'un catarrhe intestinal chez des sujets *prédisposés*, surtout pendant la grossesse (qui pousse à l'anémie), peut conduire, en dehors du tubercule ou du cancer, à une anémie profonde et fatale.

Il y aurait lieu d'établir une distinction dans ces anémies entre les formes fébriles ou apyrétiques, hémorragiques ou non, avec conservation de l'embonpoint ou avec amaigrissement. Il y a là évidemment des variétés symptomatiques, mais qui ne sont pas de première importance.

M. Gubler ne doute pas que chacun de ses collègues n'ait le souvenir de quelques faits analogues à celui que vient de communiquer M. Lépine. Il a, quant à lui, parfaitement présents à la mémoire plusieurs cas de ce genre, c'est-à-dire

des cas où l'autopsie n'a donné que des résultats absolument négatifs; mais à côté de ces faits M. Gubler fait observer qu'il y a un certain nombre de cas où ces anémies sont entièrement copiées, menties, pour ainsi dire, par des anémies tout à fait semblables, se montrant avec les mêmes particularités jusqu'au moment où apparaissent certaines lésions, où se manifestent certaines diathèses, en particulier les diathèses cancéreuse et tuberculeuse. C'est ainsi qu'on voit des malades subir une profonde altération de leur santé, de grands changements dans leur état, en un mot présenter tous les caractères d'une profonde anémie, sans qu'il soit possible de constater chez eux aucune lésion. Mais un an ou deux ans après seulement apparaissent tous les symptômes rationnels d'un cancer de l'estomac. Ou bien ce sont des jeunes filles profondément chlorotiques, chez lesquelles on ne constate aucun signe particulier et qui n'en sont pas moins profondément tuberculeuses. Enfin, chez des sujets entachés pour la plupart héréditairement de certains vices, comme disaient les anciens, l'anémie seule se montre, anémie qui reconnaît les mêmes causes que celles dont il vient d'être question.

M. Lépine fait ressortir toute l'importance de la remarque de M. Gubler et croit qu'il serait bon d'appeler l'attention des cliniciens sur ce fait de l'existence d'une disposition diathésique pouvant être la cause de ces anémies dites *essentiels*.

M. Féréol demande à M. Lépine pour quelle raison, dans ce cas, il n'a pas fait la transfusion.

M. Lépine répond que dans les cas analogues la transfusion n'a donné aucun résultat. Ensuite il n'a porté le diagnostic d'anémie essentielle que dans les quinze derniers jours, à une époque où la transfusion ne pouvait plus servir à rien. Jusque-là il soupçonnait l'existence d'un cancer de l'estomac.

— M. Laveran cite un cas de tuberculose aigüe généralisée. Le malade, entré au Val-de-Grâce avec un bulletin portant le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu, a succombé avec tous les signes de la phthisie. L'autopsie a montré les granulations tuberculeuses miliaires dans tous les organes (poumons, péricarde, péritoine, grand épiploon, rate, foie, bulbe, protubérance annulaire, synoviale articulaire du genou droit).

ÉLECTION. — M. le docteur Lacassagne, médecin des hôpitaux militaires, est élu membre de la Société à l'unanimité.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 12 JUILLET 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. OULMONT

CATAPLASMES VAGINAUX : MM. DUJARDIN-BEAUMETZ, GUBLER. — PRÉPARATION DU GOUUDRON : M. MAGNES-LAHEMS. — IDENTITÉ DU TÉLÉ ET DU MANCONE : M. GUBLER.

M. Beaumetz, à propos de cataplasmes vaginaux, dont il a été parlé dans la dernière séance, donne lecture d'une note de M. Delisle, qui a proposé de mettre dans le vagin les cataplasmes Lelièvre qui sont, on le sait, faits avec les feuilles du *Fucus crispus*. Il suffit de tremper dans l'eau le tissu dont ils sont formés; lorsque le tissu est gonflé et boursoufflé, on l'introduit dans le vagin, où il donne les mêmes résultats que les cataplasmes de graine de lin.

M. Gubler rappelle qu'un des plus grands praticiens de ce temps, Lallemand, lui a appris, il y a longtemps, à se servir des cataplasmes vaginaux. — Il se servait de cataplasmes de farine et même de graine de lin; il les injectait dans le vagin au moyen d'une seringue en étain munie d'une canule volumineuse, analogue à celle dont on se sert pour les irrigations vaginales — c'était un excellent moyen de calmer et d'isoler les parties; — on ajoutait, selon l'occasion, des substances narcotiques ou astringentes.

— M. Magnes-Lahens communique une note sur un nouveau mode de préparation et d'administration du goudron

végétal. Il conseille que l'on choisisse de préférence le goudron des Landes, et surtout celui qui a été préparé pendant l'été; il ressemble à de la mélasse.

S'il est bien divisé il se dissout mieux dans l'eau: 3 grammes de goudron mêlés à 6 grammes de sciure cèdent à 1 litre d'eau jusqu'à 2 grammes de principes actifs après dix minutes d'infusion.

Pour obtenir un bon *hydrolé*, l'auteur laisse macérer 9 grammes de goudron dans 1 litre d'eau à 60 degrés.

Pour l'inhalation, il a fabriqué des *cigares* formés d'une enveloppe de papier goudronné, laquelle renferme du goudron pulvérisé (mélange de sciure et de goudron des Landes).

Voici d'ailleurs quelques-unes des formules proposées par l'auteur :

1° Bain de goudron.

Goudron pulvérisé.....	500 grammes.
Eau.....	300 litres.

2° Hydrolé concentré.

Goudron pulvérisé.....	30 grammes.
Eau à 60 degrés.....	4 litre.

3° Elixir de goudron.

Goudron des Landes.....	50 grammes.
Sucre.....	100 grammes.
Alcool à 60 degrés.....	1 litre.

4° Dragées au goudron.

Goudron des Landes.....	50 grammes.
Gomme arabique.....	12 —
Miel.....	5 —
Eau de goudron.....	48 —
Poudre de guaiave.....	90 —

5° Glycérolé au goudron.

Goudron des Landes.....	10 grammes.
Glycérine.....	40 grammes.
Jaune d'œuf.....	15 grammes.

— M. Gubler présente à la Société plusieurs échantillons de télé, qui lui ont été adressés par M. le docteur Corre. De l'examen comparatif fait par M. Baillon, il résulte que le *télé* et le *mancone* sont une seule et même plante.

SÉANCE DU 26 JUILLET 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. OULMONT.

GLYCÉRINE ET GLYCÉRISME : MM. DUJARDIN-BEAUMETZ ET GUBLER.

M. Dujardin-Beaumetz, qui vient d'étudier l'action des alcools, a remarqué que les propriétés toxiques de la glycérine, qu'il compare à l'alcool absolu.

M. Gubler a donné la glycérine à la dose d'une cuillerée à soupe trois fois par jour; mais jamais il n'a constaté le moindre phénomène d'intoxication, ni même des effets désagréables. Il craint qu'il n'y ait quelque cause d'erreur dans les expériences de M. Beaumetz.

M. Beaumetz a toujours vu l'ingestion de 7 à 8 grammes de glycérine par kilogramme du poids de l'animal, injectés chez le chien, déterminer la mort dans un laps de temps assez peu long (vingt-quatre heures à deux jours). Avec une dose de 14 grammes par kilogramme, la mort arrive en trois heures. À l'autopsie, on trouve le foie et la muqueuse intestinale congestionnés; la moelle et le cerveau présentent un haut degré d'hyperhémie. Il donne à cet ensemble le nom de *glycérisme*. M. Beaumetz a remarqué que la température baisse pendant l'intoxication.

M. Gubler n'a jamais constaté ce que M. Beaumetz nomme le *glycérisme*, mais il a remarqué que la glycérine employée comme véhicule des injections sous-cutanées détermine une vive irritation.

— La Société de thérapeutique a tenu sa dernière séance de l'année scolaire; elle entre en vacances jusqu'au mois d'octobre.

A. B.

REVUE DES JOURNAUX

Sur l'anesthésie produite par les injections de chloral dans les veines, par les docteurs TIZZONI et FOGLIATA.

Les expériences furent faites avec du chloral neutre provenant de la fabrique de Jobst de Stuttgart, sans adjonction de sulfate de soude : 2 à 10 centimètres cubes dans 4 à 10 d'eau pour les chiens. Les auteurs ont observé que la période d'excitation qui précède l'hypnose n'est pas constante comme le prétend Cantani. Voici, du reste, les conclusions de cet intéressant mémoire :

1° Le chloral injecté dans les veines n'est pas un véritable anesthésique mais un puissant hypnotique. La sensibilité cutanée ne cesse qu'à de fortes doses.

2° Ce procédé d'anesthésie est très-dangereux : a parce que son action très-variable ne peut être mesurée pour chaque individu et qu'on ne peut en arrêter les effets s'ils sont excessifs ; b parce que la phlébite peut facilement en être la conséquence ; c parce qu'il faut injecter dans le sang une quantité d'eau assez considérable et qu'avec ce liquide on peut injecter de l'air ; d parce que si la dose, qu'on ne peut exactement mesurer, est excessive, la mort peut s'ensuivre par arrêt du cœur en diastole forcée, le chloral étant un poison primitif du cœur.

3° L'élément sur lequel agit le chloral est la fibre musculaire : injecté dans le sang, sous la peau, ou bien donné intérieurement, il excite l'extensibilité diastolique de la fibre musculaire du cœur ; localement, il détermine la contraction des fibres musculaires et il arrête le cœur en état de systole tétanique. Il est à remarquer que MM. Tizzoni et Fogliata partagent l'opinion de ceux qui admettent une extensibilité motrice comme la contractilité des fibres musculaires, une diastole active comme la systole du cœur.

4° Comme anesthésique, on ne doit pas même conseiller les injections sous-cutanées de chloral : a parce qu'elles produisent des abcès gangréneux ; b parce que l'absorption se fait lentement à cause du spasme musculaire de la localité injectée.

5° Le meilleur antidote contre l'action du chloral consiste dans les douches froides sur la tête et sur l'épine dorsale ; les injections de strychnine, de quinine, de curare, d'atropine, sont nuisibles. Il est inutile de renverser la tête en bas. Cette dernière conclusion est en contradiction avec les opinions de la plupart des physiologistes qui admettent généralement que la strychnine est un puissant antagoniste du chloral. (*Revista clinica*, 1875, *Recueil de méd. vétérinaire*, mai 1876.)

Contribution à l'histoire médicale de la foudre, par le docteur VINCENT (de Guéret).

Après avoir relaté six observations d'accidents causés par la foudre, le docteur Vincent résume ainsi les accidents produits sur des êtres vivants dans ces différents cas :

1° Brûlures à tous les degrés ; 2° déchirures multiples du foie avec perte de substance (chez un chien) ; 3° congestions passives du foie et des organes thoraciques ; 4° raideur cadavérique à développement rapide ; 5° hémoptysies, hémorrhagies nasales, ecchymoses sous-cutanées ; 6° cyanose de la peau, dyspnée ; 7° tremblement nerveux involontaire de la jambe ; 8° névroses du grand sympathique chez deux individus ; 9° douleurs des membres avec affaiblissement de l'action musculaire ; 10° troubles gastro-intestinaux ; 11°

paralysies, (hémiplegie temporaire chez un homme, paraplégie chez une vache) ; 12° fièvre intermittente névralgique affectant exclusivement la moitié du corps paralysé dans le principe.

D'après M. Vincent, les effets du choc en retour seraient rarement mortels, et le seul cas de mort observé chez l'homme à la suite de cet accident a été publié par Brydome en 1785.

Après avoir indiqué le traitement des accidents par la foudre, l'auteur étudie la question au point de vue médico-légal. Les éléments du problème dans les cas d'expertise médico-légale dont le médecin peut-être chargé, se trouvent :

1° Dans les circonstances commémoratives de l'existence d'un orage ; 2° dans l'état des lieux et les traces que la foudre laisse presque toujours sur le sol, les arbres, les murs et les objets environnants ; 3° dans l'état des habits brûlés, déchirés et souvent complètement enlevés de la surface du corps ; 4° dans l'attitude et la position du sujet quelquefois immobilisé dans la posture qu'il avait au moment de la mort ; 5° dans les caractères de la brûlure indiquant souvent le passage du fluide, présentant une netteté particulière et ordinaire même insuffisante pour expliquer la mort à elle seule, enfin généralement non accompagnée de phlyctènes et de l'aurole rouge qui caractérise les brûlures faites pendant la vie ; 6° dans certains effets plus ou moins bizarres produits par la foudre sur ses victimes ou sur leurs vêtements, tels sont : l'épilation qui n'atteint que les poils d'une même couleur, les images photo-électriques, les empreintes de monnaie, etc. ; 7° dans un certain cachet d'originalité que présentent les grandes lésions traumatiques elles-mêmes la plupart du temps ; 8° enfin dans la nature multiple des lésions rencontrées sur un même cadavre : brûlures, ecchymoses, plaies contuses, etc.

(*Revue des sciences médicales, Lyon médical*, 16 juillet 1876.)

BIBLIOGRAPHIE

De l'anémie, oligocythémie, dysémie, de ses diverses formes et de son traitement, par le professeur LEBERT, ancien professeur de clinique à Zurich et à Breslau. — *Etude physiologique et pathologique sur les injections intra-veineuses*, par M. VIAULT, interne des hôpitaux de Paris.

L'article de M. Lebert est un résumé bien fait, ou mieux un chapitre très-modifié d'un ouvrage qui vient d'être publié cette année même (Lebert, *Handbuch der allgemeinen Pathologie und therapie als Einleitung in das Klinische Studium und die aerztliche Praxis*, 2^e édition, Tuebingen 1876.)

Lebert n'admet pas le mot anémie, il adopte le mot dysémie « vu que des changements variés dans la composition, dans la distribution du sang, dans l'innervation du système vasculaire y ont bien plus de valeur que l'appréciation hypothétique de sa quantité, ainsi que la diminution seule des érythrocytes (globules rouges) ». Mais comme cette dysémie affecte des formes les plus diverses, M. Lebert distingue cinq variétés.

1° La dysémie spoliative (après des pertes de sang, de lymphes, etc.).

2° La dysémie inanitive.

3° La dysémie consomptive (fièvre prolongée).

4° La dysémie dystrophique (altération profonde de la nutrition cancer tubercules, etc.)

5° La dysémie névrotique (chlorose-anémic essentielle).

Mais dans toutes ces variétés de dysémie, le sang présente toujours les mêmes caractères, plus ou moins prononcés de la gravité de la maladie, les globules rouges sont rarement

au-dessous de la moitié de l'état normal, sauf après une hémorrhagie. Le sang est peu coloré, le caillot plus petit nage dans une grande quantité de sérum. Les globules rouges ne sont pas modifiés, et il n'y a pas augmentation des microcytes. Une membrane fibreuse, jaunâtre, recouvre le caillot, principalement dans l'anémie des femmes enceintes. Selon Bérserius cette couenne serait un signe, non d'inflammation, mais d'appauvrissement du sang.

I. — Appauvrissement et altération du sang par causes déterminées.

1^o *Dysémie spliativie avec diminution cellulaire*. A. Anémie par lymphorrhagie, comme par exemple le malade de Fétzer qui perdit en une seule fois 1760 grammes de lymphes.

B. Anémie par hémorrhagie, anémie consécutive à une perte de sang longue et répétée. Cette anémie si caractéristique est assez connue pour que nous n'ayons pas besoin de reproduire le tableau clinique que trace longuement M. Lebert ; il note avec soin le souffle systolique « qui contrairement aux vices valvulaires, se perçoit aux divers orifices du cœur ». Quant aux troubles nerveux, il les attribue à l'anémie cérébrale, ils sont analogues à ceux que Kussmaul et Tenner obtiennent par la compression des deux carotides.

2^o *Dysémie spliativie par perte de sucs sécrétés* (albuminaire, etc.). Galactorrhée (forme rare, mais très-anémique), diarrhée, albuminurie, dysenterie, suppuration prolongée ; sueurs profuses et prolongées pouvant éliminer non-seulement des sels ammoniacaux, mais aussi de petites quantités d'albumine (Leube).

3^o *Dysémie par insuffisance alimentaire*. Les cellules du sang diminuent, le sérum s'appauvrit d'albumine, l'hydromie s'établit. Dans les empoisonnements où il y a de la fièvre, M. Lebert s'explique le pourquoi de cette anémie, puisque la fièvre consume en raison de sa durée et de son intensité (augmentation de l'urée) ; mais dans les empoisonnements lents (plomb, mercure, etc.), dans la cachexie paludéenne, surtout lorsque des troubles digestifs ne sont pas en rapport avec les progrès de l'anémie, il ne sait à quoi attribuer cet appauvrissement du sang et les troubles généraux qui l'accompagnent.

II. — Appauvrissement du sang par causes inconnues.

A. *Chlorose*. M. Lebert insiste sur l'importance de l'élément nerveux dans cette affection, il constate de plus des altérations dans la formation du sang et de ses cellules rouges. Il passe en revue les nombreuses hypothèses faites pour expliquer ces phénomènes, et se demande si ce sont les « cellules blanches » qui se forment en moins grande quantité, ou leur transformation en cellules rouges qui a subi des modifications. Quant à la petitesse relative du cœur et des gros vaisseaux, invoquée par Virchow, il ne l'admet que pour quelques cas, mais cette explication est inadmissible dans le nombre heureusement considérable de guérisons complètes et durables observées jusqu'à présent.

B. *Anémie essentielle*. Cette anémie a déjà été décrite par Lebert en 1853, il insiste même longuement sur cette question de priorité, les travaux de Biermer, de Zimmermann (anémie progressive pernicieuse) sont consécutifs à ses premiers mémoires. Biermer indique la dégénérescence du cœur comme cause spéciale de cette anémie, mais selon Lebert la dégénérescence graisseuse du cœur n'est pas constante, et de plus pourquoi ne pas croire que cette dégénérescence est consécutive au lieu d'être primitive. Lebert fait encore remarquer avec raison que le plus souvent dans les altérations graisseuses du cœur, l'anémie profonde fait défaut.

Les femmes en couche sont particulièrement atteintes par cette affection ; M. Lebert en cite de nombreux exemples, les uns déjà publiés dans la GAZETTE MÉDICALE (1854), les autres plus récents sont suivis d'autopsie ; voici sa conclusion :

« En résumant toute mon expérience sur ce sujet, je crois pouvoir soutenir encore aujourd'hui, ce que j'en ai dit il y a vingt ans, c'est qu'il s'agit d'une anémie dont l'étiologie est entourée d'obscurité, et qui mérite d'être décrite comme forme spéciale. Son analogie avec la chlorose est grande, mais elle est bien autrement dangereuse, surtout lorsque la dégénération du tissu du cœur, du foie, etc., survient. Peut-être y découvrira-t-on plus tard une névrose particulière du grand nerf sympathique, comme cela est admis aujourd'hui pour la tachycardie ophtalmique, la maladie de Basedow. La prédisposition qu'offrent la grossesse et les couches, jettera peut-être un jour quelque lumière sur son étiologie. Avouons que nous ne connaissons encore cette anémie que fort imparfaitement, et que par conséquent, toute thésie sur son origine et sur sa nature serait prématurée. »

On comprendra d'après ce qui précède que le traitement devra varier selon la cause de l'anémie ; nous n'avons donc à insister que sur un point, la transfusion du sang que M. Lebert ne fait que signaler. M. Viault, interne des hôpitaux de Paris, vient de publier un mémoire où nous trouvons des renseignements importants sur cette question (*Etude physiologique et pathologique sur les injections intraveineuses*, Lille, 1876). Tout d'abord nous écartons la transfusion faite pour remédier à une anémie consécutive à une hémorrhagie ; il a été publié dans ces derniers temps une quantité d'observations et de mémoires sur la transfusion telle qu'il n'y a plus lieu de montrer les bienfaits de cette opération, lorsque celle-ci est faite à temps et dans de bonnes conditions : l'observation de M. Féréol (*Union médicale*, 8 et 10 juin 1875) en est une preuve évidente, nous l'avons déjà montré dans la GAZETTE (*Gazette hebdomadaire*, n° 7, 18 février 1876. *De la leucocytose*). Il s'agit d'une femme affaiblie par une métorrhagie abondante, avant la transfusion nous avions trouvé 1 000 000 globules rouges par millimètre cube (procédé Malassez), sept heures après la transfusion 900 000, treize jours après 2 300 000, et enfin trente-cinq jours après l'opération, au moment de sa sortie de la maison de santé, 3 120 000 ; nous rapprochons cette observation d'un autre fait absolument identique, publié par M. Liouville. Aussi M. Viault passe-t-il rapidement sur ce point pour insister sur les transfusions faites dans les anémies simples et les anémies chroniques symptomatiques.

Les transfusions ont été faites en Allemagne (Julien, *De la transfusion*, thèse d'agrégation, 1875) avec une imprudence qui ne laisse pas que de nous étonner, elle a été faite dans des cas de cachexie paludéenne, dans la syphilis, la leucocytémie, les empoisonnements, la folie, etc. Bien que de nombreuses observations soient venues montrer des résultats heureux, on ne peut cependant ne pas avouer que souvent l'opérateur s'est laissé entraîner par son enthousiasme pour la transfusion. Dans l'anémie simple, les résultats ont été souvent heureux, M. Viault en cite de nombreux cas ; ainsi le docteur Oscar Hasse (de Nordhausen), de 1869 à 1872, a fait seize transfusions immédiates de sang veineux humain défiltré. Parmi les seize malades opérés, deux étaient des chlorotiques qui retirèrent un bénéfice incontestable de l'opération ». En France, M. Dujardin-Beaumez fit à la Pitié quatre transfusions sur un malade atteint d'une anémie considérable ; chacune de ces transfusions fut suivie d'une amélioration ; mais malheureusement l'amélioration passagère, car elle ne durait que deux jours au plus. A Beaujon, M. le docteur Brouardel fit la même opération sur un malade atteint d'une anémie profonde due à des vomissements opiniâtres : les globules montèrent de 3 200 000 à 3 500 000. « mais la mort survint deux jours après la transfusion qui, au sentiment de M. Brouardel, pratiquée plus tôt, aurait probablement sauvé le malade ».

Mais pour trouver les renseignements les plus complets sur cette question il faut recourir au mémoire que vient de publier M. Oré dont la compétence est si grande sur ce sujet (*Etudes*

historiques physiologiques et cliniques sur la transfusion du sang). Réunissant tous les cas de transfusion du sang faite dans les anémies, chlorose ou leucémie, il arrive aux conclusions suivantes : faite dans 62 cas d'anémie de causes diverses, elle a été suivie 33 fois de guérison, 4 fois d'amélioration passagère, 25 fois elle n'a pu empêcher la mort. Sur 9 cas de leucémie, elle a amené trois fois une terminaison heureuse, les six autres cas ont été suivis de mort. Nous ne relevons dans son mémoire que les faits qui ont trait directement à l'anémie essentielle, nous négligeons les transfusions consécutives à des hémorragies, etc., notons cependant un détail qui montre que la statistique de M. Hasse, cité par M. Viault, ne peut être prise comme l'expression de la vérité, sur treize transfusions faites chez des phthisiques, M. Oré ne constate la guérison que dans un seul cas, l'amélioration dans deux cas seulement, les dix autres cas ont été suivis de mort.

Sous le nom d'anémies chroniques symptomatiques, M. Viault étudie les tentatives de transfusion pratiquées dans les affections chroniques (phthisie, suppuration prolongée, convalescences traînantes de dysenterie, etc.). Dans la phthisie, sans remonter au XVIII^e siècle, époque où la transfusion fut faite dans un cas semblable pour la première fois, transfusion malheureuse qui valut contre cette méthode les foudres du Saint-Siège, les résultats paraissent avoir été satisfaisants, puisque chez onze phthisiques auxquels M. Hasse pratiqua la transfusion de sang artériel d'agneau, chez six autres auxquels il fit la transfusion de sang veineux humain défibriné, l'amélioration fut très-grande, il y eut diminution de la toux et de l'expectoration, cessation de la fièvre hectique et retour de l'appétit et des forces. Il en a été de même dans sept cas publiés par le docteur Fröd. Sarder (de Barmen). Quelque étonnant que soit ce résultat, nous ne devons pas moins constater qu'il a été observé, non-seulement par les auteurs que nous venons de citer, mais par d'autres encore du même pays, et dont M. Viault a fait le relevé.

Dans les autres affections auxquelles l'anémie est nécessairement consécutive, comme les suppurations prolongées, les cachexies, les intoxications, etc., les résultats obtenus par la transfusion n'ont pas été moins prompts et moins nets. Nous ne pouvons relever ici tous les succès relatifs ou complets, tel n'est pas le but de cet article, il est bon néanmoins de montrer brièvement que comme traitement de ces anémies consécutives, la transfusion peut et parfois doit être employée utilement. Ainsi chez six malades opérés par le docteur Neudorfer (Viault, p. 21), pour remédier à un marasme des plus prononcés consécutif à des suppurations prolongées, cinq fois l'amélioration fut manifeste ; cette amélioration persistait cinq à six jours au moins, quatre moururent cependant au bout de trois semaines, un seul, le sixième, mourut trois heures et demie après l'opération. « Ce résultat fâcheux fut attribué à ce que le sang, qui servit à la transfusion avait été pris à un sujet qui se trouvait sous l'imminence d'un violent accès de goutte. » Le sang, ajoute M. Viault, aurait peut-être agi dans ce cas comme une substance toxique. Des résultats semblables, c'est-à-dire une amélioration tantôt passagère, tantôt durable, ont été obtenus depuis par le docteur Hasse (cachexie causée par l'abondante suppuration d'une spondylarthroécce), par le docteur Schliep (*Berlin. Klin. Wochens.* 1874, n° 3, résultats moins satisfaisants), par le professeur Hueter (1868 à 1869), et enfin par le docteur Albanèse (de Palerme) qui a fait sept transfusions, trois fois dans des cas d'anémie, quatre fois dans des cas de septiciémie. Notons un fait important, c'est que ces trois cas de transfusion chez des anémiques ont été suivis de guérison, un seul des septiciémiques a pu être sauvé. Il y a donc là un résultat assez brillant pour encourager les tentatives dans des cas semblables.

Dans les cas de cachexie, d'anémie consécutive à une diathèse comme le cancer, la dysenterie, etc., les résultats ont été beaucoup moins satisfaisants ; les observations du docteur

Hasse, de Blundell, de Cholmely (Guy's Hospital) en sont une preuve, les lésions cachectiques n'en ont pas moins suivies leur cours, sans qu'une amélioration même passagère pût venir donner une espérance : ici en effet l'anémie n'est pas due à un trouble général de l'économie, mais bien à une lésion locale qui pour une raison ou pour une autre empêche les relations nécessaires entre l'assimilation et la désassimilation, et par suite à une tendance constatée à l'aggravation des accidents.

D'après ce qui précède, on peut donc voir l'importance de la transfusion dans certains cas d'anémie ; tout d'abord, grâce à la crainte d'accidents et surtout grâce à l'ignorance des bienfaits qu'il était permis d'en espérer, la transfusion n'a été faite que dans des cas désespérés, alors qu'arrivé au dernier terme de la faiblesse les organes avaient déjà perdu une partie de leur faculté végétative, aussi les globules rouges injectés étaient-ils rapidement détruits, ainsi que le prouvent de nombreuses mensurations faites par M. Malasscz et aussi par M. Hayem qui vient de présenter à l'Académie des sciences un travail important sur cette question ; travail dont nous ne connaissons encore malheureusement que la première partie (*Académie des sciences*, 3 et 11 juillet 1876), et sur lequel nous reviendrons prochainement. C'est à cette cause, c'est-à-dire à la destruction rapide des globules injectés que l'on peut attribuer l'insuccès de M. Brouardel, chez ce malade, dont nous avons parlé plus haut : les globules rouges, grâce à l'altération profonde de la vie végétative, au lieu de se reformer, comme on le voit chez l'homme sain où cette formation est si prompte, se détruiraient sans que leur présence dans le sang ait pu modifier en aucune manière l'action physiologique des tissus. La transfusion doit donc être faite à un moment où, la médication ordinaire (toniques, hygiène, bains, etc.) ayant échoué, l'organisme n'est pas encore assez débilité pour que la régénération des globules rouges soit impossible. Les recherches ingénieuses de M. Hayem sur l'hémoglobine permettront peut-être de discerner le moment où cette transfusion devenue nécessaire pourra être faite avec les plus grandes chances de succès.

J. M.

VARIÉTÉS

ASSURANCES SUR LA VIE. ALIÉNATION. SUICIDE.

Le JOURNAL OFFICIEL a signalé, dans son numéro du 4 mai, un jugement du tribunal civil de la Seine, en date du 1^{er} avril, par lequel une compagnie d'assurances a été condamnée à payer la prime prévue au contrat d'un assuré devenu aliéné, et qui s'est donné la mort. Le jugement établissait en principe que le suicide n'entraînait pas l'annulation du contrat quand, étant le fait d'un aliéné, il n'était pas par cela même volontaire ; il appartenait donc à la compagnie de fournir la preuve que, dans l'espèce, l'aliéné avait eu la *volonté* de se donner la mort. Or cette preuve n'avait pu être faite par la compagnie.

Nous n'avons pas alors mentionné ce jugement parce qu'il était à notre connaissance qu'une cause analogue devait être prochainement portée devant la justice, et que l'avocat de la compagnie comptait y soutenir un principe opposé à celui qui avait prévalu. Mais nous apprenons qu'une transaction vient d'intervenir et que le procès n'aura pas lieu.

De l'avis de beaucoup de personnes, la jurisprudence plusieurs fois suivie par le tribunal civil est contestable. Rien dans les polices d'assurance, au moins dans celle que nous connaissons, n'autorise à prétendre que l'annulation du contrat soit subordonnée au caractère *volontaire* du suicide et non au suicide lui-même. La preuve en est que l'assurance est de nul effet quand la mort de l'assuré est *imputable au bénéficiaire du contrat* ou qu'elle résulte d'une *condamnation*.

judiciaire. « Il en est de même, ajoutent la plupart des polices, si la mort a lieu par suite de duel ou de suicide. » Nulle part il n'est spécifié que le suicide doit être volontaire.

Quelle est la situation des compagnies vis-à-vis des contractants? Les contrats ont pour base, convenue entre les parties, d'abord les tables mortuaires qui permettent de calculer la durée probable de la vie aux différents âges; puis l'examen médical, établissant les chances de vie ou de mort que peut offrir chaque assuré dans l'état actuel de sa santé. Il est évident que tout fait accidentel qui ôte la vie à l'assuré change les conditions du contrat. Les compagnies cependant acceptent ce risque et le subissent en mille circonstances (blessure, empoisonnement, submersion, etc.), hors les cas réservés par les polices. Ces réserves sont-elles destinées uniquement à déjouer les calculs intéressés? Non, puisqu'elles s'appliquent à la mort subite comme peine capitale. L'interprétation du tribunal tend donc à assimiler le suicide d'un aliéné au fait fortuit, à l'accident, uniquement parce que le suicidé n'a pas eu la pleine conscience de l'acte qu'il accomplissait. Combien de difficultés cette interprétation soulève! Il y a des psychologues, des psychiatres, qui n'admettent pas de suicide sans aliénation au moins momentanée: qu'un juge soit de cet avis et il sera conséquemment envers lui-même s'il raye tout suicide, même celui qu'on appelle volontaire, du nombre des causes d'annulation de contrat. Il y a aussi des intervalles de lucidité dans la folie. Un homme a eu un accès d'aberration mentale; redevenu lucide, il se tue de honte et de chagrin; il a prémédité le meurtre, il l'a accompli en pleine possession de ses facultés. Quelle tâche impose-t-on à une compagnie, en l'obligeant à prouver que ce fou toirone, réputé fou dans sa famille et dans sa ville, ne l'était plus au moment de se tuer?

Nous n'étudions pas aujourd'hui cette question dans tous ses détails, nous ne voulons qu'en faire ressortir les éléments principaux et montrer qu'elle peut laisser des doutes dans l'esprit, même après une décision judiciaire.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES. — La Commission du budget a accepté et la Chambre vient de voter un amendement de M. le docteur Clémenceau qui créé à la Faculté de médecine de Paris une chaire de clinique des maladies mentales.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — Par arrêté en date du 29 juin 1876, M. Cazeneuve, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé, pour cinq ans, doyen de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie instituée dans la même ville.

MÉDECINS RÉSERVISTES. — Nous apprenons que, à la suite des démarches actives de M. Henry Louville, le Ministre de la guerre vient de décréter que les internes des hôpitaux en médecine et en pharmacie, appartenant à la classe de la réserve, seraient dispensés du service militaire qu'on exigeait d'eux. Ils ne seront désormais appelés que s'ils peuvent être utiles comme médecins ou pharmaciens; dans le cas contraire, ils continueront leurs fonctions à l'hôpital civil auquel ils sont attachés.

Les internes apprendront avec plaisir cette nouvelle qui les dispense d'un service inutile, puisqu'une fois docteurs ils devaient servir non comme soldats mais comme médecins militaires, et qui de plus entraînait une perte de temps irréparable pour tous ceux qui concouraient pour les médailles des hôpitaux.

MÉDAILLES DÉCERNÉES À DES MÉDECINS. — Sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre de l'Agriculture et du commerce vient de décerner les récompenses ci-après désignées aux médecins qui se sont le plus distingués par leurs services, en matière d'épidémies, pendant l'année 1874.

Médaille d'or : à M. le docteur Geslin, médecin en chef de la marine, à Brest.

Médailles d'argent : à MM. les docteurs Flamarion, médecin à Nogent (Haute-Marne). — Lanza, médecin-major à l'hôpital mili-

taire de Vincennes. — Manouvrier fils, de Valenciennes (Nord). — Masse, médecin principal de 1^{re} classe. — Rollet, médecin à Lyon.

Médailles de bronze : à MM. les docteurs Claudot (Maurice), médecin-major de l'hôpital du Dey, à Alger. — Czernicki, médecin-major au 8^e régiment de dragons. — Camus, médecin aide-major au 5^e régiment de dragons. — Genoud (François), médecin à Thonon (Haute-Savoie). — Mahier, de Château-Gontier (Mayenne). — De Rengade, médecin à Paris.

STATISTIQUE. — A l'une des dernières séances de la Société médicale d'Essek (Esclavonie), un des membres de la Société, M. le docteur Kaliwoda, a lu un mémoire intéressant sur le rapport entre le nombre des crimes et l'abondance de la récolte du raisin et des prunes, dont on fait dans ce pays une boisson connue sous le nom de *subowitz*. Des faits exposés dans ce mémoire, il résulte que, dans les années favorables, le chiffre des crimes contre les personnes croît d'une manière extraordinaire. Ainsi, en janvier 1871 (l'année 1870 avait été une année fructueuse), on compta 38 de ces attentats, tandis que dans les mois correspondants de 1872 (en 1871, les raisins et les prunes n'avaient pas été abondants), on n'en constata que 15. Les années 1871, 1873 et 1874 ne furent pas favorables à ces deux espèces de fruits, d'où la conséquence qu'au mois de janvier de l'année 1873 on ne releva que 10 cas de ce genre, et en janvier 1874 et 1875 que 7. Au contraire, les mois de septembre et d'octobre 1875 ayant été favorables, on a eu à constater, pendant cet espace de temps, 38 à 48 crimes.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret que notre honorable confrère, M. le docteur Buquoy, vient d'avoir la douleur de perdre son père, le docteur Buquoy, décédé à Péronne dans sa soixante-dix-huitième année. Médecin très-apprécié, d'une haute intelligence et d'un dévouement incomparable, il était médecin des épidémies de l'arrondissement de Péronne depuis 1826, c'est-à-dire depuis cinquante ans. C'était probablement le doyen des médecins des épidémies en France.

— Trois membres distingués de la profession médicale viennent de mourir en Angleterre: John Webster connu par de nombreuses publications sur l'hygiène hospitalière et le traitement des aliénés, vient de mourir à Saint-Andrew, à l'âge de quatre-vingt-un ans. Frederick Tothill, attaché à l'hôpital des enfants malades de Golden square et chirurgien de la Police de Londres. John Ringland, de Dublin, ancien professeur d'accouchement à l'école de médecine de Ledwich et fellow du Collège des médecins de Dublin.

État sanitaire de Paris :

Du 21 au 27 juillet 1876, on a constaté 893 décès, savoir :

Variole, 5. — Rougeole, 39. — Scarlatine, 3. — Fièvre typhoïde, 21. — Erysipèle, 8. — Bronchite aiguë, 18. — Pneumonie, 38. — Dysentérie, 8. — Diarrhée cholérique de enfants, 54. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 4. — Angine couenneuse, 7. — Group, 13. — Affections puerpérales, 3. — Autres affections aiguës, 253. — Affections chroniques, 332, dont 147 dus à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 59. — Causes accidentelles, 33.

SOUMMAIRE. — PARIS. Académie de médecine: Des crises néphrétiques dans l'œdème locomoteur progressif. — Le spirochète de M. Weill. Le traitement de l'asphyxie par submersion. — Appel aux médecins-députés. L'isolement des maladies contagieuses dans les hôpitaux. — HISTOIRE ET CRITIQUE. Étude sur les principaux tumeurs. — TRAVAUX ORIGINAUX. Pathologie interne: De l'œdème péricardio-pleurique progressif. — CORRESPONDANCE. L'huile de Croton et la teigne. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de thérapeutique. — REVUE DES JOURNAUX. Sur l'œdème profunde par les injections du chérel dans les veines. — Contribution à l'histoire médicale de la foudre. — BULLÉTONS. De l'œdème, oligoœdème, œdème, de ses divers formes et de son traitement. — Étude physiologique et pathologique sur les injections intra-veineuses. — VARIÉTÉS. Assurance sur la vie, aliénation, suicide.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOUCQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 10 août 1876.

Académie de médecine : L'EXTIRPATION SOUS-PÉRIOSTÉE DU CALCANÉUM : M. OLLIER. — L'ASSOCIATION MÉDICALE ANGLAISE ET SON CONGRÈS DE 1876. — LES MÉDECINS DE LA RÉSERVE DE L'ARMÉE ACTIVE.

Extirpation sous-périostée du calcaneum.

L'ablation totale du calcaneum est une des opérations les plus discutées, et durant ces dernières années dans les sociétés ou dans diverses publications les critiques se sont renouvelées à chaque opération nouvelle.

Malgré les résultats relativement favorables que Polaillon a fait connaître dans son article du DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE, l'ablation du calcaneum n'a pas été acceptée comme une opération réellement utile par un certain nombre de chirurgiens, et en particulier par MM. Le Fort et Alphonse Guérin. Cependant des travaux plus récents, de nouvelles opérations permettent une appréciation à la fois plus exacte et plus favorable de l'extirpation du calcaneum, en même temps qu'elles établissent les indications les plus avantageuses pour l'opération : nous voulons parler des mémoires de M. Rigaud, de M. Ollier et de la monographie de M. Vincent (*De l'ablation du calcaneum*. G. Masson, Paris, 1876). Ce dernier travail, très-complet, renferme sur l'ablation sous-périostée de cet os, des indications inspirées par M. Ollier, dont l'intérêt vient d'être mis en relief par la communication que le savant chirurgien de Lyon a faite à l'Académie.

L'extirpation du calcaneum considérée en général, ne donne pas des résultats statistiques suffisamment démonstratifs. En effet, bien que sur 69 cas M. Vincent compte 49 succès dont 2 excellents, statistique peu différente de celle de Polaillon; bien que M. Rigaud ait eu 10 succès sur 12, ces résultats

n'avaient pas entraîné la conviction de la généralité des chirurgiens. Il n'en sera plus de même si l'on envisage, avec M. Ollier, l'extirpation du calcaneum pratiquée par la méthode sous-périostée dans les conditions où cette opération est formellement indiquée. En effet, M. Vincent sur 23 cas signale 15 succès; 6 revers comprenant 3 morts et 3 amputations; 13 régénérations osseuses plus ou moins parfaites. Si, de plus, on tient compte de l'âge, on voit qu'il n'y a pas eu de revers au-dessous de 20 à 30 ans, mais de 30 à 40 ans les revers l'emportent sur les succès.

Ces chiffres établissent d'eux-mêmes quelques-unes des indications de l'extirpation, c'est-à-dire que celle-ci est une opération bonne surtout dans l'enfance et l'adolescence.

Nous ne reproduisons pas ici toutes les conclusions du mémoire de M. Ollier, il nous suffit de constater quelques faits qui paraissent acquis en faveur de l'extirpation du calcaneum par la méthode sous-périostée. C'est en premier lieu la possibilité d'une régénération complète, non pas au point de vue de la forme des surfaces articulaires et de la disposition des ligaments, mais une régénération osseuse du calcaneum qui forme avec les autres os une synchondrose suffisante pour permettre les mouvements du pied, avec la force et la sûreté nécessaires au rétablissement de la fonction.

Un second point sur lequel a insisté M. Ollier est le moment où l'on doit opérer : il convient d'agir lorsque l'ostéite s'étend à la totalité du calcaneum, et en particulier lorsque, dans les cas d'ostéo-périostite phlegmoneuse, les articulations calcaneo- astragaliques sont envahies. En dehors de ces cas il est plus rarement utile d'intervenir en extirpant le calcaneum; dans la carie, la nécrose et les traumatismes par exemple, l'ablation partielle ou d'autres moyens peuvent être suffisants.

Ainsi envisagée dans son indication la plus précise, l'extirpation du calcaneum par la méthode sous-périostée est une

FEUILLETON

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Leçons sur l'hygiène et la prophylaxie des maladies vénériennes.

(Suite. — Voyez les numéros 29 et 30).

Messieurs, nous avons vu dans la dernière leçon comment les anciens, par des pratiques universellement adoptées, imposées d'abord par des lois religieuses, transformées ensuite en habitudes inconscientes, s'étaient mis en partie à l'abri de la contagion immédiate ou médiate des maladies virulentes à contagion fixe, et plus particulièrement des maladies vénériennes.

Ils évitaient soigneusement le contact des individus souillés ou même le contact des objets qui avaient été touchés par ces

individus; ils imposaient à une seule main le soin des organes où peut s'attacher l'impureté et mettaient cette main en interdit. Les anciens n'avaient pas la pudeur, assurément, mais ils avaient la réserve du corps, ils avaient horreur de cette promiscuité banale pour laquelle nous n'avons peut-être pas une suffisante répugnance. Il était un point sur lequel la rigueur de cette réserve devait nécessairement fléchir; ils ne pouvaient pas et ne désiraient pas s'affranchir de la fatalité des rapprochements sexuels. Là était le danger, car la femme est le réceptacle de l'impureté. Quelques-uns, les Orientaux surtout, chercheraient à se prémunir contre ce danger en mettant la femme à l'abri des souillures qu'aurait pu la transformer en foyer de contagion : ils lui imposeraient la claustration et n'admirent que des eunuques à son service. Si ce ne fut pas là l'origine des gynécées, ce fut assurément la principale raison d'être des harems et des sérails. Ainsi les asiatiques, sans rien sacrifier de la multiplicité et de la diversité de leurs appétits sexuels, étaient arrivés à leur donner

opération qui s'impose; les cas d'application ne seront probablement pas très-nombreux chez l'adulte, comme l'a fait remarquer M. Gosselin, mais chez les enfants et les adolescents cette opération permettra probablement d'obtenir des guérisons que d'autres moyens seraient impuissants à procurer.

M. Verneuil a cité des exemples de ce genre, et il a judicieusement fait remarquer que des faits récents tendent à démontrer la possibilité et l'utilité des résections totales dans l'ostéo-périostite phlegmoneuse.

A. H.

L'Association médicale anglaise et son congrès de 1876.

Le 4^e Congrès annuel de l'Association médicale anglaise n'est pas encore terminé au moment où nous écrivons et il nous est par conséquent impossible de donner un compte rendu détaillé des transactions scientifiques qui constituent la partie la plus intéressante de ce meeting. Nous pouvons cependant, d'après l'aspect général des premières séances dans lesquelles ont été lues les adresses inaugurales, formuler dès aujourd'hui quelques appréciations sur cette grande fête scientifique.

On avait pu craindre un instant que la modeste ville de Sheffield n'eût pas le prestige nécessaire pour attirer dans ses murs un nombre considérable de membres de l'Association, mais l'événement n'a pas justifié ces prévisions, car le meeting de 1876 a surpassé en importance celui de Norwich (1873) et a au moins égalé celui d'Edimbourg dont nous avons rendu compte à nos lecteurs l'année dernière à pareille époque. Devons-nous attribuer ce succès à l'influence personnelle de sir Robert Christison, le président élu pour 1876, ou à la présence d'autres membres éminents de la profession médicale? Nous ne saurions le dire; toujours est-il que l'Association des médecins d'Angleterre a donné une nouvelle preuve de sa force et de sa vitalité et a puisé dans cette imposante manifestation de nouveaux éléments de prospérité et de développement.

Le rapport du Comité administratif lu dans la séance du 1^{er} août nous fait connaître la prospérité de la Société qui compte aujourd'hui sept mille médecins anglais parmi ses membres et possède un revenu annuel de 249 000 francs dont la plus grande partie est employée à la publication d'un

journal qui occupe le premier rang parmi les recueils scientifiques de la Grande-Bretagne (*British medical Journal*). Une somme assez considérable est affectée à des donations destinées à encourager les recherches scientifiques.

L'Association est divisée géographiquement en trente branches qui fonctionnent séparément dans les différents comtés de l'Angleterre, subviniement à leur entretien, organisent leurs meetings d'une manière indépendante et nomment des délégués dont la réunion constitue le *Conseil général*. Le rôle social qu'a joué l'Association pendant ces vingt dernières années est considérable; c'est à son influence qu'on doit la création du *Medical Council* et la plupart des grandes réformes contenues dans le *Medical Act* de 1858; une *Commission parlementaire*, choisie dans son sein s'occupe exclusivement de défendre les droits de la profession devant le Parlement; c'est cette commission qui lutte depuis deux ans contre les antivivisectionnistes et qui est parvenue à faire accepter par le gouvernement le *bill* dont nous avons déjà parlé sur la pratique des vivisections (*Gaz. hebdomadaire*, 25 février 1876); on le voit, il n'exista sur le continent aucune corporation scientifique dont l'importance puisse être comparée à celle de l'Association anglaise.

Mais revenons au congrès de Sheffield. Dans son adresse inaugurale M. Martin de Bartolomé, le président élu pour 1876-77, a abordé les grandes questions relatives à l'hygiène des grandes villes manufacturières de l'Angleterre. La ville de Sheffield a été plus particulièrement l'objet de son attention. L'orateur a étudié ensuite la question des officiers de santé (*Medical officers of health*) et a exprimé le vœu que les médecins chargés dans chaque district du soin de la santé publique aient une existence plus indépendante et ne soient pas soumis aux caprices et à l'arbitraire des autorités locales. Il faudrait pour cela une législation spéciale qui fixe les attributions de ces médecins et les place sous le contrôle direct de l'autorité centrale.

L'adresse en médecine lue par M. Sieveking retrace les progrès de l'art médical en Angleterre et particulièrement ceux de l'Association Britannique depuis 1832, époque où elle fut fondée par sir Charles Hasting. Nous reviendrons sur ce document ainsi que sur l'adresse en chirurgie dans le compte rendu détaillé des travaux scientifiques du meeting. Nous avons seulement voulu, par ces quelques lignes, donner une idée de ce grand congrès, dont les résultats scientifiques et professionnels ne peuvent manquer d'être considérables.

D^r LUTAUD.

satisfaction sans crainte de danger en en cherchant la réalisation dans l'intérieur de la famille; ce fut là le plus clair résultat de la polygamie et de la séquestration des femmes.

Pour ceux qui ne se contentaient pas de cette prostitution familiale; pour les individus auxquels leur fortune ne permettait pas la multiplicité des épouses; pour les peuples dont les mœurs n'autorisaient pas la polygamie; pour ceux enfin qui, n'ayant pas de famille ou voulant respecter leur foyer, ne renonçaient pas pour cela aux satisfactions raffinées des sens, le danger restait entier. Décidés, malgré le péril, à s'exposer à la contagion, ils voulaient la rendre plus difficile ou plus rare en recourant par la circoncision l'organe viril moins vulnérable ou en éloignant l'impureté, avant qu'elle ait pu agir, à l'aide des ablutions pratiquées après le coit.

La prophylaxie moderne, s'inspirant de ces procédés anciens, a réalisé en la spécialisant cette double indication. Elle n'a pas imposé à tous des moyens de préservation qui ne pouvaient être profitables qu'aux libertins, mais elle n'a pas

négligé d'enseigner à ceux qui s'exposent au mal les moyens d'en prévenir les effets. Les conseils des médecins, l'ingéniosité des industriels ont remplacé les injonctions sacerdotales. Les pratiques de la prophylaxie moderne ont ainsi perdu le caractère d'universalité qu'elles avaient dans l'antiquité; elles ne sont plus qu'une règle de conduite personnelle. Deux innovations caractérisent cette prophylaxie moderne: l'usage du condom, l'emploi des applications préservatrices.

De même que les anciens, après le ponçage, pratiquaient des onctions sur la peau, les libertins modernes ont imaginé d'enduire la verge avec un corps gras: certaine variété de céral est fréquemment affectée à cet emploi. Le moyen est excellent mais il n'est pas certain; très-souvent efficace contre le chancre simple et la syphilis, il est nul contre la blennorrhagie. On s'ingénia pour trouver mieux, on voulut protéger complètement le pénis par une enveloppe imperméable, par une sorte d'épiderme supplémentaire; on fit usage de cet éui

Les médecins de la réserve de l'armée active.

Plusieurs de nos confrères, appelés par leur âge à faire partie de la réserve de l'armée active et astreints à prendre part aux manœuvres d'automne prescrites par les règlements militaires, se sont émus de la nouvelle que nous annonçons dans notre dernier numéro (*Gaz. hebdomad.*, p. 496). Pour quels motifs, nous demandent-ils, les internes des hôpitaux sont-ils dispensés du service militaire, alors que plusieurs docteurs en médecine, malgré toutes les démarches qu'ils ont pu faire, n'ont point obtenu d'être inscrits sur les cadres de la réserve de l'armée active comme médecins et non comme soldats. Si, dans un but essentiellement louable, on n'appelle les internes en médecine que dans le cas où ils pourront être utiles comme médecins, pourquoi ne pas exempter du service actif ceux des docteurs en médecine qui, retenus par les soins de leur clientèle, rendent d'incontestables services aux populations au milieu desquelles ils sont appelés à vivre? — Nos jeunes confrères, en sollicitant la faveur de servir comme médecins et non comme soldats, soutiennent une thèse des plus justes et nous ne doutons pas que, sur ce point, l'administration de la Guerre ne leur donne pleine et entière satisfaction. Nous engageons donc tous ceux d'entre eux qui sont en ce moment dans la situation de nos correspondants, à adresser au plus tôt au général commandant le corps d'armée auquel ils appartiennent, une nouvelle demande expliquant avec précision pour quels motifs ils réclament le bénéfice des avantages obtenus par M. H. Liouville en faveur des internes des hôpitaux. L'année dernière déjà plusieurs jeunes docteurs ont été exceptionnellement maintenus dans leurs foyers au moment des grandes manœuvres; cette année-ci le nombre des dispensés sera, nous l'espérons, plus considérable encore. On nous affirme d'ailleurs que tous les appelés, s'ils sont docteurs en médecine, serviront comme médecins et non comme soldats. Le vrai motif à faire valoir pour obtenir une semblable faveur nous paraît être la situation toute spéciale créée par la loi aux étudiants et aux docteurs en médecine. Appelés à servir éventuellement, en cas de guerre, comme médecins, ceux-ci n'ont point eu à se préoccuper du soin de passer les examens nécessaires pour obtenir un grade dans la réserve de l'armée active ou dans l'armée territoriale. Aucun examen n'a été, en effet, institué jusqu'à ce jour pour obtenir le grade de médecin réserviste, et par conséquent on ne saurait assimiler nos jeunes confrères à ceux qui, grâce à l'exa-

men prescrit pour les autres armes spéciales ont pu obtenir le grade d'officier.

Il ne faudrait point toutefois s'exagérer les charges que ce service de vingt-huit jours imposerait aux médecins dont les réclamations légitimes seraient repoussées par l'administration de la guerre. Incorporés dans quelques-uns de nos grands hôpitaux militaires, astreints à suivre la visite des médecins traitants, initiés par eux au fonctionnement du service de santé de l'armée et aux règlements militaires, ils se trouveraient comme l'ont été l'année dernière quelques jeunes médecins, dans une position bien préférable à celle des avocats, architectes ou négociants astreints à suivre, comme simples soldats, les exercices d'un corps d'armée ou à obéir dans un fort aux commandements d'un officier instructeur. Il sera assez difficile, avant deux ou trois ans, avant surtout que la loi sur l'administration de l'armée ait défini les attributions des médecins militaires, d'organiser dans la réserve de l'armée active un corps de médecins auxiliaires, et nous ne pensons pas que, cette année-ci, on organise dans les corps de troupe ou dans les ambulances volantes qui suivront les manœuvres d'automne un corps spécial de médecins réservistes. Nous ne pouvons donc que recommander à nos jeunes confrères un peu de patience en les engageant cependant à faire valoir dès aujourd'hui les titres que leur donne le diplôme qu'ils possèdent, pour obtenir la faveur, soit d'échapper à la loi qui les appelle sous les drapeaux, soit de remplir dans les hôpitaux militaires des fonctions à peu près analogues à celles qui sont imposées aux médecins aides-majors de 2^e classe.

HISTOIRE ET CRITIQUE

ÉTUDE SUR LES PRINCIPAUX TËNICIDES.

(Fin. — Voyez les numéros 29 et 31.)

Parmi les médicaments ténicides qui ont donné à divers médecins de nombreux succès, nous devons encore citer la *graine de semences de courge*. Tous ceux qui en font usage ne manquent pas de déclarer, ce que nous ne pouvons contester, que les autres ténifuges et même la décoction de racine de grenadier sont d'un goût détestable, qu'ils peuvent déterminer de la diarrhée, des vomissements, parfois même des accidents assez graves (Soubeiran). La graine de semences

de boudrouche qui fut, dit-on, inventé par Condom au commencement du xviii^e siècle. Son efficacité est indubitable, mais elle n'est pas absolue : il laisse sans défense le pubis et le scrotum, et l'on a fait remarquer avec raison que sa substance n'est rien moins qu'imperméable. En effet, la boudrouche n'est pas imperméable, mais elle agit à la façon d'un filtre; or, cette condition physique pourrait être considérée comme suffisante. Van Roosbroeck pensait que la virulence était attachée à des corpuscules, et l'on a admis pendant quelque temps que les globules de pus étaient les vecteurs du virus. M. Rollet a cru donner une démonstration de cette hypothèse; il a prouvé seulement l'innocuité du sérum de pus chancereux qu'on a privé de particules solides; ce pus, déposé sur une feuille de papier joseph, laisse sourdre sur la face opposée une humeur amorphe qui, inoculée à la lanette, n'a jamais engendré la pustule chancereuse. On pourrait donc dire que si la boudrouche est perméable à la façon d'un filtre, elle ne cesse pas pour cela d'être une suffisante garantie;

mais elle est sujette à des éraillures, à des déchirures qui rendent toute protection illusoire. L'industrie a répondu à tout : on m'a dit qu'elle avait substitué à la boudrouche le caoutchouc soufflé.

Astruc a fait la critique de cet appareil protecteur. « Un ancien demandait avec assez de raison, dit-il, si l'on ne devait pas mettre au rang des morts ceux qui naviguent en pleine mer, puisqu'ils ne sont séparés de la mort que de l'épaisseur d'une planche de quatre doigts. Ne peut-on pas demander, de même, s'il ne faut pas compter parmi les gens infectés ceux qui ne se trouvent éloignés de l'infection que de l'épaisseur d'une peau mince, poreuse, facile à pénétrer et le plus souvent déchirée? » Puis, faisant remarquer que le pubis et l'aine sont exposés, il ajoute : « Que servirait-il autrefois à Achille d'être invulnérable par tout le reste du corps, puisqu'il ne l'était pas au talon? Les perfectionnements industriels ont répondu à la première partie de cette critique. Quant à la seconde, je crois qu'il est bon nombre de mes

de citrouille ne donne, au contraire, ni coliques, ni nausées; ce médicament enfin est très-peu coûteux. Il est connu depuis 1683 (Tyson) comme un excellent ténifuge. Pour être assuré d'agir avec efficacité, il suffit, disent la plupart de ceux qui la recommandent, de soumettre la veille de la cure le malade à une diète assez sévère et de lui administrer une petite dose d'huile de ricin. Le lendemain on fait pilier dans un mortier, avec une quantité suffisante de sucre, 10 à 30 grammes de semences mondées de leurs enveloppes; on ajoute à la pâte ainsi formée la valeur d'une tasse de lait et l'ingestion de ce liquide détermine rapidement, dit-on, l'expulsion du ténia. Nous avons peine à le croire; car ce procédé, que nous ne faisons que mentionner, est essentiellement défectueux; la dose du médicament est beaucoup trop faible et les semences mondées de leur enveloppe sont souvent inefficaces. M. Archambault, qui emploie souvent le médicament à la dose de 30 grammes pour les enfants très-jeunes et de 45 grammes pour les enfants de cinq à sept ans, fait confectionner une sorte de frangipane aromatisée avec du citron ou des amandes amères. Ce gâteau est accepté par les enfants les plus difficiles et réussit très-fréquemment. Si l'on veut administrer le médicament sous forme liquide on peut, dit M. Archambault, pilier les semences de citrouille en les émoulinant, passer ce breuvage, le sucrer et l'aromatiser au gré du malade. Il est d'ailleurs toujours utile de faire avaler une heure plus tard une dose de 10 à 20 grammes d'huile de ricin. M. Archambault a obtenu de nombreux succès par cette méthode; elle est très-recommandable en raison de la facilité avec laquelle les enfants acceptent le remède; mais il importait, pour réhabiliter définitivement le médicament dont il est ici question, de rechercher avec soin quel est le principe actif de la graine que l'on emploie. C'est ce qu'a tenté tout récemment, dans un travail encore inachevé et inséré au JOURNAL DE THÉRAPEUTIQUE (1876, p. 161), M. E. Heckel (de Nancy). Reproduisant les chiffres cités par M. Regnaud, qui prouvent que la consommation de la graine de semences de courges diminue ou reste stationnaire, tandis que celle des autres ténicides augmente, M. Heckel s'est efforcé, en recherchant quel est le principe actif du médicament, d'expliquer pourquoi et dans quels cas il reste inefficace. « Les graines de courges sont formées, en allant de l'extérieur vers l'intérieur, par un périsperme composé de quatre enveloppes bien distinctes entourant l'embryon muni de deux gros cotylédons huileux..... Les deux premières enveloppes s'enlèvent bien par la décortication quand on a soin de la faire après la

dessiccation des graines au soleil ou à l'ombre; quand, au contraire, cette opération se pratique à l'état frais, on enlève avec les deux premières la troisième couche blanc sale et la quatrième, de couleur verte... C'est cette quatrième couche, très-ténue, papyracée, d'un vert plus ou moins foncé, qui contient, d'après M. Heckel, le principe ténifuge le plus important. Ce qui lui semble le prouver, c'est qu'on obtient l'expulsion du ténia en donnant cette pellicule isolément. Dans une lettre qu'il nous adressait il y a quelques jours, M. Heckel va même plus loin en admettant que l'enveloppe verte de l'amande est aussi active que celle-ci et que d'ailleurs l'amande est ténicide indépendamment de l'huile qu'elle renferme; celle-ci, dit-il, ne serait réellement efficace que lorsqu'on l'a obtenue par pression des graines enveloppées de leur endoplevre. Nous avons tenu à reproduire le résultat des expériences de M. Heckel. Il nous paraît, en effet, très-important de savoir pourquoi la semence de courge réussit dans certains cas et reste inefficace entre les mains de plusieurs de ceux qui cherchent à en faire usage. Il eût été très-utile d'établir que les semences de courge décortiquées après dessiccation, c'est-à-dire encore munies de leur endoplevre verte, sont actives, tandis que les semences décortiquées étant encore fraîches, et par conséquent dépourvues de leur endoplevre, sont inefficaces. Malheureusement de nombreuses expériences ont montré, dans d'autres cas, l'inefficacité absolue du périsperme des semences de courge et d'autre part l'efficacité très-réelle des amandes mondées et absolument débarrassées de leur enveloppe. C'est du moins ce qu'affirment plusieurs médecins et pharmaciens aussi éclairés que consciencieux; c'est ce qu'a prouvé à MM. Vigier une longue et minutieuse expérimentation. Que conclure de cette étude, sinon qu'il est surtout avantageux d'employer, comme le recommandent MM. Vigier, la graine tout entière, périsperme et amande? Il est démontré que son action ne saurait être nuisible; en ne rejetant aucune des parties du médicament on sera de plus assuré de ne point s'exposer à ne se servir que des parties les moins actives du médicament. Mais il y a plus: il faut, si l'on veut réussir, soumettre le sujet à une diète assez sévère la veille et le matin même du jour où il absorbe le ténicide; il faut qu'il prenne une dose suffisante du remède, c'est-à-dire 60 à 80 grammes de semences sèches, ce qui correspond à près de 200 grammes de semences fraîches; il faut enfin que deux ou trois heures après l'ingestion du vermicide le malade prenne encore 45 à 60 grammes d'huile de ricin. En observant toutes ces précautions, on réussira souvent; mais il faut bien

contemptrains qui seraient enchanlés d'être à l'abri de la vérole partout ailleurs que par le talon.

Je suis peu touché par cet argument que le condom émousse la volupté, mais je dois m'arrêter à cet autre grief: il empêche la procréation. Assurément il est immoral et antifisocial de propager des pratiques qui, tout en donnant satisfaction à l'instinct sexuel, rendent la génération impossible. Mais en laissant de côté le mobile, le résultat est-il si préjudiciable? La société a-t-elle grand intérêt à ces naissances; n'a-t-elle pas à redouter plutôt qu'à souhaiter que de pareils accouplements fructifient? Les fruits de la prostitution banale, engendrés dans de telles conditions, élevés par de telles mères, sont presque toujours un danger public. Si donc je ne considérais que le résultat matériel de ces pratiques, je n'y verrais pas assurément un encouragement à leur emploi; au moins je m'en affligerais médiocrement. Ce qui me touche plus que l'obstacle à la conception, c'est que ces moyens préservatifs baissent du rapprochement sexuel l'idée même de la pro-

création. Si dans les embrassements de l'homme et de la femme cette idée de la génération ne reste pas présente comme une promesse ou comme un menace, le coït n'est plus qu'une masturbation vaginale; tout ce réduit, dans l'acte sexuel, à la réalisation d'une sensation voluptueuse sur la friction de l'organe viril contre une surface adaptée à sa forme et renforcée d'un appareil musculaire. Alors pourquoi pas la masturbation simple ou le coït buccal; pourquoi pas la pélétrastie, pourquoi pas même la sodomie? Car telle est la pente: supprimez des relations sexuelles la possibilité de la génération, enlevez cette crainte à défaut de cette espérance, l'homme sort des voies de la nature; son imagination cherche, sa curiosité réalise des procédés bizarres, puis monstrueux, tant qu'enfin, après les accouplements sans nous, il peut tomber dans les abominations de Tibère, dont la vieillesse fétrique cherchait la satisfaction de ses débauches inaudites jusque dans les entrailles de nouveau-nés éventrés: car la luxure engendre la cruauté. Mieux vaut, messieurs, pour

avouer qu'on ne sera point certain de réussir toujours. Cependant la graine de courges est ténicidé, et sous ce rapport elle est à certains égards plus avantageuse que l'écorce de racine de grenadier, qui n'est que ténifuge.

Il nous reste à mentionner un médicament dont nous avons pu fréquemment apprécier l'efficacité et dont le mode d'administration est des plus aisés : nous voulons parler de l'extrait éthéré de rhizome de fougère mâle. L'efficacité de la fougère mâle contre le ténia a été signalée de toute antiquité, et l'on sait qu'en 1776 le gouvernement français crut devoir acheter au prix de dix-huit mille livres le remède de Nouffer, qui, administré avec mystère à Morat, en Suisse, ne réussissait que grâce à la poudre de fougère mâle qui entraînait dans sa composition. Depuis cette époque, un assez grand nombre de pharmaciens, et surtout Peschier (de Genève), ont insisté sur les précautions qu'exigeaient la récolte de la plante et sa conservation. Nous croyons devoir rappeler très-succinctement quelques-uns de ces préceptes trop souvent négligés et dont à l'école de Hirtz et de Hepp (de Strasbourg), nous avons bien fréquemment appris à reconnaître l'importance. La récolte de la fougère mâle doit être faite à la fin de l'été, alors que les bourgeons ont acquis leur maturité. Il importe de choisir les rhizomes de l'*Asplenium filix mas*, qu'on ne confondra pas avec d'autres espèces; on prend les baies des frondes et les parties du rhizome qui ont une coloration vert pistache franche. On rejetera donc ce qui est noir ou fibreux. Les portions recueillies seront séchées à une température de 35 degrés ou 40 degrés au maximum. Au bout de six à huit jours, on les pulvérisé et on les conserve dans un flacon bien bouché et à l'abri de la lumière, de manière à diminuer l'évaporation. La poudre, qui doit avoir une belle teinte verte, est ensuite épuisée dans un appareil à déplacement (appareil de Guibourt) avec de l'éther absolu; on évapore la liqueur au bain-marie jusqu'à disparition de toute trace d'éther, et l'on obtient ainsi une huile épaisse, verdâtre, d'une odeur légèrement aromatique. Cet extrait contient à la fois la matière résineuse, qui forme au fond du vase un dépôt jaune brun, tandis que l'huile, de couleur verte, surnage. En mélangeant les deux parties on a un liquide d'une coloration vert foncé, et qui a la consistance d'une huile épaisse. C'est ce mélange qui seul est actif. Il faut donc avoir soin de bien agiter le flacon chaque fois que l'on est appelé à s'en servir. Un ancien élève de Hepp, M. Kirn rappelle, dans une lettre adressée à M. Constantin Paul, tous ces détails, déjà signalés dans la thèse de Jobert (Strasbourg, 1869). Il indique quelques observations

qui prouvent l'efficacité de la préparation qu'il recommande à l'exemple de ses maîtres. L'extrait éthéré de fougère mâle, que nous avons souvent employé et vu prescrire avec succès, se donne, en capsules ou en bols, à la dose de 2 à 4 grammes pour les enfants et de 6 à 9 grammes pour les adultes. Les enfants ont quelque peine à avaler le médicament sous quelque forme qu'on le leur présente. Il n'en est pas de même des adultes, et l'on réussit presque toujours, sans qu'il soit nécessaire de soumettre le patient à un régime spécial, à les débarrasser de leur ténia. Plusieurs médecins ont cependant recommandé quelques précautions que nous devons mentionner. Ainsi Trouseau et Pidoux conseillent de procéder comme il suit : Premier jour. Diète lactée très-sévère. — Deuxième jour. Le matin, à jeun, 4 grammes d'extrait éthéré de racine de fougère mâle en quatre doses avec un quart d'heure d'intervalle. — Troisième et dernier jour : 4 grammes d'extrait éthéré comme la veille; un quart d'heure après le dernière dose 50 grammes de sirop d'éther pris en une seule fois; une demi-heure plus tard, un looch blanc avec addition de trois gouttes d'huile de *Croton tiglium*. D'autres, en plus grand nombre, se bornent à conseiller un purgatif deux ou trois heures après l'administration de l'huile éthérée de fougère mâle; quelques-uns lui associent l'éther, d'autres le calomel, et c'est ainsi que M. C. Paul fait préparer des cachets contenant chacun 50 centigrammes d'extrait éthéré de fougère mâle et 40 centigrammes de calomel; le malade prend en une heure seize de ces cachets.

Nous recommandons surtout les capsules ou les bols composés d'extrait éthéré; ceux-ci pourront être préparés en mélangeant à parties égales l'extrait éthéré et la poudre de rhizome de fougère. On enveloppe d'une légère couche de gélatine le bol ainsi confectionné et l'on en administre de six à douze, selon qu'ils contiennent 50 ou 75 centigrammes du principe actif. Nous croyons pouvoir affirmer qu'en faisant usage d'un extrait bien préparé et en le donnant à des doses convenables le médecin évitera bien des revers et le malade bien des ennuis. Nous nous résumons donc en convenant de l'efficacité très-réelle de plusieurs ténicides. Le *coussou* et l'écorce de racine de grenadier peuvent assez fréquemment, quand ils sont bien administrés, donner des résultats favorables. Ils seront prescrits surtout aux malades adultes qui ne peuvent avaler les capsules ou les préparations pilulaires. La graine de semences de courge réussit quand on la prescrit à doses suffisamment élevées et convient surtout lorsqu'il s'agit de guérir les enfants atteints de ténia. Aux adultes, dans le

l'honneur et pour l'avenir de l'humanité, quelques millions de vétérans de plus, plutôt que cette dégradation morale qui ne va pas sans l'abaissement universel des caractères. Les peuples, comme les individus, subissent l'influence avilissante des dépravations; et sur cette pente on ne sait pas où l'on s'arrêtera, on ne sait pas si l'on pourra s'arrêter. Bien des civilisations brillantes et autrefois glorieuses ont succombé à ces vices; elles y ont perdu la dignité, l'orgueil, la soif de liberté, et après être devenues la proie du despotisme elles ont été balayées enfin par des races plus vives.

Donc ne transigeons pas; dans les limites où s'exerce notre influence combattons cette prophylaxie perfectionnée. Si l'homme veut absolument courir les aventures périlleuses du commerce avec les prostituées, ne le poussons pas aux ténérités, ne proscrivons pas les onctions, mais gâdons-nous de lui indiquer les moyens d'une protection déshonorante.

La seconde particularité de la prophylaxie moderne comprend les moyens qui ont pour but de supprimer ou au moins

de neutraliser la matière contagieuse. On s'est évertué d'abord à faire disparaître cette matière avant tout contact suspect. Uriner avant le coït, pratiquer des ablutions, même des injections, ce sont des moyens logiques mais illusoires, car ils ne sauraient supprimer la quantité minime mais très-suffisante de virus qui va être sécrétée pendant la durée de l'acte lui-même. Il serait plus profitable assurément de vulgariser la connaissance des symptômes qui permettent de reconnaître qu'une femme est dangereuse. On a signalé l'odeur, l'humidité des parties sexuelles, la présence de taches sur le linge, comme capables de préannuler ceux que la crainte, plus puissante que la passion, pourrait laisser suffisamment attentifs en pareille circonstance; on a même conseillé la recherche des ganglions du cou et de l'aîne, des macules de la peau, comme si de semblables explorations, nécessairement tardives, ne devaient pas être pour ce motif inutiles. Catherine II avait résolu la difficulté d'une façon plus pratique à l'aide de ses essayeuses.

plus grand nombre de cas, nous conseillons les capsules ou les bols d'extrait éthéré de fougère mâle.

L. LEREBoullet.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

ESSAI D'UNE MONOGRAPHIE DE LA FISTULE COLO-VÉSICALE, NON TRAUMATIQUE, par le docteur PUTEGNAT (de Lunéville).

(Fin. — Voyez le n° 30.)

Parmi les nombreux recueils de médecine et de chirurgie (*Journal des connaissances médicales*, *Journal de médecine de Lyon*, *Archives générales de médecine*, *Bulletin général de thérapeutique*, *Journal de médecine et de chirurgie de Bruxelles*, *Gazette des hôpitaux*, *Gazette médicale*, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*), que j'ai consultés, je n'ai rencontré que les trois derniers journaux qui parlent quelque peu de la fistule vésico-intestinale, non traumatique, et qui en fournissent des observations.

La GAZETTE DES HÔPITAUX, à la page 318 de l'année 1842, publie un fait, recueilli par le docteur Tavignot, dans le service de M. Briquet. Il s'agit d'un homme qui rendit des matières fécales et des gaz intestinaux par l'urètre et qui, dans ses derniers jours, fut atteint d'une gangrène, occupant l'orifice du méat et la longueur du canal urinaire. A l'autopsie, on trouva une masse cancéreuse, adhérente à l'S iliaque et à la paroi postérieure de la vessie, plus une fistule, dont l'ouverture intestinale avait 3 centimètres, et dont celle de la vessie avait une largeur d'une pièce de cinquante centimes. La paroi interne de la vessie était à l'état normal, moins un peu de rougeur à la mæqueuse du bas-fond.

La même GAZETTE a publié, en 1861 (page 370) deux observations de fistule vésico-intestinale, que voici, en abrégé :

Le docteur Wilschire a donné des soins à un homme atteint d'une fistule vésico-intestinale, résultat d'un abcès péritonéal; des gaz intestinaux et des feces sortaient par le canal de l'urètre, quand le patient se tenait debout; et seulement l'urine normale, lorsque le patient était accroupi.

Wilschire a incliné à penser que c'était le colon qui était perforé, à cause de l'odeur très-prononcée des matières fécales rendues par l'urètre. La nécropsie n'a pu être faite.

L'autre observation est due au docteur Gribb, exerçant au Canada. Il s'agit d'une femme qui, à la suite d'une diarrhée chronique, fut subitement frappée de péritonite, de vomissements incoercibles et d'une constipation opiniâtre. Trois jours après la sortie d'une grande quantité de pus, par le

rectum, il survint à cette femme une violente douleur hypogastrique et l'urine prit l'odeur bien caractérisée des matières fécales. Les feces, ajoute le docteur Gribb, étaient toujours mêlées à de l'urine, jamais à l'état solide et ne contenaient pas de gaz. Cette malade, traitée par de larges doses d'opium, des fomentations émollientes et un vésicatoire, a guéri.

Enfin, la GAZETTE DES HÔPITAUX emprunte un fait semblable à celui de Wilschire à l'ouvrage de Coulson, que j'ai cité plus haut. Le voici, mot pour mot. On rencontra une communication entre le bas-fond de la vessie et le colon, juste au-dessus d'un rétrécissement de l'S iliaque, chez un malade qui, pendant douze mois, s'était plaint de douleurs abdominales. Ce malade a rendu, dans ses urines, des matières fécales et des gaz intestinaux.

J'ai trouvé, dans la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, deux observations de fistule vésico-intestinale, rapportées succinctement.

Le docteur Painbride dit avoir vu une fistule vésico-intestinale, qui persista pendant deux années. Suivant ce chirurgien, la fistule était due probablement à un foyer purulent intra-péritonéal, ouvert dans la vessie et dans l'intestin. La mort du sujet ne fut pas le résultat de la fistule (1861, page 93).

La seconde observation, donnée par la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (1864, page 285) est due au docteur Wilschire. Le sujet est un médecin, âgé de trente-cinq ans. Sans cause connue, il vit, pendant plusieurs années, des gaz sortir par l'urètre et, de temps à autre, des matières fécales. Plus tard, le passage des gaz intestinaux par l'urètre devint très-fréquent. Pendant longtemps, la santé générale ne parut pas se ressentir de l'existence de la fistule. Enfin, arrivèrent, à plusieurs reprises, des accidents d'obstruction intestinale, auxquels le patient succomba, après avoir vécu quatorze ans avec sa fistule vésico-intestinale. Quoique l'autopsie ne fut point pratiquée, on peut affirmer, dit l'auteur, qu'il y eut un rétrécissement intestinal; que celui-ci ne fut certainement pas la cause de la fistule, puisque celle-ci s'était établie nombre d'années avant l'apparition des symptômes de l'obstruction intestinale.

Voici, en résumé, l'observation que le docteur Krachowizer a publiée, en juin 1867; dans THE MEDICAL RECORD NEW-YORK, et que la GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE a reproduite à la page 494 du tome IV, année 1867.

Obs. — Le sujet est un garçon qui, à l'âge de huit ans, extraya lui-même de son canal de l'urètre un ver encore vivant. Deux ans plus tard, me le fit observer. Quelques années après, il rendit encore un ver, long de 5 à 6 pouces, qui fut reconnu pour être un ascaride lombricoïde, et une substance gravelleuse, que l'on vit être

L'acte perpétré, la miction et l'ablation immédiates ne doivent pas être négligées. L'eau pure cependant ne suffit pas toujours, on a du rechercher des liquides prophylactiques. Certains agents physiques ou chimiques font perdre au pus virulent sa propriété contagieuse; Van Roosbroeck a entrepris cette étude. Il a vu que le pus chancreux cesse d'être inoculable par le fait de l'ébullition, qui n'est pas applicable au cas qui nous occupe; il a remarqué aussi que le chlorure de chaux supprime la propriété contaminante. C'est cette substance que M. Ducoux, un ancien préfet de police, avait fait placer ostensiblement dans les maisons de prostitution et dont il recommandait l'emploi par des instructions affichées dans chaque chambre. Cette étrange immixtion administrative paraît d'un bon naturel et pouvait être profitable; elle eut le tort de provoquer l'esprit d'opposition, qui chez nous ne perd jamais ses droits. Un ancien chirurgien de l'hospice des vénériens de Lyon, M. Rodet, a proposé un autre liquide préservatif composé de perchlore de fer, acide citrique et acide chlor-

hydrique, quatre parties de chaque pour trente-deux parties d'eau. Cette liqueur est efficace. Elle a été bien vite abandonnée, car elle laisse sur le linge des taches de rouille indélébiles qui accusaient trop clairement ceux qui en faisaient usage. On a expérimenté isolément chacune des substances qui entrent dans la composition de ce liquide, et l'on a reconnu que l'acide citrique, que l'acide chlorhydrique suffisent pour empêcher l'écllosion de la pustule d'inoculation; au contraire, les applications de perchlore de fer sont nulles. Les acides acétique, sulfurique, azotique, suffisamment dilués pour n'être pas caustiques, ont la même efficacité que l'acide citrique. Les essences, et en particulier l'essence de citron, empêchent également le développement de la pustule chancreuse; l'alcool produit le même résultat.

Il n'était donc pas besoin d'inventer des liqueurs spéciales, puisqu'on peut trouver sur toutes les tables de toilette les vinaigres et les alcools aromatiques dont la composition

des graines d'airelle. Pendant ce temps l'urine était claire. En dehors de quelques sensations pénibles le long de l'urèthre et au périnée, à divers intervalles, le malade fut assez fort pour assister, comme volontaire, à plusieurs batailles, pour guérir d'une blessure reçue à une jambe, puis pour se marier. Peu à près arrivèrent des symptômes rationnels de calculs vésicaux. Les selles devinrent liquides, abondantes et fréquentes. Souvent elles ne pouvaient être retenues, avaient une odeur urineuse, n'étaient composées que d'urine ou contenaient des mucosités, du sang et des flocons fibrineux et étaient accompagnées d'un ténésme rectal et vésical très-douloureux. Le cathétérisme ayant découvert des calculs dans la vessie, on pratiqua l'opération de la taille latéralisée, qui permit l'extraction de cinq grandes et quatre petites pierres. Le malade mourut cinq jours après l'opération.

A l'autopsie on trouva l'appendice vermiforme enfoncé dans le petit bassin et fixé, par des adhérences anciennes, à la face postérieure et latérale de la vessie. En pressant sur le colon, on pouvait faire sortir du gaz intestinal par l'ouverture vésicale de la fistule. Cette ouverture siégeait à un pouce de celle de l'urèthre droit. Elle admettait une bougie de moyenne grosseur qui arrivait dans le caecum, à travers l'appendice vermiforme. Le trajet fistuleux était long, anfractueux et fermé par une valvule, qui ne permettait pas aux matières fécales de tomber dans la vessie.

Maintenant que j'ai rapporté les observations de fistule vésico-intestinale, que j'ai trouvées dans la science (ce qui ne vent pas dire qu'il n'en existe pas d'autres), et dont deux seulement (de celle du docteur Tavignot et la mienne) appartiennent à la médecine française, je vais essayer avec leur aide de composer l'histoire de la fistule colo-vésicale non traumatique, c'est-à-dire point résultat d'une blessure causée par une balle, par un sabre, par une battonnette, un couteau, etc., accident très-rare, malgré l'affirmation du professeur Michel, qui, volontairement, confond la fistule recto-vésicale avec la colo-vésicale.

Je n'ai pas, ai-je dit, la prétention de la faire complète; mais seulement de jeter sur elle un faible rayon de lumière et de provoquer de nouvelles recherches.

Étiologie. — Les causes principales, suivant les auteurs, ou mieux, suivant les observations rapportées ci-dessus, qui peuvent produire une communication accidentelle, fistuleuse, entre le gros ou le petit intestin, d'un côté; de l'autre, la vessie, sont les suivantes :

1. **Uabcès intra-péritonéal et une pelvi-péritonite**, dont le pus se fait jour dans l'intestin (le colon de préférence) et dans la vessie. Les observations, recueillies par Wilshire, Gribb et Bainbridge en sont la preuve.

2. **Rétrécissement intestinal.** — Il est indiqué dans les deux observations reproduites par Chopart, dans celles du docteur Tavignot et la mienne.

3. **Cancer.** — On le trouve dans l'observation de M. Tavignot et dans la mienne.

4. **Pelvi-péritonite et ascariides lombricoïdes.** — Krachowizer

indique ces deux causes dans l'observation qu'il a recueillie. Mais, dans ce fait, laquelle a été la première ?

Dans mon observation, évidemment les os de grenouilles, poussés par les énergiques contractions intestinales, ont perforé l'intestin et la vessie; et si le patient eût encore vécu quelques jours, il aurait eu une ou deux perforations intestinales, marquées par les plaques gangréneuses.

5. **Cause inconnue.** — Le docteur Whimie n'a pu trouver aucune cause à la fistule vésico-intestinale, qui amena la mort de son client, médecin.

Je ferai remarquer que, parmi les sujets des huit observations que j'ai citées, l'on ne trouve qu'une seule femme. Voir l'observation de Hill, que Chopart a empruntée au JOURNAL DE MÉDECINE DE LONDRES.

Symptômes. — Les symptômes d'une communication fistuleuse, établie, d'une part, entre la vessie, de l'autre, l'iléon ou le colon, sont caractéristiques. Le malade rend, par l'urèthre, des gaz qui s'échappent pendant la miction et, quelquefois, dans ses intervalles. On peut aussi les faire partir, en appuyant au-dessus du pubis, comme le prouve mon observation et même avec un léger bruit de soufflé. Dans ce cas, ou l'on fait sortir simplement le gaz intestinal, accumulé dans la vessie, ou on le chasse de l'intestin dans la vessie et de celle-ci dans le canal de l'urèthre. Dans quelques circonstances, la vessie, irritée par la présence anormale, dans son intérieur, des produits intestinaux, se contracte subitement et avec une telle violence, que le gaz sort du méat urinaire, en causant un grand bruit (voir l'observation de Hille, reproduite par Chopart). Ces gaz ont toujours, mais plus ou moins, selon l'intestin perforé et la durée de leur séjour dans la vessie, l'odeur des gaz intestinaux. Des matières fécales sortent fréquemment aussi par l'urèthre. D'abord, elles sont rares et en petite quantité, toujours au moins demi-liquides; puis, elles peuvent devenir abondantes et être rendues chaque demi-heure (voy. mon observation). Elles sont toujours fétides. La miction, plus ou moins fréquente, suivant le degré d'irritation de la vessie, la quantité et la nature intime des gaz et des fèces que celle-ci reçoit, peut n'être que légèrement douloureuse (voyez l'observation de Krachowizer) ou ne pas l'être au début, et devenir atroce plus tard (voyez les observations de Putegnat et de Krachowizer). En général, la miction est chaude, même très-brûlante, accompagnée d'un violent ténésme vésical et anal, d'un retentissement douloureux dans les lombes, au bas du ventre, dans les aines et de nausées ou régurgitations et vomissements.

Il peut se faire (voyez l'observation de Wilshire) que les fèces et les gaz intestinaux ne sortent par le canal de l'urèthre que lorsque le patient se tient debout, et que seule l'urine normale soit rendue, quand le patient est accroupi. Dans ce

devoir faire soupçonner les propriétés prophylactiques démontrées plus tard par une expérimentation rigoureuse.

Très-diluées, ces eaux de toilette réussissent si elles sont appliquées immédiatement après le contact contaminant; plus l'ablution est éloignée du coit suspect, plus grand doit être le degré de concentration du liquide et plus prolongée la durée de son application; il en résulte que si le lavage est trop tardif il ne peut être efficace qu'à la condition de devenir douloureux et même caustique. Il vaut mieux alors recourir à une cautérisation réelle et régulière; mais dans ce cas il ne saurait être question de promener le caustique sur toute la surface des organes génitaux; il ne faut cautériser que les points suspects, ceux qui paraissent être le siège d'une écorchure, d'une érosion, même d'une simple rougeur ou d'une douleur provoquée par l'ablution à l'aide du liquide aromatique dilué. Cette pratique a été formulée et appliquée par M. Sigmund; les résultats statistiques qu'il a publiés prouvent son efficacité, puisque sur le nombre considérable d'individus

qui, après des rapprochements suspects, sont venus réclamer la cautérisation préventive, il a vu la syphilis se développer avec une fréquence d'autant plus grande que le caustique avait été appliqué plus tardivement. Il importe de connaître ce fait, qui ressort clairement de ses observations, c'est que la cautérisation préventive est efficace même deux ou trois jours après le contact infectant, mais qu'elle crée une immunité infiniment plus sûre quand elle est opérée dans les vingt-quatre premières heures.

Dans certaines limites, cette méthode peut donc mettre à l'abri de la syphilis et du chancre simple. On a voulu la généraliser et pratiquer l'injection préventive contre la blennorrhagie. Les lotions aromatiques pratiquées immédiatement après le coit suffisent pour prémunir contre cette maladie, car elles peuvent toujours pénétrer dans le méat aussi profondément que les parcelles du muco-pus contaminant; l'injection préventive ne serait donc indiquée que dans les circonstances où l'intervention prophylactique ne pourrait avoir

dernier cas, évidemment, il y a une oblitération passagère d'une partie de la fistule ou d'une de ses ouvertures, par une compression. Il peut aussi exister une valvule (observation Tavignot), qui laisse passer l'urine dans l'intestin et qui, fermée, ne permet pas aux matières intestinales de tomber dans la vessie.

L'inflammation de l'urèthre, causée et entretenue par le passage des gaz et des fèces, peut être portée à un tel point que la gangrène frappe le canal. On se rappelle que le sujet de l'observation recueillie par M. Tavignot vit son méat urinaire et tout son canal de l'urèthre frappés de gangrène.

On peut trouver au-dessus du pubis une tumeur arrondie, constituée, par la vessie, distendue ou, comme dans mon observation, par une anse du colon, située au-dessus de l'occlusion intestinale et qui simule très-bien la vessie. La pression sur cette tumeur est douloureuse et produit immédiatement un violent besoin d'uriner. Sous la percussion, cette tumeur rend un son, plus ou moins tympanique ou obscur, suivant la quantité de gaz et de liquides intestinaux qu'elle renferme.

Outre des gaz intestinaux et des matières fécales, le patient peut, dans certaines circonstances, expulser par le canal de l'urèthre quelques corps étrangers, ou introduits dans le tube digestif par la bouche, comme des os de grenouille (voyez mon observation), des graines (obs. de Krachowizer), ou nés dans les intestins, ainsi des ascariides lombricoïdes (même observation).

Le poulx, le fiécis, le sommeil, la nutrition, dans quelques cas, dès le principe, ne sont pas sensiblement modifiés (obs. Tavignot et de Krachowizer) ; mais ils le sont très-fortement lorsque la fistule s'établit brusquement à la suite de la rupture d'un abcès (obs. Gribb), d'une déchirure par des os (obs. Putegnat) ; lorsqu'une paroi de la fistule vient à se rompre et ainsi à causer un épanchement excrémentiel dans la cavité péritonéale (voyez la seconde obs. reproduite par Chopart) ; et lorsque la douleur est violente et que la gangrène du canal de l'urèthre se forme.

Quelques malades (obs. de Gribb, de Coulson et de Putegnat) se plaignent, pendant des mois, de douleurs dans le bas-ventre, avant l'établissement de la fistule. Ces douleurs sont le résultat d'une pelvi-péritonite ou d'un abcès péritonéal ou d'une diarrhée chronique (obs. Gribb) ou d'une dégénérescence cancéreuse (obs. Tavignot et Putegnat) ou d'un rétrécissement intestinal (obs. de Chopart, de Coulson, de Whinnie, de Putegnat). Dans ces circonstances, les douleurs peuvent avoir une longue durée (voyez mon observation) et même exister pendant douze mois (voyez l'ob. de Coulson et celle de Krachowizer).

Diagnostic. — Lorsque la fistule est établie ou que le patient, après avoir présenté des symptômes d'occlusion

intestinale, suite de tumeur cancéreuse dans le bas-ventre, de pelvi-péritonite et d'abcès intra-péritonéal dans le bas-ventre, vient subitement à éprouver une vive douleur dans le fond du bassin, avec retentissement dans les reins, aux aines, au bas-ventre, avec nausées, vomissements ; lorsque, à la suite de ces accidents, le malade jette des urines par le rectum, et rend, par l'urèthre, des ascariides lombricoïdes, des graines et des os avalés par la bouche, des gaz intestinaux avec ou sans bruit et des matières fécales, le diagnostic est infaillible.

Il se présente une question. Est-il possible, à l'aide de l'odeur des produits intestinaux, qui sortent par le canal de l'urèthre, d'annoncer si c'est le petit ou le gros intestin qui est rupturé ? Suivant Gribb et Wilsire, lorsque l'odeur des matières fécales est très-prononcée, on a tout lieu de penser que c'est le colon qui est perforé.

Je ferai remarquer que six fois, dans les observations que j'ai citées, on a diagnostiqué la perforation du colon et de préférence au niveau de l'S iliaque, et une fois celle de l'appendice iléo-cæcal.

Marche, durée et terminaison. — La marche et la durée sont variables, parce qu'elles sont sous l'influence des causes qui ont provoqué la fistule et qui ont plus ou moins épuisé la constitution ; sous l'influence de la largeur et de la liberté du conduit, de la quantité des gaz intestinaux, et surtout des matières fécales et corps étrangers (os, graines, vers lombricoïdes) qui tombent dans la vessie ; sous l'influence du degré de l'affection secondaire de la vessie ; enfin, sous l'influence de certains accidents, tels que gangrène de l'urèthre (obs. Tavignot), rupture d'une paroi de la fistule, entraînant un épanchement excrémentiel dans la cavité péritonéale (voyez la seconde observation reproduite par Chopart).

La terminaison la plus ordinaire de cette fistule vésico-intestinale est la mort. Cependant, un individu atteint de ce terrible accident peut non-seulement mourir d'une autre maladie, comme le prouvent les observations publiées par Whinnie, Bainbridge et Krachowizer, mais peut guérir (obs. de Gribb).

Pronostic. — Il est toujours très-grave. Cependant le degré du danger est sous l'influence de nombreuses circonstances. Ainsi, il est moins grand lorsque la perforation entero-vésicale est produite par un ver, par un abcès intra-péritonéal ; lorsque la fistule est ou armée d'une valvule qui, tout en permettant aux urines de passer dans l'intestin, ne laisse pas les matières fécales tomber dans la vessie (obs. de Krachowizer) ou établie de telle sorte (comme dans l'observation de Wilsire) que la position du patient met obstacle, par un déplacement d'organes, à la chute des matières excrémentielles dans la fistule, alors probablement comprimée, anfractueuse et étroite.

lieu qu'après un délai plus ou moins long ; mais alors la germination a commencé déjà, les corpuscules infectants ont pu cheminer ; l'injection seule pourrait les atteindre, mais elle ne les détruirait ou n'annihilerait leur action qu'à la condition d'être caustique ; alors elle serait douloureuse, elle serait irritante et produirait une uréthrite ; sous prétexte d'empêcher un mal problématique, elle provoquerait une maladie qui expose à des complications et qui n'est pas toujours éphémère, puisque, chez Swédiaur, une semblable uréthrite a duré six semaines. Il est donc préférable de réserver l'injection pour le cas où l'on verrait réellement la blennorrhagie se développer ; on agirait alors immédiatement, et au lieu d'une injection préventive d'une utilité douteuse on ferait une injection abortive pour un mal qui ne serait plus hypothétique.

Enfin, les applications préventives ayant été négligées ou s'étant montrées inefficaces, les premiers symptômes d'une maladie vénérienne apparaissent. Il y a lieu de recourir aux méthodes abortives. J'en fais ici mention, car c'est encore de

la prophylaxie. En tarissant immédiatement la source de la matière contagieuse, on met le malade à l'abri de bien des accidents, mais surtout on préserve tous ceux qui auraient pu venir ultérieurement puiser à cette source et devenir ainsi de nouveaux agents de la propagation virulente ; guérir promptement une maladie contagieuse, c'est encore faire de l'hygiène.

Dans le chancre, Hunter a formulé l'indication ; M. Ricord l'a recommandée avec insistance et l'a fréquemment pratiquée. Il faut faire la cautérisation destructive ou abortive. Pour le chancre simple, c'est la méthode par excellence ; c'est un moyen héroïque pour empêcher les accidents et la propagation du mal, et c'est au chancre simple que M. Rollet a limité la méthode en lui donnant la plus large extension. Pour le chancre syphilitique, c'est un moyen absolument illusoire ; le plus souvent, en effet, le chancre renaît sous l'eschara ; en tout cas, grâce à la longue incubation du virus, les germes ont pénétré plus loin, l'économie sera infectée et la

Le pronostic est funeste lorsque la cause de la fistule est la conséquence d'une lésion permanente : ainsi, un rétrécissement organique de l'intestin, un cancer. Ce dernier cas n'est pas aussi commun que le dit A. Bérard dans le *RÉPERTOIRE DES SCIENCES MÉDICALES* (tome XXX, page 148). Il est funeste lorsque des matières fécales, d'un côté profitant d'une large déchirure ; de l'autre, arrêtées par un rétrécissement intestinal, tombent facilement et en grande quantité dans la vessie. Le danger est aggravé par certaines complications ; ainsi, celle résultant de la présence de calculs (obs. de Krachowizer) ou d'os (obs. de Putegnat), etc., dans la vessie.

Traitement. — Le traitement doit être, suivant les circonstances, préventif, curatif et palliatif.

Le traitement préventif consiste à combattre tout accident, dont une des conséquences pourrait être l'établissement de la fistule. Les vermifuges sont indiqués lorsqu'on a reconnu la présence des ascarides lombricoïdes dans l'intestin, surtout quand il y a eu même temps une opiniâtre constipation.

La pelvi-péritonite, cause assez fréquente, comme nous l'avons dit, doit être combattue par le repos, la diète, les demi-lavements émollients, une tisane délayante, des saignées, des cataplasmes émollients et narcotiques, des vésicatoires volants, des laxatifs, des opiacés et des mercuriaux. En cas d'abcès, il faut, si cela est possible, donner issue au pus. Contre une dégénérescence cancéreuse, il n'y a que fort peu à faire : un régime doux et nutritif, des demi-lavements émollients ou laxatifs, des opiacés.

Dans le cas de cystite aiguë, voir, tout d'abord, si la vessie ne contient pas un corps étranger, formé naturellement ou introduit accidentellement, et, s'il est reconnu, en tenter l'extraction par la lithotritie ou la taille ; combattre l'inflammation aiguë, qui peut entraîner une plaque gangréneuse, par des saignées, des bains d'eau de son, des cataplasmes émollients et narcotiques, des demi-lavements émollients, des opiacés à l'intérieur, une tisane constituée soit par une infusion d'*ura ursi* ou de chénévis ou de graine de lin, soit par une émulsion d'amandes.

Dans le cas d'un rétrécissement intestinal, ordinairement, de nature cancéreuse, on doit faciliter la liberté de la circulation naturelle des matières fécales, à l'aide de lavements et de laxatifs ; défendre les aliments qui laissent beaucoup de résidus intestinaux, et d'avalier des pepins, des parties cartilagineuses.

Contre l'occlusion intestinale, soit interne, soit de cause externe, on doit recommander, suivant la cause première connue ou présumée, tous les moyens internes et externes, indiqués par les praticiens, et que nous avons rappelés, avec détails minutieux, dans notre *TRAITÉ DE L'OCCLUSION INTES-*

TINALE (1) et que l'on retrouve, en grande partie, dans la première observation de ce présent mémoire (2).

Lorsque tout traitement rationnel, dirigé contre l'oblitération intestinale, a échoué ou que la médecine est impuissante ; lorsqu'il y a menace de rupture intestinale et de mort, le chirurgien doit pratiquer l'eulérotomie. Conseillée par Manouory (en 1818), puis, en 1851, par Maisonneuve, Deionvilliers et Nélaton, dans une séance de la Société de chirurgie, où elle a été combattue par Michon, Lenoir et Morel-Lavalée, l'eulérotomie a été pratiquée, plusieurs fois, par Laugier (*Archives générales de médecine*, 2^e série, t. XI, p. 455), par Nélaton (*Thèse de Scapato*, Paris, 1854, n° 472), par Velpeau (*Clinique médicale de Trousseau*, 1862, t. XI, p. 518), par Jeal (*Gazette des hôpitaux*, 1864, n° 56), et avec un succès complet par le docteur Putegnat (*Traité de l'occlusion intestinale*, p. 24 à 30).

Il faut dire cependant que cette opération, dont le résultat est dégoûtant, ne doit être pratiquée que si l'état général du patient le permet ou laisse espérer de longs jours ; que si la cause du rétrécissement intestinal n'est point une dégénérescence cancéreuse, à marche rapide et ayant déjà envahi les parties environnantes.

Lorsque la fistule est établie, que reste-t-il à faire ? Le patient sera maintenu dans une grande propreté ; placé dans une chambre spacieuse, bien aérée et désinfectée par le chlorure de chaux ou l'acide phénique. Il faudra le tenir dans une position telle qu'on ne favorisera pas la chute des matières intestinales dans la vessie et, réciproquement, le passage de l'urine dans l'intestin. En effet, dans certains cas ou lorsque le trajet fistuleux est étroit, anfractueux, flexible, et qu'une de ses ouvertures est munie d'une valve il peut être comprimé par un organe voisin, déplacé, et ainsi il ne permet plus le passage anormal des matières excrémentielles. C'est ce que fait voir l'observation recueillie par Wilshire. On conseille des injections émollientes et narcotiques dans le canal de l'urèthre ; des demi-lavements émollients et de très-doux laxatifs, lorsque, comme on le voit dans mon observation, les matières fécales peuvent s'écouler par le rectum.

Il faut bien se garder des purgatifs, qui font pleuvoir de la sérosité à la surface de la muqueuse intestinale et de ceux qui provoquent de fortes contractions des parois de l'intestin. En effet, dans le premier cas, on augmente les produits intestinaux, et, dans l'autre, on les force à s'introduire dans la fistule.

Les aliments doivent être bien choisis. Il est nécessaire de défendre tous ceux qui engendrent des gaz et ceux qui laissent

(1) Paris, 1807. 1 vol. in-8. A. Delahaye.

(2) Parmi eux, nous nous sommes bien permis d'indiquer le procédé (qui consiste à introduire la main, par le rectum, jusqu'à dans le colon sigmoïde) employé par les docteurs Sabine et Souds (*New-York medical Record*). Il est très-douloureux et meurtri.

syphilis secondaire, que rien ne peut entraver, fournira par ses lésions multiples et persistantes des occasions de contagion plus nombreuses et plus durables que la chancère lui-même.

Pour la blennorrhagie, je vous le disais il n'y a qu'un instant, c'est l'injection abortive à laquelle on doit avoir recours. Dès la fin du XVIII^e siècle, Ch. Musitan les employait : il injectait la poudre de colomet en suspension. Cockburne, plus tard, préconisa beaucoup cette méthode et en fit de nombreuses et fructueuses applications ; mais il tint ses formules secrètes. Simons, en 1786, emploie la solution de nitrate d'argent. Ratier, en 1827, formule avec plus de précision les règles de la méthode ; il maintient la nécessité de recourir à une solution caustique et conserve le médicament de Simons ; mais il met les malades à l'abri des grandes douleurs et des accidents sérieux de la méthode en montrant qu'il suffit d'agir dans la zone de la fosse naviculaire. C'est en se conformant à ce précepte que Cullerier jeune, Carmichael, Serre et M. Ricord

ont pendant longtemps arrêté la blennorrhagie à ses débuts. La méthode cependant ne se généralisa pas. Debeney, en 1843, reprend l'examen de la question et détermine en faveur du traitement abortif un mouvement que secondent les résultats heureux de la pratique de Leriche, de Foucart, de Diday. M. Venot protesta, en 1844, au nom de ses insuccès ou des accidents qu'il avait provoqués : sur 14 cas ce praticien vit survenir 22 complications graves, uréthrorrhagies, rhumatismes, ophtalmies, orchites, abcès péri-uréthraux, érysipèle, adénites. Malgré ce qu'a d'étrange une telle accumulation de malheurs, je dois reconnaître que tous ces accidents peuvent survenir et que les critiques de M. Venot, comme celles de M. Berton et de M. A. Latour, sont fondées... pour les cas, mais pour les cas seulement, où la méthode a été appliquée en contradiction avec les règles ; quand on a opéré non plus à la période initiale, mais alors que le canal était déjà enflammé et la maladie établie ; quand on a fait des injections ou trop fortes ou trop faibles ; quand on les a poussées jusque

beaucoup de résidu fécal. On conseillera donc le lait pur, les viandes saignantes ou rôties ; les gelées et les jus de viande. Le bon vin et la bière doivent être permis en raison de l'état fébrile et de la faiblesse du patient. Les hoquets, nausées, régurgitations et vomissements seront combattus par des boissons acidulées, gazeuses, frappées de glace et prises en petite quantité à la fois ; par des opiacés et la glace sur le creux de l'estomac.

Ici se présente un grave question : la fistule établie, convient-il, pour en faciliter la cure ou, au moins, pour en diminuer les funestes conséquences, d'établir un anus artificiel ? Evidemment, pour résoudre cette question, le chirurgien est tenu d'avoir égard à plusieurs considérations, sur lesquelles je vais m'arrêter quelques instants.

Si le patient a un grand âge ; si l'est épuisé ; si sa constitution est très-détériorée soit par des maladies antérieures (calculs vésicaux, diarrhée chronique, péritonite chronique, suppuration abondante, etc.) soit par une diathèse (tuberculeuse, scorbutique ou cancéreuse, etc.), certainement l'eutrotomie n'est point admissible.

Cette opération sera aussi rejetée, lorsque la cause première de la fistule sera fatalement mortelle sous peu et par elle-même ; ainsi une dégénérescence cancéreuse de l'intestin et des parties environnantes, quand bien même la constitution semblerait encore ne pas être très-mauvaise. Elle sera de toute nécessité inadmissible, lorsqu'il y aura épanchement excrémental dans la cavité du péritoine.

On ne saurait conseiller l'eutrotomie, lorsque des gaz intestinaux et des matières fécales sortent librement et en grande quantité, par le rectum, ce qui est indiqué dans mon observation ; lorsque la santé générale résiste bien (observations de Gribb, Whimie et Krachowizer) ; lorsque des gaz intestinaux, des ascariides lombricoïdes sortent seuls de la vessie (observation de Krachowizer) ; lorsque le patient, par certaines positions du tronc, ou facilite la sortie des matières fécales par la voie naturelle (voyez l'observation du docteur Putegnat), ou empêche leur chute dans le canal fistuleux (observation de Wiltshire).

On aurait tort de ne point établir un anus artificiel, si le patient commençait à dépérir, sans qu'on vit de l'amélioration dans l'état de la fistule ; si l'on savait que la fistule a pour cause une simple pelvi-péritonite, en voie de guérison, ou un abcès péritonéal, dont la guérison n'exige que quelque temps et si l'on savait que l'occlusion intestinale eût une toute autre cause qu'une dégénérescence cancéreuse de l'intestin seul, et surtout, de l'intestin et des parties adjacentes.

A mon avis, *THE MEDICAL RECORD* New-York (n° de juin 1867) a tort de recommander de ne pas imiter les docteurs Pennel et Homes, qui ont pratiqué, dans certains cas de fistule colo-vésicale, l'entérotomie ; d'autant plus que

dans les profondeurs du canal. La règle est de ne pas dépasser la fosse naviculaire, d'agir au plus tard dans les vingt-quatre heures qui suivent l'apparition de la première sensation ou la première apparence de suintement louche et d'employer le nitrate d'argent à la dose d'une ou deux parties pour cent parties d'eau. Ce qui domine les indications ou les contre-indications de cette méthode, c'est l'opportunité. Il faut savoir se décider à temps et savoir, malgré les sollicitations du malade, se refuser obstinément à tenter l'aventure quand le mal a pu déjà prendre quelque extension. Si l'on se conforme à ces préceptes, l'injection abortive est dépourvue de dangers sérieux et expose, quoi qu'on ait dit, cent fois moins au rétrécissement que ne le fait une blennorrhagie de quelques mois. Malheureusement elle ne permet pas de compter sur un succès assuré et ne guérit que dans la moitié des cas. Cependant cette proportion ne laisse pas de s'être encouragée ; plusieurs praticiens ont persisté dans l'emploi des injections préservatrices ; M. Langloberet en a obtenu de bons résultats

l'opéré de ce dernier a vécu une année et que celui de l'autre a encore vécu plusieurs années ; faits ignorés du professeur Michel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 31 JUILLET 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

SUR LA MALADIE DITE DIARRHÉE DE COCHINCHINE. Note de M. Normand. — Pour M. Normand, cette affection est produite par un parasite. « Je puis prouver, dit-il, que dans la maladie dite *diarrhée de Cochinchine* on rencontre à certains moments, et longtemps dans les cas graves, un parasite qui n'a jamais été signalé dans des circonstances pareilles, et que j'ai cherché en vain chez les hommes atteints d'affections analogues d'autres provenances. » Le parasite découvert par M. Normand, et désigné jusqu'à nouvel ordre par M. Bayou sous le nom d'*Anguillula stercoralis*, a 1/4 de millimètre de longueur. Il serait dans la catégorie des objets visibles à l'œil nu, n'était sa minceur. M. Normand donne ensuite une description minutieuse du parasite, pour laquelle nous renvoyons au COMPTE RENDU (p. 316).

C'est à des générations successives du parasite que l'auteur attribue les récidives qu'on observe si souvent chez des malades qu'on pourrait croire guéris ou tout au moins en voie d'amélioration. Dans les cas où l'infection est légère, le parasite disparaît rapidement ; dans les cas graves la guérison n'est assurée que quand le parasite et les œufs ont complètement disparu. L'auteur ne connaît pas d'agents parasitocides.

FÉRMENTATION DES FRUITS PLONGÉS DANS L'ACIDE CARBONIQUE. Note de MM. J. Joubert et Ch. Chamberland. — « Les fruits (cerises, prunes, groseilles à maquereau, etc.), choisis aussi sains que possible, et que, pour plus de sûreté, nous avons pris sur l'arbre lui-même, ont été introduits dans des éprouvettes à gaz ordinaires, placés sur le mercure et en partie remplies d'acide carbonique pur. Pour éviter toute trituration de la surface nous ne meltons qu'un fruit dans chaque éprouvette. Quand le volume du gaz a cessé d'augmenter sensiblement, le fruit est retiré et nous en extrayons la pulpe intérieure en prenant toutes les précautions pour empêcher le contact direct ou indirect de cette pulpe avec la surface. Pour les cerises, nous enlevons la pellicule avec une pince ; pour les groseilles, nous détachons une partie du fruit avec un couteau et nous puisons à l'intérieur avec une petite cuiller d'argent, la pince, le couteau et la cuiller venant d'être passés dans la flamme. Dans ces conditions, jamais l'examen micro-

tats et son exemple mériterait d'être plus universellement suivi.

Les maladies vénériennes, je l'ai répété bien souvent dans le cours de ces leçons, ne se transmettent pas exclusivement par les rapprochements sexuels ; elles ne sont donc pas nécessairement vénériennes ; bien des contacts qui n'ont pas pour mobile la recherche d'une satisfaction génitale, peuvent communiquer le mal ; souvent même la contamination s'opère médiatement par des objets souillés. La prophylaxie moderne n'a pas négligé ces origines exceptionnelles des maladies qui nous occupent.

Il est une syphilis professionnelle, la syphilis des verriers, contre laquelle les hygiénistes ont tenté un effort. La canne qui sert à souffler le verre passant rapidement de main en main, s'adapte successivement aux lèvres des divers ouvriers. La célérité du travail empêche de nettoyer chaque fois l'extrémité, qui a pu être souillée par la bouche de l'un d'eux, et la syphilis buccale atteint bientôt toute l'escouade si l'un des

scopi que de l'intérieur des fruits ne nous a montré de cellules de levure. On aperçoit bien dans le champ quelques cellules rondes à granulations, mais on les rencontre également dans les fruits qui n'ont pas été plongés dans le gaz acide carbonique. D'ailleurs ces cellules, par leur aspect, se distinguent nettement de toutes les levures connues. Une expérience très-simple ne laisse place à aucun doute sur leur véritable nature : la pulpe, extraite avec les soins nécessaires, introduite dans du moût de raisin, ne le fait pas fermenter. »

FERMENTATION CELLULOSIQUE PRODUITE À L'AIDE D'ORGANES VÉGÉTAUX, ET UTILISATION PROBABLE DU SUCRE DANS LA VÉGÉTATION POUR LA FORMATION DE LA CELLULOSE. Note de M. Durin. — L'auteur cherche : 1° si, à l'aide des ferments contenus dans les organes végétaux, la transformation du sucre en produits cellulotiques pouvait s'effectuer; 2° si l'on pouvait saisir cette cellulose à l'état transitoire dans les plantes; 3° si la production de cellulose dans les plantes correspondait à une disparition de sucre.

SUR LES MICROZYMES DE L'ORGE GERMÉE ET DES AMANDES DOUGES COMME PRODUCTEURS DE LA DIASTASE ET DE SYNAPTASE, À PROPOS D'UNE NOTE DE MM. PASTEUR ET JOUBERT, PAR M. A. Beclamp.

PANIFICATION AUX ÉTATS-UNIS ET PROPRIÉTÉS DU HOUBLON COMME FERMENT. Lecture de M. Sacc à M. le président. — Voici exactement le procédé : *Levain.* Prenez 4 onces de houblon frais et 6 quarts d'eau (le quart est 1 litre); faites bouillir et réduire à 3 quarts, tamisez bouillant et versez aussitôt sur 3 pintes de farine (la pinte vaut 1/2 litre). Ajouter une cuiller à bouche de gingembre et une autre de sel. Quand le mélange est froid ajoutez-y 1 pinte de levain froid de pâte ou de bière : il se gonfle aussitôt. On y ajoute alors assez de farine de maïs pour en faire une pâte épaisse; on la découpe en tranches minces qu'on sèche le plus rapidement possible en les exposant au soleil sur une planche où l'on a soin de les retourner souvent. On peut aussi sécher à l'étuve : l'essentiel est que la dessiccation soit prompte et totale. Alors on pulvérise le ferment et on le conserve dans des vases clos ou dans des sacs en papier qu'on suspend au plafond de la cuisine.

SUR LA FERMENTATION DE L'URINE, À PROPOS D'UNE COMMUNICATION DE M. PASTEUR, PAR M. H.-Ch. Bastian. — Pour interpréter le fait, admis par M. Pasteur, que l'urine rendue stérile par l'ébullition peut entrer en fermentation par l'addition d'une quantité déterminée d'une solution de potasse préalablement portée à 100 degrés, l'auteur se contente d'affirmer que quelques germes de bactéries peuvent survivre dans cette liqueur caustique, même à la température d'ébullition. Cette hypothèse, assez incroyable par elle-même, a été absolument réfutée par un grand nombre des expériences qu'il a faites cette année. Ces expériences ont démontré que la solution de

potasse bouillie peut fertiliser l'urine rendue stérile seulement quand on l'emploie dans une proportion correspondant à l'acidité et à la quantité exacte de liquide soumis à l'expérience. « Je signalerai également à l'Académie ce fait, que l'urine fraîche et acide fermente après l'ébullition sans l'addition de solution de potasse, mais seulement sous l'influence vivement provocatrice de la température de 50 degrés quand son acidité n'est pas très-prononcée. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 8 AOUT 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : a. Une demande formée par M. le docteur Thomas, à l'effet d'obtenir une autorisation régulière pour l'exploitation de l'établissement thermal de Forges-les-Bains. — b. Une brochure contenant les travaux des conseils et commissions d'hygiène publique et de salubrité du département de l'Aisne pendant les années 1873 et 1874.

L'Académie reçoit un travail de M. le docteur Burg sur les expériences pratiquées à l'école normale de gymnastique de Vincennes.

M. Le Roy de Méricourt présente à l'Académie, au nom de M. le docteur Sayre, un ouvrage sur la chirurgie orthopédique.

M. Gosselin présente, au nom de M. le docteur Duplay, le deuxième fascicule du tome V du TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE PATHOLOGIE EXTÉRIÈRE.

RÉSÉCTION SOUS-PÉRIOSTÉE DU CALCANÉUM. — M. Ollier donne lecture d'un important travail sur les réséctions sous-périostées, et particulièrement sur celles du calcanéum (voy. *Premier-Paris*). Il conclut que l'ablation totale du calcanéum, pratiquée d'après les règles de la méthode sous-périostée, est suivie chez les jeunes sujets de la régénération de l'os enlevé, et que cette régénération est suffisante pour maintenir la saillie du talon et la configuration de la voûte plantaire.

Quoique rarement indiquée relativement à la fréquence des ostéites du calcanéum, l'extirpation trouve son indication dans l'inflammation totale de cet os et l'extension de cette inflammation aux articulations voisines. L'altération profonde des os contigus est une contre-indication à l'opération. L'amputation, à moins qu'il ne s'agisse de sujets très-jeunes, devient alors préférable.

M. Ollier montre à l'Académie les pièces relatives à deux individus chez lesquels le calcanéum a été enlevé avec succès par la méthode sous-périostée.

M. Gosselin trouve la communication de M. Ollier très-intéressante, mais il est étonné de la fréquence des affections du calcanéum dans lesquelles on a eu à intervenir chirurgicalement. Il a observé un grand nombre d'ostéites du calcanéum et de l'astragale, mais il n'a jamais jugé nécessaire d'intervenir. Il désirerait savoir ce qu'il y avait de particulier dans les cas de M. Ollier. La suppuration était-elle générale, superficielle ou interstitielle?

Un autre fait a également attiré l'attention de M. Gosselin,

ouvriers est malade. Un ingénieux confrère, auquel la mécanique obstétricale doit de si séduisantes innovations, M. Chassagny (de Lyon), a imaginé de donner à chaque souffleur de verre un embout destiné à son usage exclusif, qui s'adapte facilement et rapidement à l'extrémité de la canne, laquelle, ne recevant plus l'application directe des lèvres, cesse d'être un agent médiateur de contagion. Bien que cet appareil protecteur réponde théoriquement aux exigences de l'industrie du verre, l'embout de M. Chassagny n'a pas été adopté par les ouvriers; soit que la routine ait été plus puissante que le besoin de la sécurité, soit que l'application de l'embout complique les mouvements que la rapidité du travail oblige à simplifier autant que possible, les verriers ont bien vite renoncé à son emploi; ils ont résolu la question d'une façon plus simple et tout aussi efficace : ils se sont imposés spontanément l'obligation de la visite médicale; avertis du danger, les ouvriers se surveillent et exercent les uns sur les autres une inquisition permanente qui permet difficilement aux malades de dissi-

muler leur état; de plus, ils vont à jours fixes réclamer du médecin de l'usine une visite corporelle minutieuse.

Les médecins qui ont pour ainsi dire chaque jour, dans l'exercice de leur profession, à explorer des lésions vénériennes sont souvent les victimes de la contagion d'un mal qu'il leur arrive parfois de propager. Il arrive fréquemment dans les hôpitaux de vénériens que les médecins ou les élèves expient tristement une maladie ou une négligence. Le pus d'un chancre et, plus souvent, une humeur syphilitique insérée accidentellement par la pointe d'un instrument ou déposée sur une excoarction qu'on ignore ou qu'on a négligée, reproduit le mal sur la main qui donnait les soins et provoque souvent des accidents graves, douloureux, durables, parfois mortels. La syphilis est plus particulièrement un des cas bénéfiques de la profession chez les accoucheurs et chez les sages-femmes; elle pénètre presque toujours par une éraflure de l'épiderme; l'accident primitif a pour siège de prédilection le dos de l'index de la main

c'est que chez les malades opérés il n'y a pas eu que le périoste de conservé, mais aussi une certaine portion de l'os lui-même. Lorsque le périoste est doublé de substance osseuse, la régénération a lieu beaucoup plus facilement.

Une autre question est posée à M. Ollier par M. Gosselin. Dans quel état étaient les articulations après l'opération ?

M. Ollier dit que s'il a observé un aussi grand nombre d'affections du calcaneum, c'est parce qu'il les recherche et qu'on les lui adresse de préférence. Il a eu plus de 100 cas à traiter, mais il n'a jugé l'opération nécessaire que dans 5 cas.

En ce qui concerne la persistance d'une lamelle osseuse sous le périoste, il convient que la gaine fibreuse du périoste était épaissie, mais il affirme qu'il n'existait pas de tissu osseux à sa face interne. On ne saurait, en effet, donner ce nom à la poussière osseuse qui existe dans tous les cas d'ostéite phlegmoneuse. C'est cette poussière qui constitue la couche *ostéogène* dont il a si souvent parlé et dont il fait une étude expérimentale sur les animaux.

M. Gosselin reconnaît que les explications de M. Ollier sont tout à fait satisfaisantes.

M. Verneuil n'a jamais fait l'extirpation du calcaneum, mais il regrette de ne pas avoir pratiqué cette opération dans deux cas qui se sont présentés. Dans ces deux cas il s'agissait d'ostéites du calcaneum qui ont entraîné la mort des malades. A l'autopsie, il a pu se convaincre que la moitié du calcaneum était dénudée et que l'extirpation en eût été facile. Il y a donc lieu de supposer que cette opération, pratiquée en temps opportun, eût pu sauver les malades.

M. Verneuil est donc partisan des résections sous-périostées, et il se propose de les mettre désormais en pratique. Il reconnaît que l'extirpation précède des os dans les cas d'ostéopériostite est une chose excellente.

LE SPIROPHORE. — M. Devergie combat les conclusions que M. Woillez a formulées dans ses dernières communications et dit que le spirophore ne peut être utilement employé dans les asphyxies ordinaires par les fosses d'aissance, le charbon et autres causes. Dans les cas où le gaz est délétère ce n'est pas en rétabissant la respiration qu'on peut ramener le malade à la vie ; lorsque l'asphyxie a eu lieu par simple privation d'air, il sera très-difficile de se procurer immédiatement l'appareil pour produire la respiration artificielle.

Dans les cas d'asphyxie par submersion le traitement le plus efficace et qui doit être pratiqué en premier lieu consiste à réchauffer le corps en même temps qu'on dégage de la bouche et du larynx l'écume qu'ils peuvent contenir. C'est ensuite qu'on emploie les moyens propres à rétablir la respiration. Le procédé de M. Woillez n'arrive donc qu'en second lieu. M. Devergie conclut que le spirophore est un

appareil utile pour la démonstration d'un fait physiologique, mais inapplicable au traitement de l'asphyxie.

M. Le Roy de Méricourt ne partage pas les opinions de M. Devergie au point de vue de la subordination des soins à donner aux asphyxiés. La respiration artificielle doit être faite en premier lieu ; les autres moyens de traitement n'ont qu'une importance secondaire.

— M. Broca lit un mémoire sur la topographie cérébrale et sur quelques points de l'histoire des circonvolutions. Cette étude porte principalement sur la part qui revient à chaque anatomiste dans la description et la découverte des circonvolutions cérébrales. Elle montre qu'un grand nombre de découvertes faites par Vieq d'Azir avaient été attribuées à Rolando, grâce à Morau (de la Sarthe) qui, dans une édition des œuvres de Vieq d'Azir, a complètement faussé les textes et altéré les planches. Par suite de ce procédé inqualifiable les deux circonvolutions ascendantes découvertes par Vieq d'Azir ne se trouvent plus dans ses œuvres complètes.

Société de biologie.

SÉANCE DU 29 JUILLET 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. CL. BERNARD.

ÉTUDES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES DU CŒUR DE L'EMBRYON :
M. LABORDE. — RECHERCHES SUR LE CONTENU DU SINUS RHOMBOÏDAL ET LA NÉVROGLIE PÉRIÉNOYMAIRE CHEZ LES OISEAUX : M. MATHIAS DUVAL. — BROMURE DE CAMPFIRE : M. BOURNEVILLE. — OTOLOGIE : M. GELLÉ. — ÉLECTIONS.

L'étude du cœur chez l'embryon, suivant M. Laborde, est encore bien incomplète ; c'est pourquoi il a entrepris les recherches dont il donne aujourd'hui le résumé à la Société. Pour étudier le cœur de l'embryon il s'est servi d'un procédé imaginé par M. Mathias Duval, et qui permet d'examiner le cœur en place, sans sacrifier l'embryon, et cela parfois pendant plusieurs heures. Voici en quoi il consiste : On détache l'embryon et on l'appuie sur une petite feuille de papier gommé dans laquelle on a réservé une fenêtre qui permet le passage des rayons lumineux.

M. Laborde a constaté les faits suivants :

1° Dans un ou deux cas il a vu des battements du cœur à la trente-cinquième heure de l'incubation.

2° Dès que les battements sont bien évidents, c'est-à-dire à la trente-huitième heure, il a pu vérifier que la contraction, qui est lente et par conséquent facile à observer, commence par l'oreillette et se continue par le ventricule. Cette succession régulière des battements se continue jusqu'au moment de l'éclosion ; elle peut donc servir à renverser la théorie de Bonillaud.

droite. La fréquence de ces malheurs nous oblige à une prudence de chaque instant. Nous ne devons pas toucher une femme, nous ne devons pas explorer une lésion vénérienne ; plus généralement, nous ne devons pas plonger la main dans les humeurs ou les organes d'un de nos semblables, sans nous être assurés que l'épiderme de cette main est intact, qu'aucune excoriation ne peut servir de porte d'entrée au virus, ou sans avoir obtenu la solution de continuité par un revêtement adhérent et imperméable. Nous devons toujours user à l'égard du vivant des précautions que nous ne négligeons pas à l'amphithéâtre. Nous devons faire, après ces contacts, des ablutions soigneuses, sans dédaigner ensuite les lotions alcooliques ou vinaigrées. Si quelque écorchure inaperçue est révélée par une légère douleur provoquée par ce dernier lavage, il faut appliquer sur le point entamé une compresse d'un liquide préservatif et ne pas hésiter à cautériser si un temps un peu long s'est écoulé depuis le contact suspect.

Par une fâcheuse réciprocité, le médecin a été trop

souvent l'agent de cette contagion. J'ai déjà parlé avec de suffisants développements de la syphilis vaccinale. Sa réalité n'est pas contestable, et les moyens de prudence qui permettent de l'éviter sont aujourd'hui connus. Le projet de n'user que du vaccin en tube n'a pas le seul inconvénient de rendre souvent l'inoculation inefficace, il ne met pas nécessairement à l'abri de la transmission syphilitique. S'abstenir soigneusement d'employer un vaccin souillé de sang est une bonne précaution que je n'oserais pas déqualifier suffisante. On a conseillé avec raison de ne pas accepter les nouveaux-nés comme vaccinifères, de rechercher de préférence des enfants de six mois ou au moins de trois mois ; dans ces conditions, la syphilis, si elle existe, ne sera que très-exceptionnellement latente. On devra même se mettre à l'abri d'une erreur possible de diagnostic et refuser de puiser le vaccin sur un enfant qui présenterait une éruption, même si cette éruption ne paraît pas avoir le caractère syphilitique. Cette conduite dispensera de la recherche souvent illusoire de l'état de

3° Enfin M. Laborde met sous les yeux de la Société des dessins qui montrent bien le sens des courants sanguins dans le cœur de l'embryon.

— M. *Mathias Duval* rend compte des recherches qu'il a faites sur le contenu du sinus rhomboidal chez le poulet. Dans une moelle bien conservée et sur des coupes réussies, on constate que le sinus rhomboidal est rempli d'une substance délicate qui s'enlève aisément. Cette substance, ainsi que le montre l'examen histologique, est la même dans toute l'étendue du sinus; elle est constituée par de grandes cellules contenant un noyau, ce qui lui donne l'aspect d'un véritable réticulum. A mesure qu'on approche de l'extrémité supérieure du sinus rhomboidal cette substance se raréfie pour être remplacée par du tissu nerveux, et enfin on ne la trouve plus qu'au pourtour du ventricule médian, où elle constitue la névrogie qui entoure ce ventricule. Tels sont les faits d'observation.

L'auteur émet l'hypothèse que ce pourrait bien être là le type de la névrogie, qui dès lors ne serait plus formée que de cellules et dans laquelle le réseau serait simulé par des contours de ces cellules. Mais il ne veut pas encore aujourd'hui conclure d'une manière absolue sur ce sujet, qui réclame encore de nouvelles recherches. Ce qu'il affirme, c'est que telle est bien la structure de la névrogie autour du ventricule de l'épéndice chez les animaux.

— M. *Bourneville* fait une communication sur un point relatif à l'action physiologique du bromure de camphre. Dans ses expériences antérieures, s'étant servi d'une solution alcoolique de bromure de camphre, il a voulu voir quelle était la part de l'alcool et celle du bromure de camphre dans la production de l'abaissement de température. Dans ce but, il a fait un certain nombre d'expériences sur des chats et des cochons d'Inde. Voici le résumé de quelques-unes d'entre elles :

1° Un chat, âgé de six semaines, reçoit sous la peau 7 grammes d'alcool. La température, qui avant l'injection était à 39 degrés, descend en dix heures à 36°,4, puis remonte, en vingt-quatre heures, à 40°,4. L'animal guérit.

2° Huit jours plus tard, le même chat reçoit sous la peau 7 grammes d'une solution composée de : bromure de camphre, 8 grammes; alcool, 92 grammes. Sa température s'abaisse progressivement de 39 degrés à 28 degrés, et il meurt.

3° Un chat de la même portée reçoit en injection sous la peau 7 grammes de la même solution alcoolique de bromure de camphre. Sa température descend de 39 degrés à 27°,4, et il meurt.

4° A un cochon d'Inde pesant 540 grammes, on injecte 160 gouttes d'une solution composée de : bromure de camphre, 3 grammes; glycérine, 22 grammes; alcool,

35 grammes. Sa température, en quarante heures, descend de 39°,6 à 27 degrés. Mort.

5° Un cochon d'Inde pesant 550 grammes reçoit 160 gouttes d'une solution composée de : glycérine, 25 grammes; alcool, 35 grammes. Sa température descend de 39°,7 à 35°,2 en vingt-huit heures, puis elle s'élève de 35°,2 à 39°,2 en vingt-trois heures. L'animal se rétablit.

6° A un chat âgé d'un mois on injecte 100 gouttes de la même solution glycéro-alcoolique de bromure de camphre. Sa température s'abaisse en cinq heures de 37°,8 à 21 degrés, et il succombe.

7° Un autre chat de la même portée reçoit 100 gouttes d'une solution composée simplement d'alcool (35 grammes) et de glycérine (25 grammes). Sa température tombe de 37°,9 à 33°,2 en cinq heures, puis elle s'élève de 33°,2 à 38°,2 en vingt-sept heures. Il guérit.

8° Chez une malade atteinte de mal épileptique et dont la température était à 40°,9, observée dans le service de M. Charcot, M. Bourneville fit administrer à une heure d'intervalle quatre quarts de lavement huileux contenant chacun 2 grammes de bromure de camphre. Au bout de six heures la température avait baissé de 2°,4.

De ces expériences M. Bourneville conclut que le bromure de camphre détermine réellement un abaissement de température.

— M. *Gellé* présente un appareil destiné à enregistrer les petits mouvements postérieurs du conduit auditif externe et à démasquer ainsi les simulations de surdité devant les conseils de révision.

— M. *Mathias Duval* est élu membre de la Société.

H. CHOUPEE.

REVUE DES JOURNAUX

Cas de rage observée chez une femme à la suite de la morsure d'une chatte, injections de chloral dans les veines, mort, par MM. J.-L. Prévost, médecin en chef de l'hôpital de Genève, et Saloz, interne du service.

Les leçons de M. le professeur Verneuil sur le traitement du tétanos par le chloral, ainsi que les nombreuses observations publiées dans ces derniers temps sur le même sujet, donnent un intérêt particulier à cette observation que le 3 juin 1876 à la Société de biologie. Nous ne pouvons malheureusement donner cette longue observation, dont le résumé a du reste déjà été fait par la GAZETTE (9 juin 1876); voici du moins les conclusions auxquelles sont arrivés MM. Prévost et Saloz; on verra que dans ce cas de rage comme dans les

santé des parents. Enfin, si l'on veut une garantie absolue, on se privera des avantages incontestables de la vaccine humaine pour pratiquer l'inoculation avec le virus fourni par une génisse.

J'ai parlé aussi de la transmission de la syphilis par la transplantation des dents. Cet accident appartient désormais au domaine de l'histoire : car les progrès de la prothèse dentaire artificielle ont conduit à renoncer définitivement à cette opération.

Ce n'est pas seulement par ces pratiques très-spéciales que le médecin a pu transmettre la syphilis. La plupart des opérations, si le chirurgien n'est pas soigneux, peuvent être une occasion d'inoculation : les sondes, les spéculums, les bistouris, les pinces, le cathéter de la trompe d'Eustache ont été accusés et ont plusieurs fois été les instruments de la contagion médiate. Il en résulte que, si nous avons recommandé au médecin la plus rigoureuse propreté, dans son propre intérêt, nous devons surtout l'exiger de lui dans

l'intérêt de ses malades. Tout instrument qui a été souillé par des humeurs humaines doit être scrupuleusement lavé avant d'être appliqué sur les muqueuses ou plongé dans les tissus d'un autre homme. Du pus chancreux desséché depuis six mois sur une lancette a produit, entre les mains de M. Speriolo, un chancre d'inoculation.

Il est remarquable que l'opération de la transfusion n'ait pas encore transmis la syphilis; mais il ne faudrait pas compter sur une immunité indéfinie; et si les chirurgiens ne croient pas avoir de motifs suffisants pour adopter la pratique allemande qui tend à substituer le sang d'agneau au sang humain, ils feront bien de se tenir en garde contre la possibilité de cet accident. Je termine par cette réflexion l'exposé des moyens que la science moderne a mis au service de la préservation personnelle et je laisse de côté la syphilis de l'allaitement qui trouvera plus naturellement sa place dans l'histoire de la prophylaxie familiale.

(A suivre.)

Dr BOUCHARD.

cas de tétanos l'action du chloral est la même; il y a de plus un fait intéressant: c'est la différence d'action du chloroforme et du chloral; tandis que le premier provoque des spasmes violents, le second amène au contraire une sédation complète.

« 1. Cette observation est un exemple du développement de la rage à la suite de la morsure d'un chat. Les renseignements obtenus n'ont pu montrer l'origine de la rage: il est fort probable qu'elle n'était pas spontanée, car plusieurs cas de rage canine ont été observés à cette époque à Genève. Ce chat a mordu plusieurs lapins et des poulets qui sont tous morts, probablement de rage, quelque temps avant la femme qui fait le sujet de cette observation, sans que la rage ait été dûment constatée chez eux.

2. La rage s'est déclarée chez la femme quarante et un jours après la morsure, période classique de l'inoculation de cette maladie.

3. La malade n'avait pas été cautérisée; elle avait simplement appliqué sur la blessure de l'ammoniaque quelques moments après la morsure.

4. Quelques jours avant l'invasion des symptômes de la rage confirmée, la plaie de la morsure de l'auriculaire gauche s'est rouverte, un suintement séreux s'est manifesté, le doigt, la main et le bras sont devenus douloureux.

5. La morphine à doses assez élevées, administrée par la méthode hypodermique pendant le premier jour, a été peu utile pour amener le calme de la malade.

6. Les inhalations du chloroforme ont provoqué des spasmes violents, une véritable fureur, qui a dû faire renoncer à ce traitement. Cette particularité nous semble être une contre-indication formelle à l'emploi du chloroforme en pareil cas.

7. L'injection du chloral dans les veines a amené un sommeil et un calme complet, dans lequel la malade a pu être maintenue pendant vingt heures au moyen d'injections successives. La dose injectée pendant ces vingt heures a été de 17^{gr}.50.

8. Ce traitement n'a pu être que palliatif et n'a point empêché la terminaison fatale. Il a été cependant d'un grand secours pour éviter à la malade les souffrances et les angoisses si terribles de l'hydrophobie. Ainsi, malgré la terminaison fatale, je n'hésiterais pas à recourir de nouveau à ce traitement en pareil cas. » (*Gaz. méd. de Paris*, n° 26.)

L'observation ne présente par elle-même aucun fait nouveau; elle est semblable à celles qui ont été publiées par Balzac dans sa curieuse HISTOIRE DE LA RAGE (Tours, 1810), et plus récemment par M. Bouley (*Dict. encyclop.*). Le traitement seul présente un intérêt réel. Si malgré les injections de chloral dans la veine saphène l'issue n'en a pas été moins funeste, on a pu obtenir la disparition complète de la douleur: ce résultat suffirait déjà à prouver l'importance et l'utilité des injections de chloral dans les cas de rage.

anévrisme de l'hypogastrique, par M. FÉRÉ, interne provisoire des hôpitaux de Paris.

Cette observation est intéressante à cause de la rareté des anévrysmes de l'hypogastrique. M. Broca dit, dans son TRAITÉ DES ANÉVRYSMES, n'en pas connaître d'exemple; M. Féré n'en a trouvé que deux cas dans la science, le premier dû à M. Foucher, en 1856, le second à M. Doléris (1875). Celui que publie M. Féré est donc le troisième. Un fait intéressant c'est que, malgré le volume de l'anévrysmes, il n'y avait jamais eu de troubles circulatoires, moteurs ou sensitifs, dans les organes pelviens ou dans les membres inférieurs. Le tronc de l'hypogastrique était remplacé à droite par une tumeur irrégulièrement ovoïde, longue de 5 centimètres 1/2 et présentant une circonférence de 12 centimètres, à surface lisse, sans adhérence intime avec les tissus voisins. Il s'agissait d'un anévrysmes sacculaire, qui repoussait en dehors la veine

hypogastrique non altérée. Ajoutons que sur ce sujet presque toutes les artères étaient athéromateuses. (Société anat., mars 1876, in *Progrès médical*.)

BIBLIOGRAPHIE

Nouveau traité élémentaire et pratique des maladies mentales, par le docteur H. DAGONET, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne. — Paris, J.-B. Baillière. 1876.

Ce traité n'est, à proprement parler, que la seconde édition de celui que l'auteur a publié en 1862; édition renouvelée, complétée par de nouvelles recherches. Attaché, au moment de la première publication, à l'asile de Stephansfeld (Bas-Rhin), l'auteur, agrégé de la Faculté de Strasbourg et fort au courant de la littérature allemande, était à même de fournir sur la pathologie mentale un exposé complet des doctrines d'outre-Rhin. Cet exposé critique donne à son ouvrage un intérêt particulier. Il montre en même temps qu'on a bien peu gagné jusqu'ici à s'engager dans les voies de l'anatomie pathologique pour expliquer les principaux symptômes et les diverses variétés de l'aliénation mentale. Les idées multiples que l'on rencontre à l'autopsie des aliénés n'ont en effet rien de constant ni de caractéristique et paraissent le plus souvent être plutôt le résultat que la cause des accidents observés pendant la vie. Une classification basée sur l'anatomopathologie serait donc absolument impossible; aussi la plupart des aliénistes se sont-ils arrêtés à des classifications basées tantôt sur l'étiologie, tantôt sur les symptômes. Celle que nous propose l'auteur est tirée à la fois de ces deux sources, les formes principales des maladies mentales s'établissant principalement sur les symptômes et les formes secondaires sur les causes elles-mêmes: folie puerpérale, épileptique, alcoolique, etc.

L'exposé de ces différentes formes est précédé d'un chapitre de pathologie générale où sont groupées toutes les notions d'ensemble, qui faciliteront plus tard l'étude des symptômes propres à chaque espèce d'aliénation. Les différents troubles de l'intelligence ou symptômes psychiques, ceux de la sensibilité générale, les signes physiques, etc., y sont exposés en même temps que les considérations générales afférant au pronostic, aux maladies incidentes, à l'anatomie pathologique.

Dans la partie du livre consacrée à la pathologie spéciale, M. Dagonet étudie individuellement les différentes formes des maladies mentales. Beaucoup de points ont été de la part de l'auteur l'objet d'études particulières, et nous trouvons résumés dans divers chapitres les résultats de travaux antérieurement publiés et qui lui sont personnels. C'est ainsi que M. Dagonet considère la stupeur non-seulement comme une forme typique pouvant se présenter d'emblée et constituant la folie stupide, mais comme un symptôme pouvant s'associer à différentes formes de l'aliénation, principalement à la lycémanie à sa dernière période. La folie impulsive, cette forme si bizarre et qui soulève en médecine légale tant de difficultés, a été étudiée par l'auteur avec un soin tout particulier; il montre que l'impulsion peut se produire en dehors de toute manifestation délirante et constituer longtemps l'unique symptôme d'une forme de folie dont le tableau complet se déroulera plus tard.

Nous signalerons également le chapitre qui a trait à l'alcoolisme, dans lequel on trouvera tous les renseignements nécessaires sur le rôle de l'alcool envisagé au point de vue de la pathologie mentale. L'asile de Sainte-Anne fournit à cet égard des sujets d'observations nombreux, et l'auteur y a puisé tous les matériaux nécessaires à une histoire complète de l'alcoolisme.

Une dernière partie de l'ouvrage est consacrée aux questions que soulèvent l'organisation et l'administration des asiles d'alié-

nés. Cette étude n'existe dans aucun autre traité d'aliénation mentale. C'était donc une lacune à combler. Parmi les différents systèmes proposés pour les établissements d'aliénés : système des asiles fermés ou système anglais ; des aliénés dans les familles (système de Gheel) et système des établissements mixtes, composés d'un asile avec une colonie annexée ; c'est à ce dernier que M. Dagonet donne la préférence. Il insiste surtout sur la nécessité de poser les aliénés au travail par tous les encouragements possibles. Les malades doivent en outre trouver dans l'asile les distractions nécessaires ; sous ce rapport, les salles d'étude, les bibliothèques seront l'objet de soins tout spéciaux. L'utilité des pensionnats annexés aux asiles est également incontestable. Ces établissements seraient une ressource précieuse pour les familles et leur éviteraient les frais d'un placement dans une maison particulière.

L'encorement des asiles d'aliénés, surtout de ceux du département de la Seine, préoccupe à bon droit tous les aliénistes. Cet encorement reconnaît pour une de ses principales causes l'introduction des déments paralytiques non aliénés dans les asiles. Les services hospitaliers y déversent un contingent inarrissable de paralytiques, hémiplegiques ou autres, de malades atteints d'affections cérébrales variées entraînant un affaiblissement physique et intellectuel et qui figurent pour un chiffre énorme dans la population des asiles. Ces malades ne sont pas là à leur véritable place. Incapables de tout travail, ils exigent des soins particuliers auxquels ne suffit pas le personnel des services. Il est urgent que l'on crée pour ces infirmes des asiles spéciaux et qu'on ne persiste pas à les assimiler administrativement aux aliénés, avec lesquels ils n'ont de commun que certaines apparences.

En étudiant avec soin l'organisation des asiles, en montrant les points faibles de cette organisation, les progrès qu'il conviendrait de réaliser, M. Dagonet prouve de la façon la plus péremptoire que ceux-là seuls qui ont étudié l'aliénation sous toutes ses formes, peuvent se rendre compte des conditions que doit remplir une maison d'aliénés. Le médecin seul peut offrir en pareille matière une véritable compétence et il serait temps de lui donner dans les asiles l'initiative à laquelle il a droit. C'est un fait acquis et accepté à l'étranger, où le médecin aliéniste est le véritable directeur de son asile et trouve dans l'administration les auxiliaires intelligents dont il a besoin et qu'il sait guider, au grand profit de ses malades et même de la prospérité des établissements.

Bl.

Index bibliographique.

ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE ET DE CLINIQUE CHIRURGICALES, par le docteur L. MOYNAO. T. 1^{er}. In-18, 758 pages. — Lauwereyns, Paris, 1876.

Il s'agit dans ce livre qui comprend les maladies des tissus, du crâne, des yeux, de l'appareil olfactif, de notions très-succinctes sur la pathologie chirurgicale ; c'est un manuel, la forme en est simple et concise, il peut servir de guide pour des résumés tels qu'on doit les préparer pour les concours d'externat et d'internat, il renferme des indications nombreuses sur les travaux récents ; nous y voudrions un peu plus de bibliographie remontant à une époque plus ancienne, parce qu'il est bon que les étudiants apprennent de bonne heure à connaître nos classiques.

ESSAI SUR LA RÉSECTION DU GENOU, par le docteur A. PÉARD. In-8, 82 pages. — A. Delahaye, Paris, 1875.

Ce travail renferme des documents nouveaux et nombreux sur la statistique de la résection du genou dans les cas de tumeurs blanches et de difformités, pour ces dernières années, et en particulier sur les opérations pratiquées en Angleterre. L'auteur décrit avec grands détails les procédés opératoires et les pansements employés par Huse et Lister ; il se prononce en faveur de la résection pratiquée de bonne heure.

VARIÉTÉS

L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE.

L'Université de Genève, dont nous avons à plusieurs reprises déjà annoncé la fondation en indiquant les noms de quelques-uns de ses professeurs, va ouvrir ses portes aux étudiants de la Suisse et des pays voisins. Nous avons sous les yeux les règlements et le programme des cours de cette Université, et nous tenons à montrer ce qu'on vult s'imposer de labeur les hommes distingués qui se sont donné la tâche de la faire réussir.

L'Université comprend cinq facultés : sciences, lettres, droit, théologie et médecine. Sont admis et immatriculés comme étudiants en médecine : les bacheliers ès lettres et ès sciences ; les étudiants qui ont suivi les deux années d'études de la section de philosophie et subi des examens déclarés admissibles à la fin de chacune des deux années ; les élèves sortis de la section classique du gymnase avec des certificats d'études ou ceux qui justifient d'études ou de connaissances équivalentes par des diplômes, des certificats ou des examens oraux ; ceux enfin qui fournissent la preuve qu'ils ont étudié une année au moins comme étudiants réguliers dans une faculté correspondante à l'étranger.

Les leçons académiques sont payées par les auditeurs à raison de cinq francs par semestre pour une heure de cours par semaine ; cette rétribution appartient à celui qui fait le cours. Les assistants se voient ou suisses âgés de plus de trente ans sont admis gratuitement.

La durée totale de la scolarité est portée à six ans.

La première année est consacrée à l'étude de la botanique, de la physique, de la chimie inorganique et organique, de l'anatomie comparée et de la zoologie. Les élèves sont exercés aux laboratoires d'anatomie comparée et de chimie. En deuxième année les élèves commencent l'étude de l'anatomie descriptive et de la physiologie avec exercices de dissections et continuent à se perfectionner par l'étude de la chimie organique et de la physique médicale (laboratoires de chimie et d'anatomie comparée). En troisième année l'anatomie descriptive est continuée en même temps que des cours d'embryologie, d'histologie normale et d'anatomie des régions sont joints à des cours complémentaires sur les sujets sur lesquels l'étudiant se sent faible et qui ont trait à des matières indiquées pour les années précédentes. En même temps les élèves sont astreints à suivre les exercices des laboratoires d'histologie, d'anatomie comparée, de physiologie et de chimie. C'est à la fin de cette année que se place l'examen désigné sous le nom de *baccalauréat ès sciences médicales*. La quatrième année comprend les études d'anatomie et de physiologie pathologiques, celles d'histologie pathologique, de pathologie interne et externe enfin de pharmacologie avec des exercices de clinique médicale et chirurgicale, de dissections et de micrographie pathologique.

L'étudiant de cinquième année étudie ensuite la thérapeutique, l'hygiène, la médecine légale, l'obstétrique théorique ; il continue les études de pathologie et de médecine opératoire et est astreint à suivre des cliniques médicale et chirurgicale. En sixième année il se perfectionne dans ses études cliniques en suivant, outre les cliniques médicale et chirurgicale, la clinique obstétricale, la policlinique, les cliniques d'ophtalmoscopie et de psychiatrie, etc. Enfin des *præva docentem* sont spécialement chargés de faire répéter, en vue du doctorat, les cours théoriques et les exercices pratiques, sur lesquels le candidat se sentira surtout faible.

L'examen du doctorat en médecine termine la scolarité. Il comprend cinq examens : 1^o anatomie et histologie, physiologie, anatomie pathologique et pathologie générale, autopsie et préparation d'anatomie normale ; 2^o pathologie interne et externe, médecine opératoire ; trois opérations et une application de bandage ; 3^o hygiène, thérapeutique, matière médicale et pharmacologie, médecine légale, rapport médico-légal ; 4^o examen de cinq malades (deux de clinique interne, deux de clinique externe, un cas d'accouchement), obstétrique avec manœuvre sur le mannequin, discussion sur un des cas de chaque clinique, consultation écrite sur un cas de clinique interne et sur un cas de clinique externe ; 5^o défense d'une dissertation imprimée en langue française sur un sujet de sciences médicales laissé au choix du candidat.

On conçoit que pour exercer les élèves et préparer sérieusement des examens aussi complets il faille un personnel

nombreux de professeurs exercés. Aussi devons-nous indiquer ici non-seulement le nombre des maîtres mais encore le nombre d'heures qu'ils consacrent, par semaine, à leurs élèves. Or nous voyons d'après les programmes de la Faculté de médecine que, outre les exercices pratiques qu'ils dirigent tous les jours, la plupart des professeurs consacrent six heures au moins par semaine à un enseignement théorique. De nombreux cours libres de gynécologie, d'ophthalmologie, de balnéothérapie, de médecine et de chirurgie dentaire, de pathologie des voies urinaires, d'otologie, etc., etc., ont été institués. Nous n'insisterons pas pour montrer les avantages d'un enseignement aussi complet. Les élèves laissés libres de s'inscrire à tel ou tel cours, à la condition que les cours choisis par eux comprennent au moins vingt heures de leçons par semaine dans chaque semestre, pourront aisément trouver à Genève les éléments d'une éducation médicale complète et l'on avouera avec nous que si le gouvernement suisse a fait des sacrifices pour recruter ses professeurs, ceux-ci répondent par leur zèle et leur courageuse initiative aux exigences qu'a le droit de montrer une Université qui se fonde et qui veut durer.

ÉCOLES DE PLEIN EXERCICE DE LYON ET DE BORDEAUX. — En attendant que les Facultés de médecine de Lyon et de Bordeaux aient pu être définitivement instituées, le Ministre de l'instruction publique vient de décider que les Ecoles préparatoires de ces deux villes jouiraient de l'avantage du plein exercice et que les étudiants qui y font leurs études seraient autorisés à y prendre leurs seize inscriptions.

BILAME CHIMIQUE; DANGER DE SON EMPLOI. — M. Tairnet a constaté que les charbons vendus sous le nom de *braise chimique* laissent en brûlant une cendre composée d'oxyde de plomb presque pur (0,83 ont donné 0,78 PbO). Il a recherché à quel point on peut attribuer la production de cette grande quantité d'oxyde de plomb, et il a trouvé que le sel dont ont été imprégnés les charbons dans toute leur profondeur est de l'acétate neutre de plomb. On peut en retirer facilement une partie en les traitant, soit par l'eau distillée bouillante, soit par l'alcool. Si l'on examine à la loupe les charbons, pendant qu'ils brûlent, on peut voir se former des globules de métal réduit, mais qui disparaissent rapidement en s'oxydant à l'air.

Si l'on considère que les charbons possèdent la saveur sucrée caractéristique des sels de plomb, que la proportion d'acétate qu'ils renferment est considérable (près de la moitié de leur poids), et surtout qu'ils s'emploient spécialement dans les cuisines, on devra admettre que l'usage de cette braise peut devenir une cause possible d'absorption de ce dangereux métal. (*Bulletin de thérapéutique*).

NÉCROLOGIE. — On nous annonce la mort de notre honorable confrère le docteur de Puisaye, médecin-inspecteur des eaux d'Enghien.

Du 28 juillet au 3 août 1876, on a constaté 893 décès, savoir :

Variéole, 4. — Rougeole, 25. — Scarlatine, 3. — Fièvre typhoïde, 10. — Erysipèle, 5. — Bronchite aiguë, 21. — Pneumonie, 49. — Dysentérie, 3. — Diarrhée cholériforme des enfants, 62. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 5. — Group, 17. — Affections puerpérales, 3. — Autres affections aiguës, 275. — Affections chroniques, 378, dont 149 dus à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 43. — Causes accidentelles, 16.

SOMMAIRE. — PARIS. Académie de médecine: L'extrémité sous-périostée du calcaneus. — L'Association médicale anglaise et ses congrès de 1876. — Les médecins de la réserve de l'armée active. — HISTOIRE ET ANTIQUITÉ. Étude sur les principales maladies. — TRAVAUX ORIGINAUX. Pathologie externe: Essai d'une monographie de la tumeur élasto-élastique ou traumatique. — SOCIÉTÉ SAVANTE. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de biologie. — REVUE DES JOURNAUX. Cas de rage observé chez une femme à la suite de la morsure d'une chatte. — Analyse de l'hyposphérique. — BIBLIOGRAPHIE. Nouveau traité élémentaire et pratique des maladies mentales. — Index bibliographique. — VARIÉTÉS. L'Université de Genève. — FEUILLETON. Leçons sur l'hygiène et la prophylaxie des maladies vénériennes.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

- Explosion cholérique dans un pénitencier*, étude étiologique de l'influence du logement, du régime alimentaire, de l'eau potable, de l'occupation, de l'âge, de l'état de santé et des relations humaines, sur la marche du choléra au milieu d'une population soumise à un régime identique, par M. Max de Pettenkofer, professeur d'hygiène à l'Université de Munich. 1 vol. grand in-4 avec 8 planches. Paris, G. Masson. 10 fr.
- Instructions crâniologiques et crâniométriques de la Société d'anthropologie de Paris*, par le professeur Paul Broca. 1 vol. grand in-8 avec figures dans le texte et 5 planches. Paris, G. Masson. 6 fr.
- De l'ablation du catanæum en général et spécialement de l'ablation sous-périostée de cet os*, par le docteur Eugène Vincent. 1 vol. in-8. Paris, G. Masson. 5 fr.
- Recherches de chimie médicale sur l'hématine*, par le docteur Paul Cazeneuve. In-8 avec 2 planches. Paris, G. Masson. 3 fr.
- Du traitement des ulcérations chroniques (syphilis, scrofule, etc.) et des plaies atoniques par la sulfure de carbone*, par le docteur Paul Guillaumet. In-8. Paris, G. Masson. 2 fr.
- Contribution à l'étude de la réduction en masse dans la hernie étranglée*, par le docteur Pirichon. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 1 fr. 25
- La fôte du doute (avec détre du toucher)*, par Legrand DuSalle. In-8. Paris, V. Delahaye et C^e. 2 fr. 50
- Clinique ophthalmologique; relevé statistique des opérations pratiquées pendant l'année 1875*, par le docteur de Wecker. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 1 fr. 50
- Des injections intra-utérines et de leurs indications dans les suites de couches*, par le docteur Komorowski. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 1 fr. 50
- Essai sur les contractures du coté de la vessie*, par le docteur Sebeaux. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 2 fr.
- De la dilatation médiate, nouveau mode de dilatation lente et progressive appliquée au traitement des rétrécissements de l'urethre d'origine inflammatoire ou blennorrhagique*, par le docteur Langlebert. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 50 c.
- Essai médico-physiologique sur les formes, les causes, les signes, les conséquences et le traitement de l'onanisme chez la femme*, par le docteur Pouillet. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 2 fr.
- Le psoriasis herpétique aux eaux de la Bourboule, psoriasis superunguéat*, par le docteur Vérité. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 50 c.
- Eaux minérales de Vittel-Goutte; à Gravelle, par le docteur Potézoù*. In-12. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 1 fr.
- Contribution à l'étude des convulsions et paralysies liées aux méningo-encéphalites fronto-pariétales*, par le docteur Louis Landouzy. In-8 de 218 pages avec 6 figures. Paris, J.-B. Baillière et fils. 5 fr.
- Chirurgie antiseptique; principes, mode d'application et résultats du pensément de Lister*, par le docteur Just. Lucas-Championnière. In-8 de 156 pages avec figures. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr.
- Étude sur la vateur séméiologique de l'ecthyma*, accompagnée d'observations recueillies à l'hôpital Saint-Louis, rapports de l'ecthyma avec la syphilis, par Paul Muselier. In-8 de 125 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 2 fr. 50
- De la fluxion ou congestion pulmonaire simple chez les enfants*, par le docteur Hirne. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 2 fr.
- Essai sur l'ecthymie (de la région vulvo-anale)*, par le docteur Fiquet. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 2 fr.
- Des paralysies laryngées*, par le docteur Tissot. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 1 fr. 50
- Étude sur l'accommodation de l'œil*, par le docteur Louis-Victor Poulain. In-8 de 31 pages. Paris, G. Masson. 1 fr.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 17 août 1876.

Société médicale des hôpitaux : UN NOUVEAU CAS DE MANIE RHUMATISMALE. — LE PROJET DE LOI SUR L'ADMINISTRATION DE L'ARMÉE.

Un nouveau cas de manie rhumatismale.

La question du rhumatisme cérébral est l'une de celles que la Société médicale des hôpitaux a surtout contribué à élucider. On peut même dire, avec son savant secrétaire général, qu'elle l'a littéralement créée. Dans ces dernières années en effet Requin et Gosset, Valleix, Bourdon, Vigla, Moutard-Martin et surtout Gubler et G. Séé ont, en communiquant à la Société plusieurs travaux du plus haut intérêt, appelé l'attention sur ces manifestations rhumatismales trop souvent méconnues. Il nous semble donc intéressant de résumer, non sans faire de nombreux emprunts au remarquable rapport de M. Ernest Besnier (*Mém. de la Société des hôpitaux*, t. XII, p. 305), ce que nous ont appris les travaux des membres les plus éminents de la Société des hôpitaux. C'est ce que nous comptons faire dans un prochain article, ne voulant aujourd'hui que signaler la récente communication de M. le docteur Desnos.

On n'a pas oublié le travail qu'un de nos anciens élèves de Strasbourg, le docteur Vaillard, a publié dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE (1876, p. 35). Les deux malades dont il a, d'une manière si remarquable, relaté l'observation avaient présenté, quelques jours après la disparition des symptômes fébriles et articulaires du rhumatisme, des troubles cérébraux caractérisés par de l'inquiétude, une tristesse profonde avec mutisme, appréhensions, crainte obsédante de la mort, puis des hallucinations diverses, enfin un amaigrissement considé-

dérable, rapide, progressif. Tous ces symptômes, disait alors M. Vaillard, présentent le tableau fidèle de la mélancolie, cette affection mentale caractérisée par des idées délirantes de nature triste et par de la dépression portée parfois jusqu'à la stupeur.

Plus récemment (*Gaz. heb.*, p. 378) notre collègue M. Laveran communiquait à la Société des hôpitaux l'observation d'un soldat atteint de folie consécutive à un rhumatisme articulaire aigu. Après avoir été successivement atteint de rhumatisme polyarticulaire, de pneumonie et de péricardite, ce malade avait été pris de délire avec agitation extrême et hallucinations de la vue et de l'ouïe; peu à peu il était tombé dans un état de lypémanie avec amaigrissement sensible; la guérison avait été complète, comme dans les cas cités par M. Vaillard, après deux mois environ. M. Laveran, discutant les observations analogues à celle qu'il a rapportée, pense qu'il est impossible de soutenir que les désordres de l'intelligence observés à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu ne se distinguent en rien de ceux qu'on observe dans la pneumonie, la fièvre typhoïde, etc. Nous aurons à revenir sur ce mémoire, qui établit avec une grande précision les caractères de la manie rhumatismale.

Le travail que M. le docteur Desnos vient de lire à la Société des hôpitaux contient aussi la discussion d'un nouvel exemple de cette forme du rhumatisme cérébral sur laquelle Mesnet et Griesinger ont surtout appelé l'attention.

« Il s'agit d'une femme de trente-deux ans, sans antécédents véneux personnels ou héréditaires, mais subissant pour la seconde fois depuis sept ans deux attaques de rhumatisme articulaire aigu dont la dernière, celle qui l'a amenée à l'hôpital, dure depuis plus de trois mois. Après des péripéties nombreuses, cette dernière attaque, compliquée d'une lésion de la valvule mitrale entraînant à sa suite toute une série de graves phénomènes d'asthysolie du côté du foie, du côté de la circulation pulmonaire ou périphérique, est tout à coup marquée dans son

FEUILLETON

Lettre sur la syphilis verrière

A M. LE PROFESSEUR BOUCHARD.

Mon cher confrère, dans les leçons que vous faites sur la prophylaxie des maladies vénériennes, — leçons dont je vous félicite pour vous, dont je vous remercie pour la spécialité qu'elles honorent, — vous dites, au sujet de la syphilis des verriers : « Les ouvriers ont résolu la question d'une façon plus simple et tout aussi efficace : ils se sont imposés spontanément l'obligation de la visite médicale; avertis du danger, ils se surveillent et exercent les uns sur les autres une inquisition permanente qui permet difficilement aux malades de dissimuler leur état; de plus, ils vont à jours fixes réclamer du médecin de l'usine une visite corporelle minutieuse. »

Voilà, en effet, ce qui devrait être, cher confrère; mais

voilà ce qui n'est pas. Nous avons encore eu, il y a quatre ou cinq mois, une épidémie de syphilis verrière à Rive-de-Gier; dix ou douze ouvriers ont été infectés, eux et quelques membres de leurs familles. Plus récemment, il y a quinze jours, j'ai été appelé, à Givors, pour faire une sorte de visite générale dans une usine où régnait la terreur; et ce n'était pas sans sujet, car j'ai trouvé trois ouvriers atteints d'une syphilis pustuleuse générale avec plaques muqueuses, absence de lésion génitale et traces caractéristiques de lésion primitive buccale. Enfin avant-hier, un pauvre ouvrier de Rive-de-Gier est venu me montrer un large chancre labial avec une éruption générale papuleuse. Il avait de trop bonnes raisons, celui-là, pour connaître la nature de son mal, car il sait que celui qui lui passe la *canne* a des plaques dans la bouche, et, de plus, son père à lui a eu jadis, lui aussi, le même mal, cette *syphilis verrière*.

Vous voyez, cher confrère, où nous en sommes. Le remède sur lequel vous comptez avec raison serait excellent; serait

cours, au moment où commencent à s'amender les symptômes articulaires, par des accidents paralytiques ou plus simplement parétiques. Ceux-ci consistent en une impuissance motrice des membres du côté droit, accompagnée de difficulté dans l'articulation des mots, mais avec intégrité des fonctions intellectuelles.... Cette paralysie se reproduit à deux reprises différentes... et s'est seulement alors que les suites de la seconde attaque ont à peu près complètement disparu que font tout à coup explosion les désordres psychiques qui jusqu'alors avaient fait complètement défaut. Ceux-ci consistent, au début, en un délire généralisé assez incohérent s'accompagnant probablement d'hallucinations avec agitation excessive, présentant, en un mot, les caractères de la manie aiguë. Mais cette phase de la maladie est transitoire; rapidement un calme relatif se produit, le délire se systématisé; il est surtout marqué par un besoin de surveillance, de contrôle sur les personnes de l'entourage, par une tendance aux idées de persécution accompagnées d'hallucinations, d'un grand fond de tristesse, d'accumulation en même temps que de refus de prendre des aliments, refus qui peut être le fait d'une anorexie réelle ou le résultat de conceptions délirantes. Cette apathie, cette disposition à la tristesse, à l'apathie persiste encore alors que les actes et la conversation de la malade sont devenus raisonnables; et elle ne se dissipe que lentement. »

M. Desnos, examinant les diverses interprétations qu'on peut donner à cette observation, n'hésite pas à affirmer que les désordres de l'entendement ne peuvent pas être considérés comme dépendant de la lésion cérébrale qui a donné naissance aux symptômes de paralysie motrice. Celle-ci avait disparu depuis vingt jours quand la vésanie s'est manifestée, et le délire lui-même s'est dissipé trop vite pour que l'on puisse penser qu'il soit lié à une lésion grave et persistante de l'encéphale.

Bien que plusieurs aliénistes aient cherché à établir un lien de causalité entre les lésions du cœur et certaines vésanies, M. Desnos ne peut admettre non plus que la manie observée chez sa malade ait été déterminée par les troubles aystoliques auxquels elle a succombé. Les désordres de l'intelligence dans les maladies du cœur sont caractérisés par un délire doux, tranquille, une sorte de coma vigil différant essentiellement de cette excitation maniaque suivie de délire systématisé avec hallucination que l'on observe chez les rhumatisants. Ce qui le prouve d'une manière évidente, c'est que la malade de M. Desnos, guérie de la manie rhumatismale dont elle avait été atteinte, a succombé à une attaque d'asthénie durant laquelle elle a conservé la parfaite intégrité de son intelligence.

M. Desnos éloigne enfin l'idée d'un rhumatisme hyperpyré-

tique, cette forme si remarquable et que l'on commence à bien connaître, du rhumatisme cérébral. Nous aurons à développer les arguments de M. Desnos en rappelant les principaux symptômes et les caractères du rhumatisme cérébral hyperpyrétique. Bornons-nous à conclure, avec lui, qu'il s'agissait bien dans ce cas d'un accès de folie survenu pendant l'évolution d'un rhumatisme articulaire aigu et causé par le rhumatisme lui-même. Il reste à déterminer quelle est la nature de ces troubles vésaniques qui se manifestent chez les rhumatisants, et à voir s'il n'est pas possible d'essayer une classification de ces accidents si bizarres et si variés que l'on confond encore sous la dénomination générale de rhumatisme cérébral.

L. L.

Le projet de loi sur l'administration de l'armée.

Les Chambres se sont séparées avant d'avoir pu commencer la discussion du projet de loi sur l'administration de l'armée, qui doit enfin régler d'une manière définitive les attributions des médecins militaires. Mais le rapport fait au nom de la commission sénatoriale par M. de Freycinet a été déposé le 31 juillet dernier, et tout nous permet d'espérer que les conclusions de ce rapport seront adoptées au mois de novembre prochain. Il n'est donc pas sans intérêt d'en faire connaître dès aujourd'hui les principales dispositions.

On se rappelle, dit l'honorable rapporteur, les plaintes souvent assez vives qui se sont échangées de tout temps entre les médecins et les intendants. Les règlements donnaient aux premiers la direction technique des hôpitaux et ambulances et aux seconds la direction administrative. Cette démarcation, en apparence assez nette, laissait subsister beaucoup d'occasions de conflits. Les médecins prétendaient que, sous prétexte de police et de discipline, on s'ingérait dans l'hygiène, que, sous prétexte d'administration et de contrôle, on réformait leurs prescriptions; que le personnel ne leur obéissait pas; qu'ils n'étaient pas maîtres dans leur hôpital; qu'à chaque instant il fallait recourir, pour lever les difficultés, à un intendant qui n'était pas toujours sur les lieux; bref, que le service souffrait des maux inévitables qu'entraîne une dualité de direction. Quelles que soient les réserves faites par M. de Freycinet au sujet de la légitimité de ces plaintes, on ne saurait, selon nous, mieux indiquer la situation exacte que créait aux médecins d'hôpital la loi qui détermine encore les rapports entre les médecins et les intendants; et nous pour-

radical... s'il était appliqué; mais il ne l'est pas. Les visites médicales ne fonctionnent régulièrement que dans une seule usine, à Rive-de-Gier, et encore elles n'y ont lieu que tous les mois. Or vous savez avec quelle fréquence récidivent les plaques muqueuses, surtout chez ces ouvriers, dont le travail même est une cause d'évolution, un incessant appel à de nouvelles poussées buccales. Le principal danger vient des *rouleurs*, ouvriers qui ayant quitté leur usine (souvent pour cause de syphilis), se dépayser, viennent dans une ville où nul ne les connaît ni ne les soupçonne et infectent un atelier. Les ouvriers connaissent bien cette origine-là : presque toujours c'est d'elle que vient la contagion; ils sont les premiers, une fois le malheur arrivé, à dire qu'on ne devrait admettre aucun nouveau venu à travailler avec eux sans qu'il exhibe un certificat récent de santé; mais leur demande jusqu'ici est restée sans écho.

La médecine locale, que vous connaissez, cher confrère, n'a aucune responsabilité dans ces désastres, dont chaque

nouvel exemple me navre autant qu'il m'indigne. Non-seulement nous avons lassé la presse et les Académies de nos communications, de nos avertissements sur ce sujet, mais nous avons agi avec insistance auprès des patrons (vous avez vu que quelques-uns ont fait quelque chose).

Craignant que les médecins attachés à l'usine n'eussent pas toute la liberté morale pour prononcer les exclusions nécessaires, j'écrivis au maire que, s'il y consentait, mes collègues M. Rodet, M. Rollet et moi, nous irions, à tour de rôle, faire la visite tous les huit ou quinze jours... Savez-vous ce que nous obtînmes? Une lettre d'un adjoint me disant que « M. le maire, absent pour le moment, me répondrait au sujet de cette proposition si philanthropique. » Il y a dix ans et demi de cela, et M. le maire n'est sans doute pas encore rentré à son poste, car je n'ai plus entendu parler de rien.

Emue de ce fléau permanent, la Société de médecine de Lyon résolut de saisir de la question le premier magistrat du département, et c'est moi, comme secrétaire général, qui

rions citer bien des faits qui montrent que rien n'est exagéré dans cet exposé des griefs exprimés par les médecins.

Le médecin d'hôpital ne peut encore aujourd'hui ordonner que les fenêtres d'une salle de malades restent ouvertes ou fermées suivant que les besoins du service ou l'hygiène hospitalière l'exigent; il est astreint à se soumettre, pour ses prescriptions et le régime qu'il croit devoir accorder à ses malades, à un tarif et à des règlements que l'intendant seul a le droit de modifier. Il est pécuniairement responsable des infractions à la règle et peut être astreint à payer de ses deniers le sulfate de quinine qu'il a prescrit au moment d'une épidémie. Il lui est en outre impossible d'obtenir l'obéissance des agents ou des soldats qui, ne relevant que de l'intendant, s'imaginent qu'il est de leur intérêt de méconnaître l'autorité du médecin et de chercher à contrecarrer ses intentions les plus légitimes. N'a-t-on pas vu, ce qui est plus grave encore, certains intendants, trop souvent éloignés durant une action de l'ambulance à la tête de laquelle ils se trouvaient placés, y arriver à l'improviste au moment même où le médecin en chef s'efforçait d'assurer le service des ambulances volantes, et interdire à tous les médecins d'obéir à leurs chefs directs en soutenant que, du moment qu'ils n'y avaient pas songé, les ambulances volantes devenaient inutiles ?

Il importait donc de remédier à des incon vénients réels, et c'est pourquoi toute l'armée applaudira à la décision qui donne au médecin la direction du service de santé. D'après la loi nouvelle, le médecin aura le droit et le devoir de surveiller les magasins, de s'assurer que rien ne manque dans l'hôpital ou l'ambulance. Il fera part de ses observations au commandement, mais il n'aura aucune espèce d'ordres directs à donner dans cette branche du service. Par contre, il ordonnera directement toutes les dépenses concernant l'alimentation et le traitement quotidien des malades, sans aucun visa ou contrôle préalable de l'intendant. Cette distinction est assez naturelle et très-légitime. Le médecin pouvant ordonner les dépenses urgentes jouira de l'indépendance que réclame l'intérêt de ses malades; n'ayant pas à s'occuper des approvisionnements, il sera débarrassé de détails d'écriture et de comptabilité peu en harmonie avec ses goûts et étrangers à sa compétence.

Toutes ces innovations sont excellentes, et nous n'hésitons pas à retirer, si ce projet de loi est adopté, toutes les objections que nous avions dû faire au projet présenté par le ministre. L'autonomie du corps de santé de l'armée et le maintien de

l'assimilation, qui seule peut définir la situation militaire des médecins, se trouvent en effet assurés par ce nouveau projet de loi; mais il contient des dispositions plus avantageuses encore. On n'a pas oublié qu'en 1873 le ministre de la guerre avait cru devoir consulter l'Académie de médecine sur les modifications à apporter aux règlements qui définissaient les attributions respectives des médecins et des pharmaciens militaires. Après une longue et orageuse discussion, l'Académie n'avait pu répondre d'une manière suffisamment précise aux questions du ministre et n'avait pas cru devoir adopter toutes les conclusions du remarquable et lumineux rapport lu à cette occasion par M. Broca. Or le projet de loi défendu par la commission sénatoriale ne s'arrête même pas à discuter quelles pourraient être les objections à faire au système qui consiste à subordonner les pharmaciens et les comptables au médecin, chef de l'hôpital et de l'ambulance. Il se borne à constater la nécessité évidente de l'unité de direction dans les hôpitaux et en conclut que, puisque les médecins sont affranchis de la direction des intendants, il est indispensable qu'ils deviennent les chefs directs des pharmaciens et des comptables. Aussi le projet de loi a-t-il résolu la question si longuement débattue devant l'Académie, et, pour bien affirmer l'autorité des médecins, proposé la création d'un médecin inspecteur général chef du service médical de l'armée.

Nous n'avons donc plus qu'à souhaiter, après l'adoption de ce projet de loi, le rejet de celui qui conclut à la suppression des hôpitaux militaires et à l'admission de tous les soldats malades dans les hospices civils. Il serait en effet bien regrettable qu'après avoir relevé, au point de vue administratif, la situation des médecins de l'armée, on les considérât désormais comme incapables de traiter leurs malades, et qu'on leur imposât un travail de bureau pour arriver plus facilement à leur interdire les fonctions médicales qu'ils aiment surtout à remplir. Nous espérons aussi que les singulières dispositions qui régissent l'admission des médecins de l'armée dans les hôpitaux et les obligent à passer successivement des hôpitaux aux régiments (voy. *Gaz. hebdom.*, p. 435), seront bientôt rapportées. Enfin, il nous semble nécessaire, et l'adoption du projet de loi rapporté par M. de Freycinet paraît l'exiger, qu'une direction médicale soit créée au ministère de la guerre et que les nominations des médecins de l'armée soient faites désormais par leurs chefs directs et non par les employés subalternes des bureaux de la guerre. Avec ces modifications de détail qui ne pourront manquer d'être

rédigée la supplique aussi pressante que détaillée; c'est moi qui la portai à la préfecture. Pas de réponse; mais je n'ai pas perdu tout espoir, car il n'y a que huit ans, et il faut bien que chaque affaire vienne à son tour.

Les choses en étant là, l'administration à ses deux degrés étant duement avertie que des familles innocentes, victimes de leur travail, sont infectées dans leurs membres vivants, dans leur descendance, et l'administration fermant les yeux et les oreilles, qu'y a-t-il à faire ?

A coup sûr, ce serait aux ouvriers à se faire justice. Et ils le pourraient par deux moyens : d'abord en refusant de travailler avec tout nouveau venu qui ne produira pas un certificat de santé; puis, lorsqu'ils ont été infectés notablement par le fait de l'exercice de leur profession, en actionnant judiciairement leurs patrons en paiement de dommages-intérêts.

J'ai souvent indiqué ces voies et moyens aux malheureux qui me consultent; je leur ai donné de chaudes recommandations pour obtenir, s'ils se décidaient à porter plainte,

l'appui moral du corps médical, ainsi que le bénéfice de l'assistance judiciaire; mais, faibles, les uns, dépendants, bien certains d'être renvoyés de l'atelier et par conséquent sans pain eux et leur famille, dès la première résistance ou la première plainte qu'ils formuleraient. Que peuvent-ils ? Je les ai poussés à s'unir, à former un syndicat, une caisse de secours... mais il se trouve, j'en ai acquis l'expérience, que les membres de cette profession n'ont pas entre eux l'affinité qui existe dans d'autres industries, et qui rend, par exemple, les typographes, les chapeliers, si unis entre eux et par là si redoutables à leurs patrons !

Ajoutons que les patrons, — il faut être juste pour tout le monde — ont généralement l'habitude d'adoucir par une indemnité la misère de celui que la maladie ainsi contractée met dans l'impossibilité de travailler. Mais est-ce d'un insuffisant palliatif que peut se contenter la thérapeutique telle que nous la comprenons vous et moi.

La solution est-elle donc impossible ? J'en entrevois bien

prochainement décidées, l'organisation du corps de santé de l'armée sera enfin sinon parfaite, du moins comparable à celle des autres services de l'armée.

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiologie pathologique.

SUR UNE NÉVROSE VASO-MOTRICE SE RATTACHANT À L'ÉTAT HYSTÉRIQUE; GUÉRISON PAR LES COURANTS INTERMITTENTS, par le docteur ARMINAUD (de Bordeaux).

Je viens de communiquer à l'Académie de médecine l'observation d'une névrose vaso-motrice se rattachant à l'état hystérique et vraiment remarquable, tant à cause de sa rareté extrême que par la nature et la complexité de ses principaux symptômes. Elle m'a paru d'autant plus digne de fixer l'attention que d'une part la guérison de cette névrose s'est confirmée et maintenue depuis plus de quatre mois et que d'autre part je ne me suis pas borné à l'observer seul, jour par jour, pendant plusieurs mois. En effet, pour lui donner toute l'authenticité désirable, j'en ai fait constater les principaux symptômes à diverses reprises, par plusieurs de mes confrères de Bordeaux, que j'ai amenés tout exprès auprès de ma malade. Je citerai en particulier : M. le docteur Levieux ; M. le docteur Moussous, médecins honoraires des hôpitaux de Bordeaux ; M. le docteur Lannougue, professeur à l'École de médecine ; M. le docteur Rozier, médecin des douanes, et M. le docteur Saus.

Cette observation présente une assez grande complexité pour qu'il soit nécessaire, avant d'entrer dans l'histoire détaillée et jour par jour de la maladie, de tracer une esquisse rapide de ses principaux traits et d'en donner un résumé analytique qui guidera le lecteur dans l'examen et l'interprétation de cette longue série de troubles morbides.

Il s'agit d'une jeune fille qui, indépendamment d'une névralgie cervico-brachiale datant de plusieurs années et continue, est atteinte d'accès d'hystérie convulsive, d'abord irréguliers, plus tard régulièrement périodiques. Après quelques semaines, ces accès convulsifs cessent tout à coup et sont remplacés dès le jour de leur disparition par un accès de sommeil qui revient chaque jour à la même heure, et d'une durée toujours égale; bientôt cet accès de sommeil se double, et il s'en produit deux par jour revenant chacun à la même heure et d'une durée toujours la même pour chacun d'eux; enfin il vient bientôt s'y ajouter quatre autres phénomènes nouveaux, non moins singuliers; en sorte qu'à partir d'une certaine période de la maladie la malade est successivement atteinte, *chaque jour* :

1° De onze heures moins un quart à onze heures du matin, d'un premier accès de sommeil d'un quart d'heure de durée.

2° De deux heures moins un quart à trois heures vingt minutes, d'un deuxième accès de sommeil d'une durée d'une heure trente-cinq minutes.

3° A cinq heures et demie du soir, d'une congestion locale des deux yeux d'une durée de deux heures.

4° D'une *asphyxie locale des extrémités* survenant pendant la congestion des yeux et disparaissant avec elle.

5° À six heures cinq minutes, d'une névralgie intercostale droite d'une grande intensité, cessant brusquement à six heures et demie précises et n'étant apparue pour la première fois que quinze jours après la guérison de la névralgie cervico-brachiale.

Enfin une *chronidrose des paupières* est venue s'ajouter, à la fin de la maladie, à tous ces phénomènes.

Ce qu'il y a de particulièrement remarquable dans cette observation de névrose si complexe, c'est que pendant les accès de sommeil, alors que toutes les parties du corps étaient absolument insensibles aux excitants les plus énergiques et qu'il était absolument impossible de réveiller la malade, la *pression exercée sur l'apophyse épineuse de la deuxième vertèbre dorsale* déterminait des signes de sensibilité très-vive chez la malade, qui, sans se réveiller cependant, éprouvait des tressaillements et des sanglots, et dont la physionomie prenait l'expression de la douleur la plus vive, phénomènes qui essaient dès que la pression était abandonnée.

Jusqu'au jour où la malade vint demander mes soins, les traitements les plus variés et les plus énergiques avaient été employés pendant plusieurs mois sans amener aucune amélioration, ni dans l'intensité de la névralgie cervico-brachiale, ni dans les accès de sommeil, dont la périodicité régulière et la durée n'avaient été modifiées en rien. Mais la constatation du point douloureux apophysaire, que je fis dès le premier jour où j'observai la malade, me fournit l'indication du traitement qui devait la guérir et de sa névralgie et de ses accès de sommeil, de même que des accès de congestion oculaire et d'asphyxie locale.

En effet, l'application de quelques vésicatoires sur le point douloureux vertébral suffit à faire cesser entièrement la névralgie, qui n'a plus reparu depuis le 23 novembre 1875, et j'ai en également la satisfaction d'obtenir la guérison des accès de sommeil par l'application des courants électriques intermittents faite *sur le même point* pendant l'accès; chaque jour la durée des accès diminuait de deux ou trois minutes et plus quand cette application avait lieu, tandis que toutes les fois que l'électrisation était suspendue ils regagnaient en longueur les quelques minutes qu'ils avaient perdus les jours précédents.

Quant à l'enduit d'un noir bleuâtre qui constitue la chroni-

me. Mais le but de votre lettre, mon cher confrère, étant plutôt de faire appel à votre esprit judicieux, je préfère en rester là pour aujourd'hui.

Recevez, etc.

Votre confrère le plus cordialement dévoué,

P. DIDAY.

Lyon, 13 août 1876.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — M. Guillemin (Nicolas-Auguste), professeur de physique au lycée d'Alger, est institué suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle, pour une période de neuf années.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — M. Poisson, docteur en médecine, est institué chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, pour une période de neuf années.

EXERCICE ILLÉGAL. — Le comité de défense de l'Association des médecins de la Gironde avait signalé à l'attention du parquet un nommé Tartas, de la rue Fondaudou. Cet industriel vient de se faire prendre en flagrant délit d'exercice illégal, grâce au concours aussi actif qu'intelligent et dévoué d'un de nos jeunes et plus sympathiques confrères. La victime était tellement défigurée par les ineptes cauterisations de l'audacieux médecin, que le tribunal correctionnel a dû se montrer sévère : le délinquant s'est entendu condamner à 15 jours de prison, 300 francs d'amende et 300 francs de dommages-intérêts.

Il est bon de dire que Tartas avait déjà fait vingt et un jours de prison préventive, ce qui fait en somme trente-six jours d'incarcération.

La plainte a été soutenue par M^e Verdalle, conseil judiciaire de l'Association.

(Gaz. méd. de Bordeaux.)

drose des paupières, il existe encore aujourd'hui (24 juin), et c'est la seule manifestation morbide dont reste atteinte cette jeune malade, qui, à l'heure qu'il est et depuis plusieurs mois, a repris son sommeil normal de nuit, son appétit, son embonpoint, sa fraîcheur et tous les attributs de la santé.

Cette observation présente donc un double intérêt : tout d'abord, au point de vue pratique, qui me préoccupe avant tout en ma qualité de médecin praticien, elle fait ressortir une fois de plus l'importance de l'exploration de la colonne vertébrale, non-seulement dans les névralgies, mais dans toutes les névroses de quelque nature qu'elles soient, et démontre l'utilité pratique de la recherche des points douloureux rachidiens provoqués par la pression, sur lesquels j'ai attiré l'attention avec insistance dans des publications antérieures, enfin, au point de vue scientifique, la coexistence chez une même malade et dans la même journée, des accès de sommeil nerveux, de congestion locale et d'asphyxie locale symétriques et intermittents, mérite assurément l'attention des pathologistes.

Obs. Névrose vaso-motrice se rattachant à l'état hystérique, avec accès régulièrement intermittents bi-quotidiens de sommeil d'une durée toujours égale, avec anesthésie complète à l'exception d'un seul point du corps. Congestion locale intermittente des conjonctives. Anémie locale des extrémités, également intermittente. Clamrose des paupières. Guérison par les courants intermittents. — Le 20 octobre 1875, mademoiselle P. M..., âgée de vingt-quatre ans, se présente pour la première fois dans mon cabinet, avec sa mère. Elle vient, me dit-elle, demander mes soins pour deux maladies bien distinctes dont elle est affectée : la première est une névralgie qui a son siège dans l'épaule et le bras gauches; l'autre consiste en une perte de connaissance subite qui se reproduit deux fois par jour à la même heure : la première le matin, à onze heures moins un quart, pour durer un quart d'heure, la seconde à deux heures moins un quart, pour durer une heure trente-cinq minutes. La névralgie date de quatre ans, elle est continue depuis cette époque, avec des exacerbations très-douloureuses et très-fréquentes; elle est survenue à la suite d'une chute violente sur l'épauille gauche. La première apparition des pertes de connaissance date du 23 août 1875, époque à partir de laquelle elles n'ont jamais cessé de se reproduire une seule fois; elles ont immédiatement succédé à des crises de nerfs également intermittentes, qui, après s'être reproduites pendant quelques semaines seulement, ont cessé le jour même de la première perte de connaissance. Ces deux affections ont résisté, me dit-elle, à tous les traitements auxquels l'a soumise, depuis huit ou quatre mois, avec une grande persévérance, son médecin, mon confrère et ami, le docteur Vergely, de Bordeaux, et celui-ci lui ayant déclaré qu'il se sentait peu encouragé par l'insuccès des traitements employés et disposé à l'expectation jusqu'à nouvel ordre, elle a compris que sa maladie était de celles en présence desquelles la médecine est quelquefois obligée d'avouer les limites de sa puissance, et c'est avec bien peu d'espoir qu'elle vient, pour la dernière fois, consulter un médecin.

Avant d'exposer les détails de l'observation, voici, en quelques mots, l'état général de la malade au moment où j'ai commencé mon examen, ainsi que les renseignements qui m'ont été fournis par mon confrère.

D'un tempérament lymphatico-nerveux, mademoiselle P. M..., jusqu'au moment de l'invasion de la maladie actuelle, n'a présenté aucun antécédent morbide notable. Son père jouit d'une excellente santé; sa mère n'a jamais eu d'autre affection nerveuse qu'une hémiplegie faciale à frigore aujourd'hui guérie.

La menstruation est régulière. La malade supporte difficilement une marche un peu prolongée, éprouve une grande faiblesse dans tous les membres, la physionomie est un peu fatiguée, la face est pâle, les muqueuses conjonctivales et celles des gencives sont décolorées. On entend un léger bruit de souffle au premier temps et à la base du cœur. Il y a, en un mot, un état chloro-anémique assez prononcé. L'appétit est faible, mais il n'y a aucun trouble digestif. Le sommeil, qui a toujours été très-léger, l'est devenu bien davantage depuis quatre mois, époque à laquelle la névralgie a pris une intensité beaucoup plus grande.

Voici maintenant les renseignements qui m'ont été fournis par le docteur Vergely sur l'état de la malade antérieurement à mon examen.

Il a commencé le traitement de la névralgie cervico-brachiale

le 6 juillet 1875 et l'a continué jusqu'à la fin d'octobre. Quant aux accès convulsifs, ils sont survenus pour la première fois le 15 ou le 16 juillet, à la suite d'impressions morales tristes. C'étaient de véritables crises d'hystérie nettement caractérisées, avec sensation de boule, constriction à la gorge, convulsions cloniques, pleurs, sanglots, etc. Après s'être renouvelés d'une manière irrégulière pendant quelques jours, ces accès ont bientôt pris une forme régulièrement intermittente, se reproduisant chaque jour à la même heure jusqu'à 17 août; à partir de ce jour l'accès se termine par un sommeil calme et profond qui dure quelques minutes; chacun des jours suivants les symptômes sensitivo-moteurs de la crise diminuent progressivement d'intensité, tandis que le sommeil qui la termine se prolonge de plus en plus. Enfin, à partir du 23 ou du 24 août les phénomènes convulsifs proprement dits disparaissent, et l'accès quotidien est désormais constitué, pendant sept ou huit jours, par un sommeil se reproduisant chaque jour à onze heures du matin, se terminant vers une heure et demie de l'après-midi, et précédé seulement de quelques spasmes pharyngiens et de légers sanglots; puis, vers le 30 août, cet accès de sommeil se dédouble et il y en a deux au lieu d'un : le premier à onze heures moins un quart, d'une durée de quinze minutes; le second à deux heures moins un quart, d'une durée d'une heure et demie.

Les traitements successivement employés par moi distingué confrère ont été nombreux. A l'extérieur furent successivement appliqués, soit isolément, soit combinés sous diverses formes : tentures d'iodo, de véronique, essence de térébenthine, chloroforme, extrait de belladone, cyanure de potassium, pulvérisations d'éther loco dolenti, vésicatoires morphinés, injections hypodermiques de morphine; à l'intérieur : bromure de potassium, préparations de valériane, de fer, d'aconit, chlorure, iodure de potassium, pilules de Mégin, de Crosnier, cyanure de potassium, préparations de quinquina, sulfate et valériane de quinine, enfin hydrothérapie. Mon confrère confirme le dire de la malade : ces divers traitements n'ont amené aucune amélioration appréciable; et il ne croit guère à l'efficacité de traitements nouveaux.

Telles sont les conditions dans lesquelles se trouve la malade au moment où elle vient provoquer mon examen et se confier à mes soins, dont voici maintenant l'exposé complet à partir du 29 octobre 1875, jour où je la vis pour la première fois.

Portant tout d'abord mon attention sur la névralgie cervico-brachiale, j'explore attentivement la colonne vertébrale, comme j'ai l'habitude de la faire dans tous les cas de névralgie, en exerçant une pression successive sur chacune des apophyses épineuses des vertèbres. Arrivée à la deuxième dorsale, la pression détermine une douleur vive et la malade pousse un cri; il n'y a pas d'irradiation dans l'épaule douloureuse, mais une douleur et une sensation de constriction pénible se fait sentir au niveau de la partie inférieure du sternum. Ces phénomènes cessent dès que la pression n'est plus exercée.

La pression pratiquée sur les vertèbres situées au-dessous et au-dessus ne provoque aucune douleur.

La constatation de ce point douloureux me permet de donner à la malade quelque espoir de guérison en ce qui concerne la névralgie, car l'application de révéralis, que je fais depuis plusieurs années sur le point rachidien dans les névralgies rebelles aux autres traitements, me réussit habituellement.

Mais il est deux heures moins seize minutes, et la malade m'avertit que son accès de sommeil va bientôt commencer; elle éprouve, en effet, les symptômes précurseurs qui annoncent chaque fois l'invasion de l'accès, à savoir : une exacerbation subite de sa douleur névralgique, un léger malaise indéfinissable et enfin une sensation d'engourdissement douloureux qui, partant de la partie moyenne du bras gauche, monte lentement vers la tête. En effet, à peine m'a-t-elle expliqué ce qu'elle éprouve, qu'elle tombe tout à coup dans un sommeil profond.

Pour ne pas avoir à me répéter trop souvent, je donne ici une fois pour toutes la description détaillée de ce premier accès, auquel j'ai assisté, tous les autres, que j'ai également observés pendant près de trois mois et demi, n'en étant que la reproduction, et je me bornerai, pour chacun des accès suivants, à indiquer les caractères du pouls, de la respiration, de la température, et pour quelques-uns d'entre eux les phénomènes nouveaux qui sont survenus pendant leur durée.

Description de l'accès de sommeil. — La physionomie et l'attitude de la malade sont celles d'une personne plongée dans un sommeil naturel et calme, sans aucune expression de souffrance, sans déviation des traits, sans écume à la bouche; mais la face, qui quelques instants avant l'accès était légèrement pâle, est devenue légèrement colorée; les deux oreilles sont très-congestionnées et un

peu tuméfiées; les membres sont dans la résolution; il n'y a pas de cataplexie à aucun moment de l'accès; les membres retombent, dès qu'on les soulève, dans leur position première, et les muscles des membres, de même que ceux du tronc, ne conservent aucune des directions et positions que je cherche à leur imprimer. J'ajoute que cette absence de cataplexie a été constante et a été constatée pendant tous les accès qui ont suivi jusqu'au jour de la guérison.

Les mâchoires sont assez fortement serrées l'une contre l'autre; toutefois il est facile de vaincre la résistance des muscles et d'ouvrir la bouche; mais elle se referme presque aussitôt.

Les paupières sont fermées; on les entrouvre facilement, mais elles se referment peu à peu. Par intervalles, de légers spasmes palpébraux se manifestent aux deux yeux.

Les yeux sont convulsés en dedans et en bas. La pupille est légèrement contractée, comme dans le sommeil normal et contrairement à ce qui a été observé généralement dans les cas de *coma hystérique*. Les conjonctives ne sont pas injectées.

Le pouls, que j'ai toujours trouvé dans la suite, dans l'intervalle des accès, entre 70 et 75, bat 120 fois par minute. Il est faible, dépressible, un peu irrégulier. Les battements du cœur sont un peu obscurs.

La respiration est parfaitement libre, non stertoreuse, régulière, ne présente aucune inégalité, aucune pause anormale entre les deux mouvements respiratoires; mais elle est très-accelérée: de 30 à 35 mouvements respiratoires par minute.

À l'auscultation, le murmure vésiculaire se perçoit très-nettement; aucun bruit normal. À la percussion, sonorité normale dans toute l'étendue de la poitrine.

Les extrémités sont froides et légèrement cyanosées. Un thermomètre maintenu sous l'aisselle pendant quarante minutes donne 37,7, c'est-à-dire la température normale.

L'abdomen présente un volume et une consistance normales, sans dureté ni relâchement.

La sensibilité est complètement abolie: les pincements, les piqûres les plus profondes pratiquées sur la peau dans toutes les régions du corps, aux meninges, au tronc, à l'abdomen et à la face ne déterminent aucun signe de douleur, pas même le moindre mouvement réflexe; des tiges rigides introduites dans les narines, des attouchements pratiqués sur les sclérotiques, des corps très-chauds et très-froids, mis en contact prolongé avec la surface du corps, la paume des mains et la plante des pieds, ne donnent pas de résultats.

Les sens *spéciaux* sont complètement éteints: la malade ne répond à aucune parole, même prononcée à très-haute voix; des sonneries très-vibrantes approchées de ses oreilles, les sons du piano, etc., ne provoquent pas le moindre signe de sensation; une lumière intense approchée de ses yeux, les paupières étant entrouvertes; des odeurs très-fortes, de l'ammoniaque, approchées de ses narines; des tractions assez fortes exercées sur les cheveux, des fustigations avec une serviette mouillée pratiquées avec énergie sur les différents points du corps, ne déterminent pas le moindre signe d'impression perçue. Des frictions légères et des insufflations exercées sur les paupières, suivant le procédé appliqué avec succès par Puel et par Azam dans quelques cas de cataplexie et d'hypnotisme, ne parviennent pas davantage à réveiller la malade. C'est alors qu'appliquant le doigt successivement sur chacune des apophyses épineuses des vertèbres, à partir de la première cervicale, et exerçant sur elles une légère pression, je constate que toutes sont absolument insensibles, à l'exception d'une seule: *C'est l'apophyse épineuse de la deuxième dorsale*. En effet, quand j'arrive à cette vertèbre, la malade, jusque-là calme et absolument immobile, se lève en sursaut, éprouve des trépidations très-prononcées, sa respiration s'accroît convulsivement et sa physionomie prend l'expression de la douleur la plus vive; toutefois elle ne se réveille pas et ne prononce aucune parole. Ces signes de douleur et cette expression de souffrance dans la physionomie persistent pendant toute la durée de la pression et cessent presque immédiatement dès que je cesse de l'exercer. Sur aucune autre vertèbre, soit au-dessus, soit au-dessous, la pression ne détermine le moindre signe de sensibilité, et sur cette même deuxième vertèbre dorsale, la sensibilité est limitée strictement à l'apophyse épineuse, le corps de la vertèbre pouvant être pressé sans déterminer aucune marque de souffrance.

Ce qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que dans l'intervalle des accès la sensibilité est intacte, comme j'ai pu m'en assurer maintes fois dans la suite, dans toutes les parties du corps, à l'exception de la pulpe des doigts de la main gauche, qui est le siège d'une anesthésie presque absolue.

Ainsi pendant l'accès de sommeil, et alors que toutes les parties

du corps sont absolument insensibles, que l'activité de tous les sens est complètement suspendue, un seul point du corps reste sensible: c'est l'apophyse épineuse de la deuxième vertèbre dorsale. Et le même phénomène s'est reproduit et a été constaté dans chacun des accès qui ont suivi, pendant trois mois et demi, et j'ai attiré sur lui tout particulièrement l'attention de mes confrères MM. les docteurs Lévieux, Moussons, Lanelongue, Rozier et Sous, qui en ont été témoins, non sans surprise.

Je ne dois pas omettre l'examen ophtalmoscopique du fond de l'œil pratiqué pendant ce premier accès, qui, comme tous les accès du soir qui ont suivi, dura une heure trente-cinq minutes, examen dont les résultats ont été confirmés depuis, comme on le verra plus loin, par moi-même le docteur Sous, oculiste distingué de Bordeaux; toujours les vaisseaux de la rétine se sont montrés rétrécis pendant les accès.

Enfin, à trois heures trente-cinq minutes la malade, que je n'ai pas quitté d'un seul instant, se réveille tout à coup, comme d'un sommeil naturel, mais sans manducations, sans hésitation dans la parole; elle répond immédiatement avec netteté aux questions que je lui pose et a repris sans transition la possession entière de son intelligence et de toutes les fonctions de relation; elle peut se lever immédiatement et marcher sans difficulté, éprouvant seulement un sentiment de lassitude, de courbature dans tout le corps, et surtout dans les membres inférieurs et supérieurs qui ont conservé un léger état de cyanose et une sensation de froid qui se dissipent bientôt. La conversation est donc reprise immédiatement. Elle sait qu'elle vient d'avoir un accès, mais elle n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant sa durée; elle ne se souvient pas d'avoir fait aucun rêve, d'avoir éprouvé aucune sensation d'aucun genre et à aucun degré. Il en est de même après chaque accès, soit du matin, soit du soir; c'est pour elle une suspension complète et absolue de la vie de relation. Après l'accès, émission d'une quantité assez abondante d'une urine claire et limpide.

Telle est la description complète des phénomènes observés par moi dans ce premier accès de sommeil. Tous ces phénomènes se sont reproduits exactement dans tous les accès qui ont suivi et que j'ai observés exactement matin et soir pendant toute la durée de la maladie.

Mais au bout de quelques semaines de nouvelles manifestations morbides, dont trois surtout offrent un grand intérêt, sont venues s'ajouter aux précédentes; ainsi, comme on le verra plus loin, le 5 novembre 1875, à cinq heures et demi de soir, il est survenu une congestion locale des conjonctives qui s'est reproduite chaque jour à la même heure et d'une durée toujours égale; puis, le 6 décembre, apparition d'une nouvelle névralgie; mais celle-ci siège dans le cinquième nerf intercostal droit, et au lieu d'être continue comme l'était la névralgie cervico-brachiale (qui, comme on le verra plus loin, était guérie à cette date depuis plusieurs semaines), elle prend dès le début un caractère nettement intermittent et n'a duré absolument fixe de vingt-cinq minutes, commençant à six heures cinq minutes du soir pendant la congestion des conjonctives et se terminant à six heures trente minutes.

Enfin, le 24 décembre, la maladie est venue se compliquer d'une asphyxie locale des extrémités, également intermittente quotidienne; en sorte qu'à un moment donné la malade avait successivement dans la même journée: de onze heures moins un quart du matin à onze heures, un premier accès de sommeil; de deux heures moins un quart à trois heures vingt minutes du soir d'un second accès de sommeil; à cinq heures et demi du soir congestion très-vive des deux conjonctives jusqu'à sept heures et demi; de six heures cinq minutes du soir à six heures trente minutes, névralgie intercostale très-violente, et enfin de cinq heures et demi du soir jusque vers neuf, dix ou onze heures, asphyxie locale symétrique des extrémités.

En présence d'un état morbide si complexe, il est nécessaire de montrer jour par jour la marche de la maladie et les résultats du traitement. Je transcris donc plus loin le tableau chronologique de la maladie, avec l'indication des particularités présentées par chacun des accès, ainsi que les résultats des examens ophtalmoscopiques, et enfin la description de chacune des nouvelles manifestations morbides au fur et à mesure de leur première apparition.

Voici d'abord le traitement que j'ai appliqué et qui m'a si complètement réussi:

Limitant pour commencer mon intervention au traitement de la névralgie cervico-brachiale, j'appliquai dès le premier jour, petit vésicatoire de 5 centimètres carrés sur le point douloureux, à l'exclusion de tout autre traitement, et en ayant bien soin d'avertir la malade qu'il faudrait probablement y revenir plusieurs fois. En effet, les trois premiers vésicatoires, appli-

quels successivement sur le même point, me semblaient produire aucun résultat, la névralgie était toujours aussi intense; mais dès l'application du quatrième, c'est-à-dire quatre semaines après le début du traitement, la douleur diminua progressivement pendant six jours, après lesquels elle disparut complètement, et aujourd'hui, 15 juin, après un intervalle de sept mois, elle n'a pas reparu un seul instant.

Nous étions au 23 novembre. Pendant les vingt-quatre jours qui avaient précédé je n'avais dirigé contre les accès de sommeil d'autre traitement que 2 grammes 1/2 de sulfate de quinine en deux jours, séparés par un intervalle de vingt-quatre heures. Cette médication, déjà tentée sans succès deux mois avant par le confrère qui m'avait précédé, ne modifia en rien les accès, et je me bornai à les observer minutieusement chaque jour et à en noter les particularités jusqu'au moment où la névralgie fut guérie. Mais cette guérison une fois obtenue, et voyant le succès des applications révulsives sur le rachis, je considérai la persistance du point douloureux en ce même point pendant les accès de sommeil comme une indication à diriger le traitement sur la colonne vertébrale.

Je me décidai alors à essayer l'application des courants induits, espérant modifier ainsi, par l'intermédiaire de la moelle, la circulation cérébrale, à la perturbation de laquelle il semblait naturel d'attribuer les accès de sommeil.

Je commençai donc dès ce jour l'électrisation; mais la plaie du dernier véscicatoire n'étant pas encore cicatrisée, je dus me contenter d'appliquer le courant sur le membre supérieur gauche, siège de l'aura précédant l'invasion des accès; le pôle positif sur l'épaule, le négatif sur la partie inférieure du bras. Pendant les quatre jours durant lesquels je fis cette application de vingt minutes avant et pendant toute la durée de l'accès du matin, et vingt-cinq minutes pendant l'accès du soir, aucune amélioration ne se produisit. Mais à partir du 27 novembre, la cicatrisation complète de la plaie rachidienne étant achevée, je pus appliquer le courant sur la colonne vertébrale: le pôle positif sur le point douloureux, c'est-à-dire au niveau de la deuxième vertèbre dorsale, et le pôle négatif sur une des vertèbres lombaires. Cette application, commencée cinq minutes avant l'accès et d'une durée totale de dix minutes, fut faite au moment de l'accès du matin. Or, dès ce jour il y eut une diminution de deux minutes dans la durée de cet accès; le lendemain et les jours suivants continuation du même traitement et diminution de deux, quelquefois trois minutes chaque jour dans la durée de l'accès jusqu'au 12 décembre, où il cessa complètement après avoir duré la veille une demi-minute seulement. (Il est bon de remarquer que le 30 novembre, le 1^{er} et le 7 décembre, la maladie ayant été obligée de s'absenter et l'électrisation ayant été interrompue pendant ces trois jours, la durée de l'accès, réduite à neuf minutes le 29 novembre, était remontée à seize minutes le 1^{er} décembre, et n'a recommencé à diminuer progressivement qu'à partir de la reprise de l'électrisation.)

Les deux jours qui suivirent la cessation de l'accès du matin je continuai néanmoins à électriser la malade à la même heure et pendant le même temps, et le quatrième jour après (15 décembre) je cessai définitivement toute électrisation pour l'accès du matin, qui depuis ce jour n'a jamais reparu.

Pendant toute ce temps, l'accès du soir, le plus long de beaucoup, contre lequel je n'avais jusque-là dirigé aucun traitement, avait continué à se reproduire régulièrement à la même heure et avec la même durée; le traitement appliqué à celui du matin ne l'avait donc nullement influencé.

Je laissai passer les journées du 15 et du 16 décembre sans agir, et c'est le 17 décembre seulement que je fis la première application des courants électriques au moment de l'accès du soir; elle fut commencée dix minutes avant l'invasion de l'accès, c'est-à-dire à deux heures moins vingt-cinq minutes, et continuée pendant vingt minutes, puis reprise quinze minutes avant l'heure où l'accès s'était terminé la veille, c'est-à-dire à deux heures vingt minutes.

Dès ce jour, diminution de cinq minutes dans la durée de l'accès. Le lendemain et les jours suivants, continuation du même traitement et diminution parallèle de la durée de l'accès, tantôt de deux, tantôt de trois, quatre, cinq et même sept minutes, selon la durée totale de l'électrisation, qui variait entre vingt-cinq et trente-cinq minutes en deux séances, l'une au début, l'autre à la fin de l'accès.

Le 24 janvier 1876, cet accès se trouvait réduit à une durée de douze minutes et demie, et nous semblions toucher à la guérison, lorsqu'un nouvel accès apparut pour la première fois à six heures et demie du soir et se reproduisit chacun des jours suivants, d'abord

à huit heures, puis, à partir du troisième jour, à sept heures et demie régulièrement.

C'est seulement à partir du jour où le retour de ce nouvel accès fut définitivement fixé à sept heures et demie, que je pus l'observer; il eut le 27 janvier; c'était une durée de quinze minutes (les jours précédents cette durée avait été progressivement en augmentant: trois minutes environ le premier jour, huit minutes le deuxième jour, douze minutes le troisième). Le lendemain, sa durée fut de vingt-deux minutes. C'est à partir du lendemain seulement que je eus l'occasion à appliquer, quinze minutes avant le début de ce nouvel accès, une électrisation d'une durée totale de vingt minutes: il y eut dès ce jour une diminution de douze minutes dans sa durée qui fut de six minutes au lieu de vingt-deux la veille.

A partir de ce jour, je pratiquai donc deux électrisations au lieu d'une: la première pour l'accès de l'après-midi, déjà réduit à douze minutes et demie, et la seconde pour le nouvel accès. Chacun de ces deux accès continuant à diminuer chaque jour de deux ou plusieurs minutes, celui de l'après-midi cessa définitivement le 3 février, et celui de sept heures et demie du soir le 8 février. Depuis ce jour, après un intervalle de quatre mois et demi, aucun accès ne s'est manifesté. C'est donc, j'ai le droit de l'espérer, une guérison complète et définitive (1).

Il est à remarquer que chacun de ces trois accès de sommeil n'a été successivement diminué que par la fin; l'électrisation, alors même que je la commençais vingt minutes avant l'invasion de l'accès, n'en a jamais fait reculer l'heure du début.

Quant aux trois autres manifestations morbides dont j'ai parlé plus haut, à savoir: la congestion oculaire, la névralgie intercostale droite et l'asphyxie locale des extrémités, toutes trois d'une intermittence parfaitement régulière et qui sont survenues successivement pendant le cours du traitement appliqué aux accès de sommeil, la première et la dernière ont commencé à diminuer progressivement de durée quelques jours après leur première apparition, parallèlement à la diminution des accès de sommeil, et ont disparu définitivement quelques jours avant la cessation de ces derniers.

A partir du 8 février, il ne restait donc plus à la malade de tous les troubles morbides qui l'avaient tourmentée que sa névralgie intercostale, commençant chaque jour à six heures cinq minutes du soir et se terminant avec une régularité parfaite à six heures trente minutes. Pendant trois mois tous les traitements échouèrent contre cette névralgie intermittente, y compris le sulfate de quinine à haute dose; les injections de morphine, pratiquées quelques minutes avant l'heure de son invasion, en prévenaient chaque fois la manifestation, mais ne l'empêchaient jamais de se reproduire le lendemain avec la même violence.

Enfin, le 5 mai je commençai à appliquer l'électrisation avec les mêmes courants induits pendant la seconde moitié de la durée de l'accès névralgique, le pôle positif sur le point douloureux vertébral, le pôle négatif sur le point antérieur, et à partir de ce moment la durée de la névralgie diminua de deux ou trois minutes chaque jour, et enfin douze jours après elle a disparu définitivement et n'est plus revenue depuis.

Enfin, pour compléter ce tableau symptomatique, déjà pourtant si chargé, une *chromidrose* est survenue tout à coup au-dessous des paupières. Cette sécrétion, d'un noir bleuté, s'enleva facilement avec un lingé imbibé d'huile; après avoir été enlevée par ce procédé, elle se reproduisit dans les premiers jours une demi-heure ou trois quarts d'heure après, et nous avons vu cette reproduction s'opérer sans nos yeux, en présence de M. le docteur Henri Gintrac. Aujourd'hui elle ne commence à se reproduire que quelques heures après avoir été enlevée avec un lingé imbibé d'huile. Cette singulière affection, qui a probablement pour siège les glandes sudoripares et qui n'est nullement douloureuse, est tout ce qui reste aujourd'hui à ma jeune et très-intéressante malade de la

(1) La contre-épreuve de l'action du traitement a été faite encore plus fréquemment pendant l'accès du soir que pendant celui du matin. Ainsi, comme on le verra dans le tableau complet indiquant la durée de chacun des accès, l'électrisation ayant duré le 20 décembre huit minutes de moins que la veille, il s'est produit une augmentation de quatre minutes dans la durée de l'accès, au lieu de la diminution progressive qui s'était manifestée les jours précédents.

Le 22 janvier l'électrisation ayant duré dix minutes de moins que les jours précédents, il y a encore une augmentation de trois minutes et demie dans la durée de l'accès. Il en a été de même le 5 février. Par contre, la durée de l'électrisation ayant été prolongée de plusieurs minutes les 27 et 28 décembre, 5 janvier, la diminution dans la durée des accès, qui s'était habituellement que de deux minutes, a été chacun de ces jours beaucoup plus considérable: quatre minutes le 27 décembre, neuf minutes le 28 décembre, cinq minutes le 5 janvier.

longue et bizarre série de souffrances qui l'ont tourmentée; elle ne tardera pas, je l'espère, à être débarrassée de ce dernier ennemi (1).

(A suivre.)

CORRESPONDANCE

Sur la maladie dite « anémie pernicieuse progressive ».

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Messieurs, dans l'article fort intéressant de M. le professeur Vallin publié dans l'avant-dernier numéro de la GAZETTE, je lis (p. 181, 1^{re} colonne) que je n'aurais pas trouvé de dégénération graisseuse du cœur chez la malade dont j'ai récemment entretenu la Société des hôpitaux. C'est là une légère inexactitude que je me permets de rectifier, car il serait fâcheux que ce cas passât pour faire exception à la règle. En réalité, la dégénération graisseuse du cœur ne manquait pas; elle formait sous l'endocarde un piqueté des plus manifestes.

Je m'accorde d'ailleurs pleinement avec M. le professeur Vallin sur le caractère *secondaire* de cette lésion. Il est impossible de la considérer comme primitive, puisqu'elle se produit chez l'animal soumis à des saignées copieuses.

Je suis heureux aussi de m'être rencontré avec M. Vallin relativement à la manière dont il faut considérer « l'anémie pernicieuse progressive »: je suis même allé plus loin que lui, car il l'admet dans le cadre nosologique « comme maladie d'attente », tandis que je n'ai vu dans la plupart des faits récemment publiés que des cas d'anémie grave identiques à ceux qui ont été antérieurement signalés, sinon bien décrits, par beaucoup de cliniciens de notre siècle. Le nom seul qu'on leur a donné est nouveau, mais il me semble doublement mauvais, car d'une part une anémie indépendante d'une lésion organique n'est pas nécessairement *progressive*, et d'autre part l'épithète *pernicieuse* évoque l'idée d'une affection misanthropique. Or on ne croit plus à la nature spécifique de l'anémie dite pernicieuse depuis qu'un nombre si considérable de faits récents et d'observations anciennes, exhumées dans ces derniers temps, a prouvé que cette prétendue maladie nouvelle ne règne pas exclusivement dans quelques localités de la Suisse.

Loins de paraître dépendre d'une cause spécifique, les faits publiés nous montrent une étiologie des plus variées: la misère, une mauvaise alimentation, une diarrhée longtemps prolongée, la dyspepsie, l'état de grossesse, etc., etc. Quoiqu'il étonne à ce que chez des sujets prédisposés peut-être héréditairement à l'anémie, une des causes occasionnelles précédentes engendre une anémie grave qui traitée tardivement aboutira à une terminaison fatale! L'anémie, en pareil cas, n'est pas plus mystérieuse que celle qui survient chez un tuberculeux ou un cancéreux.

Certaines de ces anémies (mais pas toutes) confinent à la pseudo-leucémie, comme l'a fait remarquer justement M. Vallin. A ce propos je rappellerai que chez ma malade la moelle du sternum, examinée avec le plus grand soin, prélevée que j'étais de ces cas mixtes, était parfaitement saine.

Enfin, il est des cas où la cause de l'anémie est jusqu'ici fort obscure. C'est à ces faits que je réserverais le nom d'anémies essentielles, au moins d'une manière provisoire. Leur nombre est fort restreint, et encore ne sont-ils pas suffisamment identiques entre eux pour former un groupe homogène.

En résumé, je repousse l'entité nouvelle qu'on voudrait introduire dans le cadre nosologique et que tout récemment M. Eichorst a tenté de fonder sur les caractères histologiques du sang. Je pense que, dans la plupart des cas une analyse pathologique minutieuse permettra de remonter à la cause. J'admets cependant dans l'état actuel de la science quelques anémies « essentielles ». A l'avenir de nous dire si elles dépendent d'une altération primordiale de l'hématopoèse.

Veuillez agréer, etc.

R. LÉPINE,

Agrégé de la Faculté, médecin des hôpitaux.

12 août 1876.

(1) Je m'insiste pas davantage sur ce nouvel accident; j'en ferai l'objet d'une note séparée quand j'aurai pu compléter l'étude microscopique de l'exsudat, que j'ai commencé avec M. Ullyse Gayon, chimiste distingué, actuellement directeur du laboratoire de chimie de la douane de Bordeaux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 7 AOUT 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

LA GLYCÉMIE EST LE RÉSULTAT D'UNE FONCTION PHYSIOLOGIQUE, ELLE PREND SA SOURCE DANS L'ORGANISME ET NON DANS L'ALIMENTATION. Note de M. Cl. Bernard. — La note de M. Bernard comprend plusieurs points.

1° La glycémie ne diffère pas chez les animaux carnivores et herbivores; elle est indépendante de l'alimentation. Cette loi est établie sur des expériences nombreuses qui mènent l'auteur à la conclusion suivante:

« Quelle que soit la nature de l'alimentation, chez les herbivores aussi bien que chez les carnivores, pendant la digestion, pendant l'abstinence et même pendant la fièvre, le sang renferme toujours à peu près les mêmes proportions de sucre. Ces faits me semblent assez nets pour réfuter les théories qui ont placé dans l'alimentation la source de la matière sucrée du sang, et assez clairs pour démontrer qu'il existe au contraire dans l'organisme vivant une fonction glycogénique qui entretient et règle la quantité de la matière sucrée dans le sang et la rend indépendante des conditions variables de la digestion. »

M. Bernard expose alors les objections que l'on peut faire aux divers procédés, et il passe en revue les conditions physiologiques qui peuvent faire varier la quantité de sucre contenue dans le sang. A part ces changements, la proportion de sucre est toujours sensiblement la même.

Les résultats comparatifs du sang pris en plusieurs points sont les suivants:

1° Dans les parois du système artériel, le sang renferme une proportion de sucre sensiblement identique.

2° Dans le système veineux général, la proportion de sucre est variable, mais toujours inférieure à celle du sang artériel.

En résumé, l'on peut conclure que, normalement, le sang veineux des membres, du tronc, de la tête et du cou contient moins de sucre que le sang artériel correspondant; de sorte que la substance sucrée se détruit dans tous ces organes en proportions sans doute variables, mais assez difficiles à déterminer.

OBSERVATIONS DE M. P. THENARD À L'OCCASION DE LA COMMUNICATION DE M. CL. BERNARD. — « Ce serait faire preuve d'une singulière ignorance, que de nier cette affinité spéciale que M. Chevreul a si bien désignée sous le nom d'*affinité capillaire* et de ne pas reconnaître l'influence qu'elle peut exercer sur les résultats quand on analyse les matières qui en sont douées.

» Dans les recherches que j'ai poursuivies sur les corps noirs du fumier et leurs analogues, j'ai eu longtemps à lutter contre cette force particulière; et certainement il me serait resté des doutes sur leur composition, si le hasard ne m'eût conduit à un coup de main, à l'aide duquel je suis parvenu à détruire leur affinité capillaire pour les matières solubles auxquelles ils étaient mêlés.

» J'avais en effet laissé, dans une chambre où il gèle pendant l'hiver, un grand facon rempli d'alumine gélatineuse; or, en ayant eu besoin au printemps suivant, je fus très-surpris de le trouver rempli d'eau au fond de laquelle s'était précipitée une minee couche d'une alumine qui, sous le rapport de ses affinités capillaires, ne partageait plus qu'à un faible degré les propriétés de l'alumine en gelée.

» C'est ce procédé, pratiqué artificiellement, que j'appliquai à la purification de mes acides noirs.

» En s'en tenant à l'acide humique, voici d'ailleurs comment je me suis contrôlé.

» Par une légère modification au procédé ordinaire, je suis

parvenu à obtenir d'emblée de l'acide humique entièrement soluble dans la potasse, la soude et l'ammoniaque, et dont la composition est constante. Cependant, en raison du sucre qui sert à le préparer, il laisse toujours un petit résidu à la combustion : ce résidu étant dosé, je prends un poids de 10 à 15 grammes de cet acide humique et je le dissous dans la potasse, puis je le précipite avec un léger excès d'acide sulfurique ou chlorhydrique. Ce précipité étant alors abondamment lavé, d'abord par décantation, puis sur un filtre, j'obtiens une volumineuse masse d'une boue dont il est impossible de chasser le sel de potasse; mais si alors je soumetts cette boue pendant quarante-huit heures à un froid de 12 à 15 degrés, il se précipite au dégel un sable dense, qui représente à peine les deux centièmes de la boue congelée : jeté alors sur un filtre, lavé et séché à la manière ordinaire, ce sable redonne à très-peu près le poids d'acide humique employé et laisse toujours à la combustion un résidu un peu moindre que celui de l'acide humique primitif, et ce résidu ne contient que des traces presque insensibles de potasse.

SUR L'ALTÉRATION DE L'URINE (Réponse à M. le docteur Bastian); par M. L. Pasteur. — « Voici ma démonstration : si l'urine rendue alcaline donne des bactéries SANS CONTENIR DE GERMES RÉÇONDS DE CES ORGANISMES, il est de toute évidence que, pour le succès de l'éprouve, il importe peu, d'une part, que l'urine ait été neutralisée par de la potasse en solution ou par de la potasse solide qu'on vient de faire fondre, et, d'autre part, que l'urine ait été recueillie au sortir de la vessie (avec assez de précautions pour n'être pas souillée par les poussières extérieures), ou prise dans un vase quelconque.

« Or les expériences de ma note du 17 juillet démontrent : 1° que l'urine bouillie, rendue alcaline par de la potasse solide, ne produit plus de bactéries; 2° que l'urine fraîche, sortant de la vessie sans ébullition préalable et saturée de même, n'en produit pas davantage.

« L'interprétation donnée par M. le docteur Bastian aux faits qu'il a avancés est donc absolument erronée. Voilà ce que ma note du 17 juillet avait pour but de démontrer et ce qu'elle démontre incontestablement.

« Si M. le docteur Bastian veut entamer le débat sur d'autres points, je ne m'y oppose pas. Toutefois je demande qu'il reconnaisse d'abord que, sur celui-ci, qu'il a lui-même soulevé, il s'est complètement trompé. Agr, autrement, ce serait éterniser la discussion sans l'éclairer. »

SUR QUELQUES PARTICULARITÉS DES MOUVEMENTS RÉFLEXES DÉTERMINÉS PAR L'EXCITATION MÉCANIQUE DE LA DURE-MÈRE CRÂNIENNE. Note de M. Bochefontaine, présentée par M. Vulpian. « La dure-mère crânienne est douée de sensibilité dans certains points de son étendue, puisque l'irritation de ces points détermine, comme on le sait, des cris de douleur ou même temps que des mouvements généraux plus ou moins énergiques. Mais l'excitation mécanique des points sensibles de la dure-mère crânienne peut produire, dans certaines conditions, des mouvements limités à une ou plusieurs arties du corps.

« Il m'est parait établi que l'excitation mécanique de la dure-mère crânienne, d'un côté, peut déterminer des contractions d'un ou de quelques muscles de la face, seulement du côté correspondant. Pour obtenir ce résultat, il suffit que l'excitation de la dure-mère soit légère ou que l'animal soit anesthésié à un certain degré. Une stimulation mécanique plus forte provoque, en même temps que les contractions des muscles de la face, des mouvements des membres du côté correspondant, et, si l'irritation est plus intense encore, il survient des mouvements dans les quatre membres, les membres du côté correspondant étant, plus violemment agités que ceux de l'autre côté.

« Quel est le chemin suivi par l'excitation mécanique de la dure-mère crânienne pour parvenir jusqu'aux muscles ?

« Lorsqu'il s'agit des mouvements isolés de l'orbiculaire des paupières, le mécanisme est si simple qu'il n'y a pas lieu de s'y arrêter. Il en est de même pour les mouvements plus ou moins isolés des muscles de la face du côté correspondant. Au contraire, une difficulté se présente à l'esprit lorsque l'on veut expliquer la production des mouvements des deux membres du côté correspondant.

« Il semble en effet que ces mouvements, à cause de la décausation des pyramides antérieures, devraient se manifester du côté opposé. Comme il n'en est rien, force nous est d'admettre que, dans ces cas, l'excitation se transmet d'une façon directe à la moitié correspondante de la moelle épinière. Lorsque les mouvements se produisent dans les quatre membres, il y a alors transmission, à la fois directe et croisée, de la stimulation à la moelle épinière. Mais on doit noter que la transmission directe l'emporte alors en intensité sur celle qui a lieu d'une façon croisée, par l'entre-croisement des pyramides antérieures; car, ainsi que je l'ai dit, les mouvements sont alors plus prononcés dans les membres du côté où l'excitation a été faite, que dans ceux du côté opposé. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 16 AOUT 1876. — PRÉSIDENCE DE M. BOULÉY.

M. le ministre de l'Agriculture et du commerce transmet à l'Académie : 1. Une demande formée par madame Albertoli, à l'effet d'obtenir l'autorisation d'exploiter deux sources d'eaux minérales situées sur la commune d'Albertville. (Commission des eaux minérales.) — 2. Un rapport de M. le docteur Prestat sur une épidémie de variole, qui a régné en avril et en mai 1876 dans la commune de Montagny (Savoie-Oise). (Commission des épidémies.)

L'Académie reçoit : 1. De la part de M. le président de la Société protectrice de l'enfance de la Seine-Inférieure, quelques tableaux sur la mortalité de la première enfance dans ce département. — 2. De la part de M. le docteur Woillez, une brochure sur le spirophore.

M. J. Guérin lit une note sur un cas d'albugo double traité par l'abrasion ammoniacale. L'albugo curable étant le résultat d'une altération des couches les plus superficielles de la cornée, on peut enlever ces couches superficielles en pratiquant des attachements avec l'ammoniaque pure. L'ammoniaque corrode les tissus en les saponifiant; on peut très-bien limiter son action, et par conséquent éviter l'altération des couches profondes.

SPIROPHORE. — M. Depaul revient sur l'application de cet appareil au traitement de l'asphyxie des nouveau-nés. Il a pratiqué l'insufflation depuis 1832 sans avoir observé des accidents sérieux. La déchirure des vésicules pulmonaires n'est pas aussi fréquente que le pense M. Woillez. Dans des expériences récemment pratiquées sur des enfants mort-nés qui n'avaient pas respiré, on a pu pratiquer l'insufflation; l'air a complètement pénétré, le poumon a pris une coloration rosée, et il n'y a pas eu de déchirures vésiculaires. Les mêmes expériences ont été faites sur des enfants qui avaient respiré et ont donné les mêmes résultats. Le tissu pulmonaire est beaucoup plus résistant qu'on ne le croit généralement. Les accidents sont excessivement rares si l'on prend les précautions nécessaires.

D'après M. Woillez, l'insufflation ne produit la pénétration de l'air que sur quelques points du poumon. C'est une erreur. Cette pénétration est le plus souvent complète, à moins qu'il n'y ait des obstacles matériels à l'introduction de l'air. M. Depaul ne conteste pas du reste la valeur de l'appareil, mais il demande des faits; jusqu'à nouvel ordre il considère les moyens ordinairement employés pour ranimer les enfants nouveau-nés comme utiles, et il les préfère au spirophore, qui n'a pas encore fait ses preuves. Néanmoins il prie M. Woillez de vouloir bien mettre un appareil à sa disposition à l'hôpital des Cliniques.

M. Woillez répond à M. Depaul et cite plusieurs observations

qui tendent à démontrer que l'insufflation, telle qu'elle est ordinairement pratiquée, est une cause fréquente d'emphysème chez les nouveau-nés. Il se propose de revenir plus tard sur le sujet et d'apporter de nouveaux arguments en faveur de son appareil.

DÉCORTICATION DES NEZ ÉLÉPHANTIASIQUES. — M. Ollier communique une note sur ce procédé opératoire, qui permet d'obtenir une guérison radicale des nez éléphantiasiques et de rendre à cet organe sa forme primitive.

Par cette opération, on conserve intact le squelette cartilagineux du nez, qui se trouve seulement dépouillé de sa peau hypertrophiée. La plaie qui résulte de cette opération guérit par granulation, et une cicatrice remplace la peau enlevée; cette cicatrice s'assouplit peu à peu et prend une coloration plus en harmonie avec la peau voisine. D'abord violacée, elle blanchit de plus en plus. La rétraction qu'elle subit consécutivement, comme tous les tissus de cicatrice, n'altère pas sensiblement la forme du nez et ne lui fait pas perdre sa saillie, comme on pourrait le craindre *a priori*.

La décortication peut être pratiquée soit avec le bistouri, soit avec le galvano-cautére, soit avec le fer rouge. On peut aussi, pour avoir à la fois les avantages d'une dissection régulière et la modification exercée par le fer rouge sur les restes du tissu éléphantiasique, décortiquer d'abord avec le bistouri et cautériser ensuite avec le fer rouge. Ce procédé mixte sera le plus avantageux dans la plupart des cas.

L'éléphantiasis ainsi opéré n'a jamais récidivé et ne paraît pas devoir se reproduire. Il est constitué du reste par un tissu bénin n'ayant aucun rapport avec les processus morbides à marche progressive et envahissante qui infectent l'économie. C'est un processus hypertrophique portant principalement sur le tissu du derme et le tissu conjonctif sous-cutané. Il porte aussi plus ou moins sur les cartilages et sur le périchondre muqueux, mais sans faire perdre à ces tissus leurs caractères propres.

L'altération des glandes sébacées ne joue qu'un rôle secondaire dans la constitution de la masse éléphantiasique, bien qu'on trouve dans quelques glandes sébacées des amas de cellules épithéliales et des globules purulents. C'est autour de ces glandes, dans le tissu conjonctif qui les loge, que se fait le travail hyperplasique.

M. Alph. Guérin dit avoir essayé cette opération il y a quelques années, mais elle lui a paru exposer les malades à des accidents assez sérieux. Il pense que M. Ollier a eu une excellente idée en abandonnant le bistouri pour recourir à la cautérisation. M. Guérin a pu, il y a quatre ans, réduire considérablement le nez de quelques malades. Il pratique la cautérisation au moyen de flèches caustiques qui sont faites de manière à se rendre un compte exact de la quantité de tissu enlevé. Il faut toujours agir prudemment dans ces cas; car on a à craindre de diminuer outre mesure le volume de l'organe.

M. J. Guérin croit que l'acné joue un très-grand rôle dans la production de cette hypertrophie. Dans tous les cas qu'il a eus l'occasion d'observer, il y avait une inflammation des glandes sébacées. Il reconnaît, du reste, que le procédé de M. Ollier présente des avantages considérables sur tous ceux qui avaient été proposés jusqu'à ce jour.

M. Depaul demande à M. Ollier son opinion sur le traitement qui a été appliqué par quelques chirurgiens à des nez qui présentaient un volume exagéré mais sans altération morbide. Il a connu un jeune homme qui avait subi une opération dans le but de diminuer le volume de son nez et qui s'en était très-mal trouvé, car la rétraction cicatricielle avait diminué outre mesure le volume de l'organe.

M. Ollier dit que son procédé n'est applicable qu'aux nez éléphantiasiques.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 20 JUILLET 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. HOUËL.

SUR LA LYMPHANGIÉTIASIE GANGLIONNAIRE. — OBLITÉRATION CONGÉNITALE DE L'INTESTIN GRÈLE; OPÉRATION DE LITTRE; MORT. — MODIFICATION À INTRODUIRE DANS L'APPLICATION DES SUTURES SANGLANTES. — OPÉRATION D'ECTOMIEN AVEC LUXATION DE LA GRANDE LACHRYMALE.

M. Théophile Anger fait un rapport sur un travail lu par M. Nepveu dans la séance du 13 mars. Quoique l'inflammation des lymphadénomes soit rare dans nos contrées, il n'est pas inutile de signaler les accidents graves auxquels sont exposés ceux qui sont atteints de cette affection.

Un jeune homme de vingt ans vint de l'île Maurice à Paris, espérant qu'un changement de climat suffirait pour le guérir d'une tumeur de l'aîne droite, tumeur constituée par l'ectasie des canaux lymphatiques des ganglions (adéno-lymphocèle). Depuis l'apparition de cette tumeur, il y a cinq ans, le malade a été exposé, à quatre reprises, sous l'influence d'excès génésiques, à une fluxion inflammatoire de sa tumeur. Ces sortes d'adénites à répétition ont cédé au repos, mais elles ont laissé chaque fois les ganglions plus volumineux et plus sensibles.

Au mois d'octobre 1875, le retour des mêmes accidents amena le jeune homme à la Pitié dans le service de M. Verneuil, qui remarqua le caractère variqueux et anévrysmatique des ganglions inguinaux et indiqua la tendance à la généralisation de cette affection: en effet, il constata qu'une autre masse se développait dans la région claviculaire du même côté.

Le malade, sorti de l'hôpital, se livra à de nouveaux excès; il contracta une blennorrhagie bientôt suivie de vaginité; en même temps les ganglions variqueux de l'aîne s'enflammèrent et l'état général devint grave. M. Nepveu décrit avec soin toutes les phases de cette inflammation. La région inguinale droite était très-tuméfiée, la peau conservait sa coloration normale. Dans le triangle de Scarpa se dessinaient des bosselures molles, fluctuantes, douloureuses; de là, par un cordon dur et douloureux, du volume d'une plume d'oie, qui descend vers la partie interne de la cuisse et se perd dans une tuméfaction diffuse du creux poplité. Les ganglions axillaires droits sont tuméfiés et douloureux; les lymphatiques dessinent sur la peau du bras des traînées rouges et sensibles.

L'état général est grave. La température s'élève à 39,5, le pouls à 120, la respiration à 44. Les conjonctives sont d'un jaune icterique. Au bout d'une dizaine de jours survint une rémission bien marquée et bientôt après la convalescence; il reste un empatement de la région inguinale. M. Nepveu insiste sur l'analogie des symptômes généraux de cette affection avec ceux de l'infection purulente.

On savait déjà, par les faits malheureux de Nélaton et de Trélat, que l'inflammation de ces tumeurs érectiles ganglionnaires était d'une extrême gravité, puisqu'à la suite de tentatives d'extirpation les malades avaient succombé; mais on ne possédait aucune description fidèle des accidents qui peuvent envahir spontanément les adéno-lymphocèles.

— M. Potaillon communique une observation de malformation de l'intestin grêle avec opération d'anus artificiel par la méthode de Littré. Cinq heures après la naissance, l'enfant vomit du méconium, quoique l'anus fut perméable et normal. Le lendemain de la naissance, le ventre était ballonné; vomissements. Un lavement ne fait sortir qu'un mucus peu abondant.

Le troisième jour, l'enfant a les yeux excavés; on constate tous les signes d'un étranglement intestinal. Une sonde en gomme, introduite par l'anus, pénètre à 10 centimètres. Vomissements fécaloïdes. M. Potaillon, voyant qu'il s'agissait d'une obstruction de l'intestin, pratiqua un anus artificiel par la méthode de Littré. L'anse intestinale est fixée à la plaie

et incisée : issue de matières intestinales ; l'enfant paraît soulagé ; il meurt dans la journée.

L'intestin grêle était interrompu vers son milieu par un cordon plein ; entre l'estomac et ce cordon l'intestin mesure 86 centimètres ; entre l'obstacle et le caecum 64 centimètres. Les malformations de l'intestin grêle sont rares en ce point ; ordinairement on les rencontre au niveau du duodénum. Cette observation démontre que le méconium existe dans la partie supérieure de l'intestin grêle et vient probablement du foie.

— M. *Panas* lit un rapport sur une observation adressée à la Société par M. Brière (du Havre). Ectropion partiel de la paupière supérieure droite avec une sorte de luxation de la glande lacrymale. Cet ectropion, de cause pathologique, était le résultat d'une carie avec nécrose du bord supérieur de l'orbite ; on s'explique ainsi la luxation de la glande lacrymale.

— M. *Larget*, médecin-major, fait une lecture sur une modification à introduire dans l'application des sutures sanglantes. Un petit matelas hydrostatique formé d'un tube à drainage rempli d'eau, est interposé entre la peau et les fils ; ou égalise ainsi la pression et l'on empêche le tiraillement des lèvres de la plaie.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 5 AOUT 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. CL. BERNARD.

INSTRUMENTS A TEMPÉRATURE CONSTANTE : M. D'ARSONVAL. — CALCUL DU PEIN PRESQUE EXCLUSIVEMENT COMPOSÉ DE FER : M. CAZENÈVE. — INFLUENCE DES DIVERSES COULEURS SUR LA VÉGÉTATION : M. PAUL BERT. — HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE MORTELLE SANS TROUBLES DE LA MOTILITÉ : M. PITRES. — INFLUENCE DE L'ARRÊT DE LA CIRCULATION CÉRÉBRALE SUR LA CIRCULATION GÉNÉRALE : M. COUTY.

M. *d'Arsonval* présente à la Société de biologie et fait fonctionner devant elle une série d'instruments à température constante, construits, d'après ses indications, par M. Wiesnegg. Ces instruments sont d'une sensibilité extrême ; ils peuvent indiquer des centièmes de degré. Nous signalerons entre autres une couveuse à platine chauffée et qui permet d'étudier pendant des mois le développement des éléments anatomiques soumis à une température constante. Un point important de ces nouveaux appareils, c'est qu'on peut se servir d'une source de chaleur quelconque, le résultat est toujours le même. Ces appareils, sur lesquels nous aurons à revenir en détail, permettent d'entreprendre des recherches suivies et d'arriver à des résultats positifs. M. *d'Arsonval* se propose, dans de prochaines et certainement très-intéressantes communications, de rendre compte à la Société des résultats obtenus par lui dans plusieurs séries de recherches.

— M. *Paul Bert* a entrepris de nouvelles expériences relatives à l'influence des couleurs diverses sur la végétation. Ces expériences, qui ont porté principalement sur la sensitive, lui ont permis de constater les faits suivants :

La lumière verte tue les végétaux. Les plantes soumises à l'influence des rayons verts meurent en peu de temps. Sous l'influence des rayons rouges les pointes s'allongent, les pétioles s'élèvent en formant, avec la branche d'où ils naissent, un angle plus petit qu'à l'état normal, la plante paraît s'étioiler en un mot, et cependant elle reste parfaitement vivante. Sous l'influence des rayons bleus, c'est l'inverse qu'on observe : les pétioles deviennent perpendiculaires à la branche qui leur donne naissance, tandis que sous l'influence des rayons blancs, c'est l'intermédiaire entre ces deux états qu'on constate, c'est-à-dire que les pétioles sont inclinés sur la branche de façon à former un angle de 45 degrés environ d'un côté et un angle de 75 degrés de l'autre côté. M. *Paul Bert* explique ces faits

de la façon suivante : Au niveau du point d'attache du pétiole existe un renflement moteur, qui augmente ou diminue de force, suivant les diverses espèces de rayons. Sous l'influence des rayons rouges, il se forme dans ces renflements moteurs une substance particulière, osmotique, capable d'attirer l'eau, laquelle substance disparaît sous l'influence des rayons bleus.

Si l'on place une sensitive dans une lanterne dont un verre est de couleur rouge et l'autre de couleur verte, on voit la plante tourner ses pétioles vers le vert, c'est-à-dire vers la couleur qui la tue, et en effet elle meurt.

Les divers rayons lumineux exercent donc, chacun à leur façon, une action physico-chimique sur les plantes.

— M. *Pitres* communique l'observation d'une maladie qui a succombé, dans le service de M. Charcot, à une hémorragie cérébrale sans symptômes moteurs. La lésion était située dans le centre ovale et à la partie antérieure, près de la deuxième circonvolution frontale.

— M. *Couty* a fait, dans le laboratoire de pathologie expérimentale de M. Vulpian, de nombreuses expériences destinées à étudier l'action de l'arrêt de la circulation cérébrale sur les phénomènes circulatoires généraux.

Il a opéré sur des chiens curarisés et respirant artificiellement, de telle sorte qu'aucune influence étrangère n'ait pu intervenir. Au lieu de lier simplement les carotides et les vertébrales, il a injecté, soit par une carotide, soit par le bout central de l'artère linguale, de l'air et plus souvent de la poudre de lycopode diluée, vers les artères cérébrales ; il s'est servi pour mesurer les modifications circulatoires des appareils enregistreurs kymographe et plus rarement hémodynamomètre ; enfin après la mort de l'animal il a examiné au microscope la pie-mère encéphalique, pour voir dans quelles régions s'étaient faits les embolus, et ces procédés nouveaux ont permis de constater des troubles qui avaient échappé complètement à tous les expérimentateurs, si nombreux cependant depuis Ashley Cooper, hormis à M. Vulpian ; et il a même été possible, dans certains cas, de localiser ces troubles et de les rapporter à des anémies encéphaliques limitées.

Si, comme c'est le fait le plus fréquent, l'arrêt circulatoire porte sur tout l'encéphale, cerveau, bulbe, etc., on observe constamment deux phénomènes principaux : 1° une augmentation de la tension artérielle, augmentation vraiment énorme, puisque la tension a pu s'élever de 8 et 10 centimètres à 24 et 28 centimètres de mercure ; 2° un ralentissement du cœur avec augmentation de l'amplitude des oscillations du pouls, ralentissement non moins considérable, puisque les pulsations de 180 à 140 par minute sont tombées à 40, 30 et même au-dessous.

Ces phénomènes durent plusieurs minutes, cinq à six au moins, et souvent davantage ; puis le ralentissement cardiaque devient moins marqué, la tension commence à baisser et, après un temps toujours assez long, elle devient même inférieure à son point de départ. Il n'y a du reste aucun rapport entre l'apparition ou la disparition de ces deux ordres de phénomènes.

Dans les cas où la poudre de lycopode n'a anémié que le territoire des deux ou d'une carotide, on a observé un ralentissement très-marqué du cœur, moindre cependant que dans le premier cas. Ce ralentissement a persisté pendant toute la durée des expériences, et il ne s'est accompagné d'aucune variation notable de la tension artérielle.

Enfin, dans une expérience, le cerveau et le mésocéphale contenaient des spores de lycopodes, et l'on n'en a retrouvé aucune dans la partie inférieure du bulbe et dans la partie postérieure du mésocéphale correspondant au quatrième ventricule ; or dans ce cas l'augmentation de tension a été considérable et le ralentissement du cœur peu marqué, comparable au plus au ralentissement d'origine carotidienne.

Ces résultats diffèrent notablement de ceux publiés en février par M. Sigmund Mayer, qui a simplement lié les artères céré-

brales. Du reste, les expériences de M. Couly sont antérieures au travail de Mayer, puisque quelques-unes ont été rapportées dans sa thèse sur l'entrée de l'air.

Il reste à déterminer quel est le mécanisme de ces troubles, par quelles voies, moelle, pneumogastriques, etc., l'influence cérébrale est transmise; et ce sera l'objet d'une seconde communication.

H. CROUPE.

REVUE DES JOURNAUX

Étude sur quelques points de séméiologie des maladies nerveuses, par le docteur BOUCAUD, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Dans une première partie, après avoir étudié les rapports de l'épilepsie spinale et de l'action des agents anesthésiques, les mouvements rythmiques et du sommeil anesthésique, le tremblement qui accompagne les mouvements volontaires étudié pendant l'anesthésie, M. Boucaud conclut que « la constatation de l'épilepsie spinale pendant l'anesthésie ne prouve pas une affection médullaire profonde. Un tremblement qui cesse pendant l'ivresse des inhalations étherées est un tremblement qui n'est pas lié à des altérations profondes de l'axe médullaire: ce fait bien constaté indiquerait même que le tremblement est lié à une débilisation générale de l'économie.

Il semblerait résulter de ce fait que l'ivresse de l'éther agit précisément en exagérant le pouvoir réflexe de la moelle. L'exagération du pouvoir excito-moteur, poussée jusqu'au point nécessaire à la production de l'épilepsie spinale, produit en même temps la force nécessaire à la production des contractions normales.

D'autre part la débilité, lorsqu'elle produit le tremblement, agit moins en troublant les fonctions propres de la moelle qu'en entravant les rapports de cet organe avec l'innervation cérébrale. Cette loi est du reste celle des paralysies fonctionnelles, puisque nous voyons dans les paraplégies hystériques les muscles, interrogés isolément, conserver leur nutrition et le pouvoir d'exécuter les mouvements réflexes normaux. Aussi un grand effort de volonté, une émotion, une perturbation rétablissent l'intégrité des mouvements avec l'innervation cérébrale.

Dans la seconde partie du mémoire, M. Boucaud étudie l'état des muscles dans les contractures compliquées d'amyotrophie et de paralysie; ces recherches confirment les travaux de M. le professeur Charcot (*Contracture hystérique*, dans les *Léçons sur les maladies du système nerveux*). Voici les conclusions de M. Boucaud :

Distinguer la paralysie vraie de la paralysie apparente d'un muscle; écarter la contracture qui en impose sur l'état des antagonistes; voir si le défaut d'action est absolu ou si, après quelques séances, une petite contraction régulière indique la possibilité d'un retour fonctionnel, tel est le but de l'exploration. Celle-ci s'applique donc plutôt au pronostic qu'au diagnostic.

Dans les amyotrophies avec ou sans contracture, et même dans les paralysies, cette méthode a pour but, comme la faradisation, de contribuer au rétablissement de la fonction musculaire. La persistance de l'affaiblissement, plus ou moins irrémédiable, réclame un traitement fonctionnel spécial. Ces mouvements sont plus physiologiques que ceux de la faradisation, puisqu'ils sont volontaires. Lorsqu'il subsiste une exagération du pouvoir excito-moteur de la moelle, qu'on redoute la faradisation qui produit l'épilepsie spinale, la méthode indiquée dans ce mémoire est applicable. Elle s'applique surtout aux amyotrophies succédant aux affections médullaires qui ressemblent à la paralysie ascendante. (*Lyon médical*, n° 30, 23 juillet 1876.)

Abcès chroniques des parois thoraciques, par M. DUPLAY.

Leçon faite à l'hôpital Saint-Louis et recueillie par M. MANOT, interne du service.

M. Duplay reconnaît trois variétés d'abcès chroniques au point de vue anatomic; il les distingue en : 1, abcès froids; 2, abcès froids périostiques, 3, abcès ossifluents.

1. Les *abcès froids ordinaires* sont plus fréquents dans la région axillaire à cause de la présence des ganglions lymphatiques : rares dans les autres régions, ils occupent le tissu cellulaire sous-cutané sans affecter aucune relation avec le squelette.

2. Les *abcès froids périostiques* sont des collections purulentes en rapport direct avec le squelette, mais avec le squelette resté sain, au moins au début de l'affection; le périoste seul est altéré à sa surface externe. M. Duplay divise ces abcès en deux classes, sus-costaux et sous-costaux. Les premiers sont ceux qui forment une saillie sous la peau, les seconds dans la cavité. Mais il ajoute : « Il n'est pas rare de voir le même abcès présenter les deux dispositions, c'est-à-dire avoir un foyer bilobé formé de deux poches, l'une extra, l'autre intra-pariétale, communiquant par une brèche plus ou moins large d'un espace intercostal.

Le premier travail sur les abcès froids date de 1829 (Ménière, *Archives générales de médecine*). Pour Ménière, les abcès sont consécutifs à diverses affections des organes respiratoires. Cette théorie n'a rien de fondé. En 1865, M. Leplat, professeur agrégé au Val-de-Grâce (*Arch. gén. de méd.*), explique le développement des abcès par l'existence antérieure d'une pleurésie : l'abcès se montrerait au cours de la pleurésie ou longtemps après sa disparition; dans le premier cas l'abcès serait causé par la propagation de l'inflammation; dans le second, M. Leplat admet l'influence du voisinage. Bien que plusieurs faits d'une valeur indiscutable viennent à l'appui de la théorie de M. Leplat, M. Duplay ne pense pas qu'il faille admettre que tout abcès chronique des parois thoraciques soit consécutif à la pleurésie, de près ou de loin; il fait remarquer avec raison que parfois la pleurésie est une lésion consécutive au développement de l'abcès périostique : cette pleurésie consécutive est une complication bien connue des abcès qui succèdent au phlegmon, et en particulier à l'adéno-phlegmon aigu de l'aisselle.

En 1873, M. le docteur Choné (thèse) reprend la question et dit qu'il s'agit d'une forme particulière de périostite non encore suffisamment étudiée ni décrite. « Cette périostite, superficielle ou externe, laisse intacte l'adhérence du périoste aux os, qui ne sont nullement touchés dans une première période de la maladie ». Plus tard, il est vrai, les couches profondes du périoste peuvent être envahies et l'os être dénudé, mais cette ostéo-périostite ne ressemble pas à l'ostéo-périostite d'emblée, car ici l'os n'est atteint que quelquefois, consécutivement, et l'exfoliation est alors superficielle.

Les causes de cette périostite sont d'ordre général : sujets jeunes atteints de cette anémie spéciale qu'entraîne le passage de la vie civile à l'état militaire (Sédillot), les contusions locales, le tiraillement d'adhérences pleurales anciennes.

3. Les *abcès ossifluents* sont dus à une lésion profonde des os.

Les trois variétés d'abcès ont une symptomatologie commune; leur développement est lent en général; la tumeur est irrégulièrement arrondie lorsqu'elle se présente au-devant du sternum; au-devant des côtes, elle est allongée dans leur direction, parfois perpendiculaire à l'axe de l'os. La tumeur est fluctuante, souvent peu douloureuse, tantôt irréductible (abcès sus-costaux), tantôt réductible (abcès sous-costaux). Ce signe est important au point de vue du diagnostic. De plus, dans les abcès sous-costaux la toux fait sortir du pus de la plaie.

Le pronostic de ces affections diverses n'est pas le même pour toutes.

L'abcès périostique peut guérir avec intégrité absolue de l'os sous-jacent. Il se fait dans ce cas une cicatrice adhérente sans production osseuse; mais il peut arriver que le périoste subisse lentement une sorte de travail ulcératif qui a pour effet de mettre l'os à nu et de permettre une exfoliation légère de sa surface. Cette sorte de lésion secondaire est bien distincte de celle que laissent la carie ou la tuberculisation dans le cas d'ostéo-périostite d'oblitération.

Les abcès périostiques et ossifluents ont un mode de terminaison commun dans certains cas, qui est leur ouverture dans la cavité pleurale ou, s'il y a des adhérences, dans le parenchyme pulmonaire.

Le traitement doit s'adresser avant tout à l'état général. Le traitement local n'est pas le même dans tous les cas. L'abcès froid du tissu cellulaire réclame la ponction ou l'ouverture large, le drainage et les injections de teinture d'iode. Ce traitement est aussi le meilleur à diriger contre les abcès périostiques sus- ou sous-costaux; il peut enrayer le mal et prévenir l'érosion de l'os. Au contraire, il devient insuffisant dans les cas où la lésion osseuse est primitive; l'intervention chirurgicale devient alors souvent nécessaire. (*Progress médical*, 1^{er} juillet 1876, n° 27.)

De l'inutilité de la section du frein chez les nouveau-nés, par M. le docteur BAILLY.

L'auteur pense que la section du frein de la langue est complètement inutile chez les nouveau-nés et peut même devenir dangereuse dans les cas où l'on sectionne la partie profonde qui contient des vaisseaux importants. D'après M. Bailly, le frein n'a aucune influence sur la succion et sur l'articulation des mots.

Relativement à la succion, il est à remarquer que bien souvent un filet très-prononcé n'est reconnu qu'au bout de plusieurs jours pendant lesquels l'enfant n'a cessé de téter très-régulièrement. Quelquefois même ce n'est qu'au bout de plusieurs mois que le hasard fait découvrir cette disposition chez des enfants d'ailleurs bien venants, preuve qu'au point de vue de l'allaitement elle n'avait point d'inconvénients. Il n'est guère supposable d'ailleurs, étant donné son extrême fréquence, que le filet n'échappe pas chez beaucoup d'enfants des campagnes où la doctrine qui le concerne n'a pas pénétré et où, fût-elle connue, ne se trouverait probablement aucune personne capable de pratiquer l'opération qui en découle; ce qui n'empêche pas les enfants de se nourrir et de se développer comme les autres.

M. Bailly incline à croire que le reproche n'est pas plus fondé en ce qui concerne l'articulation des mots. Quoique ayant à cet égard des renseignements moins complets, il cite le cas d'une femme de vingt-six ans qui n'a aucun vice de prononciation et dont la langue ne peut dépasser l'arcade dentaire (*Bulletin de thérapeutique*, 15 juillet 1876).

De l'entorse médio-tarsienne et de son traitement, par le docteur TERRILLON.

Quand on décrit l'entorse du pied, on a généralement en vue l'entorse du cou-de-pied ou tibio-tarsienne. Mais souvent l'entorse du pied existe au niveau de l'articulation médio-tarsienne. D'après M. Terrillon, cette entorse est fréquente, elle reconnaît un mécanisme particulier et se manifeste par les symptômes suivants : impossibilité pour le malade de marcher après l'accident sur un plan uni en déroulant directement la plante du pied; développement d'une douleur trévisive dans les moindres mouvements de torsion de l'avant-pied sur l'arrière-pied, douleur qu'on peut facilement provoquer en saisissant la base des orteils et imprimant un

mouvement de torsion suivant l'axe antéro-postérieur du pied. Il existe également une douleur localisée au niveau de l'articulation, une ecchymose plus ou moins étendue sur le dos du pied et un gonflement assez prononcé.

M. Terrillon montre que cette entorse souvent légère et permettant la marche dans certaines conditions peut-être négligée à cause du peu de gêne qu'elle provoque, et qu'alors elle peut devenir la cause d'une arthrite tardive chez certains sujets prédisposés. Comme traitement, M. Terrillon conseille de pratiquer le plus tôt possible un massage méthodique prolongé, d'abord modéré, puis énergique, et qui peut être renouvelé deux fois dans les cas les plus douloureux. On entoura ensuite le pied d'une bande de flanelle asserrée, et l'on conseillera la marche, malgré la douleur causée par les premiers pas (*Archives générales de médecine*, février 1876).

Sur les propriétés toxiques de la glycérine, par MM. DUJARDIN-BAUMETZ et AUDIGÉ.

Les applications thérapeutiques de la glycérine tendent depuis quelque temps à se généraliser; cette substance, d'abord exclusivement réservée à la médication externe, s'introduit aujourd'hui dans le groupe des médicaments internes. Sander, Lindsay, Crawford, Gubler, Davasse, ont vanté les propriétés reconstituantes et toniques de la glycérine et l'ont appliquée à la thérapeutique de la scrofule et des affections consomptives. Mais c'est surtout dans le traitement du diabète que l'emploi de cette substance a pris de grands développements. Schultzen, Pavy, Jacobs et autres prétendent avoir obtenu des succès chez des diabétiques en prescrivant la glycérine à la dose de 180 à 300 grammes par jour.

Il était donc utile de rechercher quels pouvaient être les effets de la glycérine introduite à haute dose dans l'économie. Après une série d'expériences faites sur des chiens, chez lesquels on a introduit par la méthode sous-cutanée de 80 à 250 grammes de glycérine, MM. Dujardin-Baumetz et Audigé sont arrivés aux conclusions suivantes :

1^o La glycérine, chimiquement pure, détermine chez le chien en vingt-quatre heures, lorsqu'elle est introduite sous la peau, des accidents mortels à la dose de 8 à 10 grammes par kilogramme du poids du corps.

2^o L'ensemble des accidents toxiques est comparable, dans de certaines limites, à ceux de l'alcoolisme aigu.

3^o Les lésions nécropsopiques dans le glycérisme sont analogues à celles de l'alcoolisme, ce qui porte à penser que l'action toxique de ces deux corps est à peu près la même.

4^o Au point de vue thérapeutique, il n'est donc pas peut-être sans danger d'introduire dans l'économie de trop grandes quantités de glycérine. (*Bulletin de thérapeutique*, 30 juillet 1876.)

Cas d'intoxication arsenicale dû à un abat-jour de lampe vert, par M. N. ZUNT.

Il s'agit d'un malade qui depuis quelque temps est pris chaque soir de céphalalgie très-vive durant toute la nuit, empêchant le sommeil et ne se dissipant que vers le milieu du jour. Ce malade n'avait jamais rien éprouvé de semblable, tout au plus quelques accès de migraine éloignés. Les accidents actuels tout comme la migraine sont accompagnés de nausées; après quinze jours de durée, ils deviennent continus.

Deux jeunes gens qui travaillaient le soir à la même table sont pris d'accidents analogues, quoique plus légers. On songea alors à l'abat-jour de la lampe qui était vert : des recherches furent faites qui y décelèrent la présence de l'arsenic. Il suffit de supprimer l'abat-jour pour obtenir la guérison (Berlin, *Klin. Wochens.* 1875, n° 43, p. 587.)

Injection de teinture d'iode dans la cavité utérine contre les hémorragies puerpérales, par le docteur James D. Tusok.

On sait que les injections produisent bien plutôt l'arrêt des hémorragies en provoquant les contractions utérines qu'en produisant la coagulation du sang ; il n'est même pas sans danger d'obtenir la coagulation sans provoquer les contractions. Car dans ces cas les caillots formés dans les veines se décomposent et peuvent provoquer la septicémie. Or les contractions utérines sont provoquées très-facilement par la teinture d'iode. Dupré en 1857 lit déjà connaître des cas dans lesquels la teinture d'iode au tiers arrêta rapidement l'hémorragie ; l'intérêt rejeta aussitôt le liquide injecté et resta en contraction. La teinture d'iode pure a été aussi injectée ; elle est le meilleur stimulant de l'utérus, et possède des propriétés antiseptiques. (*Americ. Journ. of Obstet.* VII).

BIBLIOGRAPHIE

Index bibliographique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA RÉDUCTION EN MASSE DANS LA HERNIE ÉTRANGLÉE, par le docteur F. PÉRICHON. In-8 de 38 pages, 1875. — Paris, V. A. Delahaye et C^e.

Toutes les fois que le chirurgien se trouve en présence d'un malade présentant tous les symptômes de l'étranglement herniaire, alors que la hernie paraît avoir été réduite, il doit tout d'abord songer à la possibilité d'une réduction en masse. Ce phénomène pathologique reconnaît pour causes : 1^o l'étranglement par le collet du sac ; 2^o le peu de résistance des adhérences contractées par le sac et son collet avec l'ouverture herniaire et les tissus adjacents ; 3^o la dilatation de l'orifice et du trajet herniaire ; 4^o les adhérences du viscère hernié avec le sac et surtout avec le collet. Ce sont là les causes prédisposantes, mais la vraie cause, la cause déterminante, c'est le taxis. Si l'on exerce des pressions sur le fond du sac au lieu d'agir au niveau du corps et du collet, on s'expose à produire la réduction en masse. Or, cette pratique est adoptée non-seulement par le malade, mais encore par le chirurgien. En effet, sur 131 cas rapportés par les auteurs, la réduction en masse fut faite 68 fois par le chirurgien ; sur 63 observations inédites publiées par M. Périchon, la réduction en masse fut produite dans 5 cas par l'intervention chirurgicale.

Différents traitements ont été proposés. On a conseillé de faire faire des efforts au malade pour tâcher de faire redescendre la tumeur ; quelques chirurgiens ont essayé les tractions sur le cordon spermatique dans le même but. Ces manœuvres ont pu donner quelques résultats dans les cas de réductions en masse incomplètes ; mais lorsque la réduction en masse est complète, il ne reste qu'une ressource : l'opération. Celle-ci se pratiquera par les procédés ordinaires. Lorsque la tumeur se trouve éloignée de l'anneau interne et qu'elle a son siège soit vers l'ombilic, soit vers l'épine iliaque antérieure et supérieure, soit profondément dans la fosse iliaque, il faudra recourir à la laparotomie. Nous ne nous étendrons pas sur les procédés opératoires décrits par l'auteur et qui se rapportent assez exactement à ceux dont on trouve la description dans les traités classiques.

M. Périchon termine son travail par un exposé analytique de toutes les observations de réduction en masse qu'il a trouvées dans les différents auteurs ; il publie en outre quelques observations intéressantes recueillies dans les hôpitaux de Lyon.

En somme, ce mémoire est fait avec soin et dénote de la part de l'auteur une étude attentive et scientifique de la question.

NOUVEAU FORMULAIRE MAGISTRAL, par A. BOUCHARDAT. 20^e édit., 1876. — Paris, Germer Baillière.

La vingtième édition du FORMULAIRE qui paraît aujourd'hui contient quelques additions importantes ; la notice sur les hôpitaux de Paris, qui n'avait pas été retouchée depuis 1839, a été remaniée complètement. M. Bouchardat y a introduit quelques remarques sur l'hygiène nosocomiale, qu'on lira avec fruit. La plupart des médicaments nouveaux ont trouvé place dans cette édition ; parmi ceux-ci nous citerons l'acide salicylique, le jaborandi, la picrotoxine, etc.

ÉTUDE SUR LE PURPURA SIMPLEX A FORME EXANTHÉMATIQUE, par E. LAGET Thèse de Paris, 1875.

Dans sa thèse, qui contient quinze observations dont quelques-unes inédites recueillies dans le service de M. Hillairet, M. Laget a voulu étudier plus spécialement une variété de purpura, décrite par Villian sous le nom de purpura urticaeus. Il s'est efforcé de préciser les caractères de cette affection et de montrer que, malgré l'élément congestif qui vient s'ajouter à l'hémorragie, c'est bien celle-ci qui constitue la lésion fondamentale de la maladie. On trouvera, en effet, dans ce travail une description très-complète des symptômes du purpura simplex et une interprétation pathogénique très-plausible des œdèmes passagers qui l'accompagnent. Mais il était intéressant d'étudier aussi les formes graves de la maladie, de rechercher si le purpura hémorragique à forme exanthématique doit être considéré comme une forme plus sérieuse de la même affection ; et démontrer par l'étude de cette affection, que l'altération du sang précède souvent les formes du purpura les plus bénignes en apparence. Dans la plupart des purpura hémorragiques on constate une leucocytose des plus marquées en même temps que s'amendent les principaux symptômes du purpura. En est-il de même dans le purpura simplex ? Ou faut-il séparer, au point de vue de la physiologie pathologique, deux maladies que la clinique semble devoir considérer comme identiques ? C'est là une question que n'ont pu résoudre ni les auteurs cités par M. Laget, ni les observations nouvelles qu'il publie à la suite de son travail.

DES OPÉRATIONS APPLICABLES AU BEC-DE-LIÈVRE COMPLIQUÉ, par F. COURMONT. In-8, 133 pages. A. Delahaye, Paris, 1875.

L'auteur, considérant les conditions anatomo-pathologiques, montre que le bec-de-lièvre compliqué n'est pas un arrêt de développement, une diminution de substance ; c'est une maladie du développement. Celui du bourgeon médian de la face est exagéré ; celui des bourgeons maxillaires supérieurs est diminué. Il y a lieu de distinguer trois genres : le premier caractérisé par l'absence de déformation osseuse, il est traité par les opérations applicables au bec-de-lièvre simple ; le deuxième degré est caractérisé par l'existence d'une déformation osseuse d'un côté seulement ; le troisième par la prééminence en avant de l'arcade alvéolaire du tubercule intermaxillaire libre des deux côtés. Dans ces deux genres il faut, conclut l'auteur, s'abstenir d'opérer pendant la première enfance quand il y a nécessité d'étendre le traumatisme aux parties dures.

LA PHTHISIE PULMONAIRE ET LA MÉDICATION ARSENICO-PHOSPHORÉE, par le docteur LESCALMEL. In-8 de 153 pages. — 1875, Paris, V. A. Delahaye et C^e.

La première partie de cet ouvrage est consacrée à des considérations générales sur la phthisie pulmonaire. Après avoir exposé l'anatomie pathologique et les études des causes : hérédité, contagion, influence climatérique, etc. Quoique contenant peu d'appréciations nouvelles, cette partie du travail est faite avec soin et résume parfaitement les travaux publiés jusqu'à ce jour par les nombreux auteurs qui ont écrit sur le sujet.

Dans la seconde partie, M. Lescalmel passe en revue les divers traitements de la phthisie et fournit d'utiles indications sur l'emploi des nombreux médicaments proposés jusqu'à ce jour. L'usage éclairé d'agents médicamenteux peut faire beaucoup pour ramener la vitalité qui s'éteint et arrêter les progrès de la maladie ; mais il faut savoir faire un choix judicieux, selon la nature de la maladie. À l'exemple de Pidoux, l'auteur divise les moyens curatifs en deux sections : les uns agissent sur la nutrition et sur la tuberculose elle-même, les autres ont pour objet de modifier les divers troubles des fonctions spéciales. Après avoir étudié successivement les moyens curatifs de la première section, M. Lescalmel examine les agents destinés à combattre les symptômes secondaires. Dans un autre chapitre, il étudie les divers climats, le régime alimentaire, et enfin, sous le titre d'*Hygiène morale*, il traite la question du mariage des phthisiques, si souvent agitée par les auteurs. L'espace nous manque pour analyser ces chapitres ; nous dirons seulement que M. Lescalmel considère le séjour des bords de la mer comme nuisible aux tuberculeux, en raison de l'humidité et des vicissitudes thermologiques qui y règnent constamment, et qu'il considère le mariage comme essentiellement favorable au développement de la phthisie.

Enfin, dans un dernier chapitre, l'auteur expose les excellents résultats qu'il a obtenus par l'emploi simultané de l'hypophosphite de soude et de l'arsenic; le premier médicament augmente l'intensité de l'immervation et constitue un puissant hématogène; le second combat un des symptômes les plus redoutables de l'affection: l'affaiblissement général, le manque de nutrition. M. Lescabel emploie ces médicaments dans un sirop, afin d'éviter l'alcalinité de l'hypophosphite. La dose est augmentée graduellement, et le malade peut absorber sans danger jusqu'à 18 milligrammes d'arséniat et 1^{re}.80 d'hypophosphite dans les vingt-quatre heures. La médication arsenico-phosphorée est contre-indiquée lorsqu'il existe de la diarrhée ou lorsque la fièvre est intense. L'auteur termine son mémoire par la relation de quelques observations présentant chacune la maladie sous une origine différente.

DE L'ABLATION DE CALCANÉUM EN GÉNÉRAL ET SPÉCIALEMENT DE L'ABLATION PÉRIOSTÉE DE CET OS, par le docteur Eugène VINCENT. In-8 de 188 pages. — Paris, 1876, G. Masson.

Les premiers chapitres de cette intéressante monographie sont consacrés à l'histoire et à des considérations physiologiques et cliniques sur la régénération des os en général et notamment sur la régénération des os courts et du calcaneum. L'auteur y reproduit en grande partie les travaux d'Ollier, dont il est l'élève, et fait connaître les résultats obtenus par les pathologistes allemands qui se sont occupés de la question. L'expérience et la clinique démontrent que la reproduction osseuse du calcaneum est la règle dans les opérations de résection sous-périostée de cet os.

Il résulte des vingt-trois observations rapportées par M. Vincent que les extirpations faites d'après la méthode sous-périostée ont seules donné des reproductions du calcaneum et ont procuré les plus beaux résultats au point de vue de la forme et du fonctionnement du pied. Les cas mortels sont plus nombreux dans l'emploi de cette méthode que dans celui de la méthode ancienne; ils sont particulièrement nombreux au-dessus de 25 ans. Mais la mortalité est cependant moindre encore que pour les meilleures séries d'amputations de la jambe ou de désarticulations par le procédé de Syme. L'ablation sous-périostée du calcaneum est donc d'autant mieux indiquée que le sujet est plus jeune.

L'auteur donne ensuite les détails du manuel opératoire et du pansement, et s'étend longuement sur les soins à prendre pour favoriser la reproduction osseuse et la guérison.

Un dernier chapitre est consacré aux indications et contre-indications des résections totales du calcaneum. Les indications sont: les traumatismes, les néoplasmes, la carie, la nécrose. En résumé, c'est l'extension de l'ostéite à la totalité du calcaneum et son incurabilité par les moyens plus simples qui légitiment le plus souvent l'extirpation totale.

ÉTUDE SUR LES HÉMORRHAGIES QUI SURVIENNENT PENDANT LES SUITES DE COUCHES, par le docteur CONTAMIN. In-8 de 112 pages. — Paris, 1876, A. Delahaye et Co.

Malgré les nombreux travaux publiés sur les hémorragies puerpérales, le sujet n'avait pas été traité avec la précision désirable; aussi est-ce avec un véritable plaisir que nous signalons la monographie de M. Contamin, qui résume sous une forme claire et concise la plupart des travaux publiés jusqu'à ce jour.

M. Contamin réserve la dénomination d'hémorragies puerpérales aux pertes qu'on observe pendant l'état puerpéral proprement dit, depuis la délivrance jusqu'au retour de couches. Les hémorragies post partum présentent cette particularité, de se produire souvent en même temps qu'un flux sanguin physiologique dont on peut les considérer comme l'exagération. C'est la confusion de ces deux ordres de phénomènes qui explique les différences considérables qui existent entre les résultats statistiques fournis par les auteurs. M. Contamin ne réserve pas le nom d'hémorragies puerpérales aux pertes capables de compromettre la vie de la malade, mais il comprend sous cette dénomination tous les écoulements de sang anormaux par leur quantité ou l'époque de leur apparition qui se produisent pendant l'état puerpéral.

L'espace nous manque pour donner une analyse détaillée du mémoire de M. Contamin, dont les conclusions sont basées sur un grand nombre de faits choisis et soigneusement analysés. Disons en terminant que cette monographie a été inspirée par M. le professeur Boucharot, et que la plupart des observations qu'elle contient qu'il est recueillies dans la pratique du célèbre gynécologue lyonnais.

VARIÉTÉS

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE, A PARIS. — Concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie, vacantes au 1^{er} janvier 1877, dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le jeudi 5 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 4 septembre jusqu'au samedi 23 du même mois inclusivement.

CONCOURS. — Par arrêté en date du 9 août 1876, un concours est ouvert à Rouen pour un emploi de suppléant des chaires de pharmacie, chimie, matière médicale et histoire naturelle à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de cette ville.

L'ouverture de ce concours est fixée au 15 février 1877.

— Par arrêté en date du 9 août 1876, un concours est ouvert à Limoges pour un emploi de chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de cette ville.

L'ouverture de ce concours est fixée au 15 février 1877.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON. — M. Deroge, docteur en médecine, chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, est institué, en outre, suppléant des chaires de clinique et de pathologie internes à ladite École, pour une période de neuf années.

EXPOSITION INTERNATIONALE D'HYGIÈNE. — On écrit de Bruxelles, le 8 août :

« L'Exposition internationale d'hygiène et d'objets de sauvetage, ouverte en juin, a été prolongée jusqu'en octobre. Douze nations ont donné 1738 exposants. Le Congrès lui-même s'ouvrira le 27 septembre et durera huit jours. Afin de faciliter le voyage aux membres étrangers, le gouvernement belge a fait accorder aux membres et délégués une réduction de 50 pour 100 sur le transport sur les lignes belges, et des démarches ont été tentées auprès des autres administrations étrangères pour obtenir une réduction. »

DEUXIÈME CONGRÈS GÉNÉRAL DES MÉDECINS AUTRICHIENS. — Le 2 août s'est terminé à Vienne (Autriche) le deuxième Congrès général des médecins autrichiens. Parmi les questions traitées figurait celle de l'organisation du corps médical et de ses rapports avec l'hygiène publique; celle des honoraires du médecin; celle de la nécessité d'une représentation proportionnée du corps médical dans les assemblées législatives, etc.

A (Othembourg (Suède), dans la réunion des médecins scandinaves, qui a eu lieu en cette ville, a été discutée la question de la nécessité d'introduire l'obligation de la vaccine en Scandinavie. Tous les orateurs ont parlé en faveur de la mesure, la vaccination étant le plus efficace contre la petite vérole, en recommandant que l'administration tienne la main à l'observation rigoureuse des règlements. (Union médicale).

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés ou promus dans l'ordre national de la Légion d'honneur les médecins dont les noms suivent :

Au grade de commandeur : M. Legouest (Venant-Antoine-Léon), médecin inspecteur, président du Conseil de santé des armées.

Au grade d'officier : MM. Joux (Claude-Pierre-Amandé), médecin principal de 2^e classe. — Peigné (Emile), médecin-major de 1^{re} classe. — Giolet (Michel-Elie), pharmacien-major de 1^{re} classe. — Pénard (Lucien), chirurgien principal de la marine en retraite. — Bourse (François-Félix), médecin principal de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Weber (Edgar), médecin-major de 2^e classe. — Turquet de Beauregard (Eusèbe-Alain-Marie), médecin de 1^{re} classe de la marine. — Degorce (Marc-Antoine), pharmacien de 1^{re} classe de la marine. — Renard (Ernest), médecin-major de 2^e classe. — Fachan (Jean-Dominique-Mario-Cyr-Ernest), médecin-major de 2^e classe. — Ballet (Paul-Hubert-Mathieu), médecin-major de 2^e classe. — Willigens (Joseph-Guillaume), médecin-major de 2^e classe. — Gallimard (Léon-Eugène), pharmacien-major de 2^e classe. — Décazis (Louis), docteur-médecin à Brassac (Tarn).

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort de M. Bonnaric, ancien médecin de l'Antiquaille de Lyon, de M. le docteur Paul Long, conseiller général et maire d'Yllères, et de M. le docteur O. de Bataille, directeur-gérant du *Journal des Eaux-Bonnes*.

— On demande un médecin exerçant à Paris, non marié, âgé de quarante à cinquante ans, pour être attaché par un traité à un malade ayant déjà un 1^{er} médecin. — S'adresser à M. le docteur Pierre Bouland, rue de Provence, n° 36, les lundi, mercredi et vendredi à cinq heures.

SOMMAIRE. — PARIS. Société médicale des hôpitaux : Un nouveau cas de maulo rhumatismale. — Le projet de loi sur l'administration de l'armée. — TRAVAUX ORIGINAUX. Physiologie pathologique. Sur une ulcère vaso-motrice se rattachant à l'état hystérique; guérison par les courants intermittents. — CORRESPONDANCE. Sur la maladie dite aïdante pernicieuse progressive. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — REVUE DES JOURNAUX. Étude sur quelques points de pathologie des maladies nerveuses. — Arbre chroniques des nerfs thoraciques. — De l'insibilité de la réaction du fillet chez les noueux-nés. — De l'entorse médio-tarsienne et de son traitement. — Sur les propriétés toxiques de la pyréthrine. — Injection de télectrate d'iode dans la cavité utérine contre les hémorragies puerpérales. — BIBLIOGRAPHIE. Index bibliographique. — VARIÉTÉS. — FEUILLETON. Lettre sur la syphilis tertiaire.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité d'anatomie topographique, avec applications à la chirurgie, par le docteur P. Tillaux. 2^e fascicule (Colonne Vertébrale, Cou, Membres supérieurs et Thorax). Gr. in-8 de 308 pages, avec 73 figures tirées en noir et en couleur. Paris, P. Asselin. 7 fr. Le 3^e et dernier fascicule (Abdomen, Bassin et Membres inférieurs, est sous presse.

Léçons cliniques sur les maladies de la peau, professées à l'hôpital Saint-Louis par le docteur Guibout. 1 vol. in-8 de 700 pages. Paris, G. Masson. 8 fr.

Du mode d'action des eaux sulfureuses, par le docteur Sénac-Lagrange. In-8 de 98 pages. Paris, G. Masson. 2 fr. 50

Contribution à l'étude des kystes hydatiques comprinant la moelle épinière, par le docteur P.-E. Désiré Belleuontre. In-8 de 66 pages et 2 planches. Paris, G. Masson. 3 fr.

Étude expérimentale et clinique sur le thorax des pleurétiques et sur la pleurotomie, par le docteur J.-J. Peyrot. In-8 de 153 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr.

Traité de l'impuissance et de la stérilité chez l'homme et chez la femme, comprenant l'exposition des moyens pour y remédier, par le docteur Félix Roubaud. 3^e édit. In-8 de 804 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 8 fr.

Éléments de pathologie chirurgicale, par A. Nélaton. 2^e édit., très-augmentée. Tome IV, 1^{re} partie : Affections des appareils de l'ouïe et de la vision, publié par M. le docteur Péan. 1 fort vol. in-8 avec de nombreuses figures dans le texte. Paris, Germer Baillière. 7 fr.

Annuaire des eaux minérales et des bains de mer. 1^{er} édit., 1 vol. de 280 pages. Paris, Gauthier-Villars. 1 fr. 50

Le diabète sucré et son traitement diététique, par le professeur Cantani; ouvrage traduit et annoté par le docteur H. Charvet. 1 vol. in-8 avec 3 planches. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 8 fr. Cartoné, 9 fr.

De la structure des racines des nerfs spinaux et du tissu nerveux dans les organes centraux de l'homme et de quelques animaux supérieurs, par le docteur Roudanovsky. 1 vol. in-8 avec atlas de 8 planches contenant 72 photographies. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 30 fr.

Les causes de la gravelle et de la pierre étudiées à Contrexéville pendant neuf années de pratique médicale, par le docteur Delbout d'Estrières. 1 vol. in-8 avec 32 figures dans le texte. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 3 fr.

Recherches sur les causes de l'épilepsie et des convulsions épileptiformes, par le docteur Hugon. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 2 fr.

Étude des déviations de l'utérus gravide comme cause de dystocie, par le docteur Meymer. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 1 fr. 50

Notice sur les eaux de Tarasp-Schals, Basse-Engadins, canton des Grisons (Suisse), par le docteur Killias. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 1 fr. 50

Mémoire sur les veines de la face et du cou, par Louis Châbert. In-8 de 40 pages et 2 planches coloriées. Paris, G. Masson. 3 fr.

De la réforme de l'enseignement supérieur et des libertés universitaires, par le professeur Charles Schutzenberger. In-8 de 126 pages. 2^e édit. Paris, G. Masson. 2 fr.

De l'identité du bruit de soufflet dit placentaire avec le bruit de soufflet des grosses artères intra-pelvienne, par le professeur Bouillaud. In-8 de 51 pages. Paris, G. Masson. 1 fr. 50

Traité élémentaire de pathologie externe, par F. Follin et Simon Duplay. In-8, avec figures dans le texte. Tome V, fascicule II : *Maladies du cou; Maladies de la poitrine*. Paris, G. Masson. 4 fr.

En vente les tomes I à V, fascicules I et II. 60 fr.

Recherches sur l'innervation du cœur, par le docteur L.-G.-C.-F. Miol. In-8 de 138 pages. Paris, G. Masson. 3 fr.

Traité iconographique d'ophtalmoscopie, comprenant la description des différents ophtalmoscopes, l'exploration des membranes internes de l'œil et le diagnostic des affections cérébrales et constitutionnelles, par F. Galezowski. 1876, in-4 de 281 pages, avec atlas de 30 planches chromolithographiées. Paris, J.-B. Baillière et fils. 30 fr.

Formulaire officinal et magistral international, comprenant environ 4000 formules, etc., par le docteur J. Jeannel. 2^e édit., 1876. 1 vol. in-18 de 1000 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. Caronné, 6 fr.

Essai clinique sur les tumeurs solides de l'ovaire, par le docteur Ziembicki. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 2 fr.

Nouveau traité élémentaire et pratique des maladies mentales, suivi de considérations pratiques sur les asiles d'aliénés, par H. Dagonet. 1876, in-8 de 732 pages, avec 8 planches en phototypie, comprenant 33 types d'aliénés et une carte statistique des établissements d'aliénés de la France. Paris, J.-B. Baillière et fils. 15 fr.

Expériences sur la force élastique des bandes et des tubes en caoutchouc par la méthode des poids, par le docteur Houzé de l'Aulnoit. 1875, in-8 de 41 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 1 fr. 50

Léçons sur les maladies mentales, par le docteur B. Ball. 1^{er} fascicule : I. De la folie en général; II. Des illusions et des hallucinations. In-8. Paris, P. Asselin. 2 fr.

Des troubles intellectuels dus à l'intoxication lente par le gaz oxyde de carbone, par le docteur Paul Moreau (de Tours). 1876. In-8. Paris, P. Asselin. 2 fr.

Sur le mécanisme de l'accouchement normal et pathologique, et Recherches sur l'insertion vicieuse du placenta, les déchirures du périnée, etc., etc., par J. Matthews Duncan, ouvrage traduit par le docteur P. Budin, avec une préface de M. S. Tarnier. Traduction revue par l'auteur, avec figures intercalées dans le texte. 1876, 1 vol. in-8 de 583 pages. Paris, Octave Doin. Broché 12 fr. Cartoné 13 fr.

Traitément de la métrite interne, par T. Gallard. 1 vol avec 15 figures. Paris, H. Lauwereyns. 2 fr. 25

De la péritonite idiopathique aiguë des enfants, de sa terminaison par suppuration et par évacuation du pus à travers l'ombilic, par le docteur Gauderon. In-8. Paris, A. Delahaye. 2 fr. 50

Les eaux de Gréoux dans le traitement de la phthisis pulmonaire, par le docteur Lescolmes. In-8. Paris, A. Delahaye. 50 c.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 24 août 1876.

Académie de médecine : LA DÉCORTICATION DES NEZ ÉLÉPHANTIASIQUES : M. OLLIER. — *Association française pour l'avancement des sciences* : CONFÉRENCE DE M. CLAUDE BERNARD.

La décortication des nez éléphantiasiques.

Ainsi qu'on a pu en juger par le compte rendu de l'Académie, M. Ollier continue ses intéressantes communications. Dans la dernière séance une discussion, d'ailleurs très-courte, a néanmoins montré l'intérêt qui s'attache à la décortication du nez. Nous ne reproduirons pas les conclusions du mémoire de M. Ollier, qui ont été résumées dans le numéro précédent (p. 522, n° 33); nous insisterons seulement sur les particularités les plus originales du procédé d'ablation désigné par son auteur sous le nom de *décortication*.

Jusqu'à présent, dans les opérations pratiquées dans le but de remédier à la difformité et aux inconvénients des nez éléphantiasiques, on s'est préoccupé non-seulement d'enlever les tissus hypertrophiés, mais aussi d'obtenir une cicatrisation qui ne soit pas elle-même une difformité; c'est pourquoi on a eu recours à l'extirpation partielle combinée à l'autoplastie. M. Ollier opère plus simplement: il enlève tout le derme hypertrophié et le tissu sous-jacent jusqu'au périchondre, il *décortique* le nez; la nature se charge du reste, c'est-à-dire que le tissu inodulaire reconstitue une enveloppe au nez, sorte de tégument blanchâtre et lisse contrastant singulièrement avec les bourgeonnements éléphantiasiques qu'il remplace. Il y a dans cette marche de la cicatrisation une apparence paradoxale qui, alors même qu'on voit les photographies des trois opérés de M. Ollier, oblige à conserver certaines

réserves dans le jugement à porter sur le résultat définitif. M. Ollier, s'appuyant sur les faits et sur l'anatomie pathologique, montre qu'il n'y a rien d'anormal dans ce résultat avantageux, produit par le tissu inodulaire, car c'est la rétraction même qui rend au nez sa forme. En effet, dans les nez éléphantiasiques les cartilages, les fibro-cartilages et surtout le périchondre participent à l'hypertrophie, ou plutôt subissent une élongation et un épaississement; la rétraction cicatricielle a pour résultat de diminuer l'élongation et l'hypertrophie de la charpente fibro-cartilagineuse: d'où le rétablissement de la forme normale. Les photographies montrent qu'il en est ainsi. Il reste à savoir dans quelles limites s'exerce cette rétraction en quelque sorte *providentielle*. Dans un des faits de M. Ollier, dix-sept mois après l'opération « la cicatrice s'est » assouplie et se fond avec la peau du visage, grâce à l'hypertrophie qu'avait préalablement subie les cartilages du » nez; la rétraction inodulaire n'a fait que ramener le nez à » ses proportions normales. » Dans le premier fait, le nez, trois mois après, était régulier, mais peut-être un peu plus petit qu'avant le début du mal. Ces résultats permettent donc jusqu'à un certain point de supposer que la rétraction peut ultérieurement continuer et modifier quelque peu l'aspect si heureux des premiers effets de la cicatrisation. Mais il n'y a là qu'une hypothèse, et M. Ollier peut aussi bien espérer que le tissu inodulaire n'aura pas assez de puissance rétractile pour amener la déformation du nez. Le temps se chargera de la démonstration de l'une ou l'autre de ces opinions; pour le moment restent acquis trois faits très-remarquables.

Ajoutons que le procédé opératoire n'a pas été le même dans tous ces cas. La première fois (voy. *Gaz. hebdom.*, 1873, p. 619) M. Ollier avait opéré au moyen du bistouri; il y eut une hémorragie secondaire: c'est pourquoi la décortication dans les autres cas a été faite au moyen du cautère, ou par le bistouri et la cautérisation immédiate des tissus mis à nu. C'est ce procédé que M. Ollier recommande désormais et

FEUILLETON

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Leçons sur l'hygiène et la prophylaxie des maladies vénériennes.

(Suite. — Voyez les numéros 29, 30 et 32).

Messieurs, j'ai entrepris, dans la dernière leçon, de mettre en parallèle la prophylaxie moderne avec la prophylaxie ancienne. Je vous ai fait voir que toutes deux visaient la préservation de l'individu, et que, si les anciens atteignaient le but par des règles générales imposées même à ceux qui ne devaient pas s'exposer au mal, les modernes dédaignent trop ces antiques traditions se sont bornés à livrer à l'initiative et à la prudence des seuls intéressés divers moyens de protection plus ou moins ingénieux et plus ou moins efficaces.

2^e SÉRIE, T. XIII.

Aujourd'hui, nous quittons l'individu et nous entrons dans le foyer de la famille.

La prophylaxie familiale est encore une question moderne, je dirais presque contemporaine; cependant, là encore, nous allons nous trouver aux prises avec les trois maladies vénériennes.

J'ai peu de choses à vous dire du chancre simple; il ne peut être un obstacle au mariage que s'il persiste ou si le bubon chancreux existe à l'époque présumée des noces; s'il est guéri, toute précaution est inutile, aucun accident ultérieur n'est à redouter. S'il n'est pas guéri, l'indication n'est modifiée en rien par l'imminence du mariage: il faut le guérir. Si le chancre simple est contracté pendant le mariage, il faut recourir immédiatement à la cautérisation abortive.

Ainsi posées, les questions se résolvent d'elles-mêmes; mais j'arrive aux cas de conscience. Peu de temps avant son mariage, un homme s'est guéri d'un chancre; on le croit simple, le médecin qui a soigné le malade a porté le diagnostic

qui doit prendre rang à côté des procédés préconisés par M. A. Guérin et par M. Hardy. On verra d'ailleurs à la lecture du Compte rendu, que les indications opératoires peuvent varier suivant la forme ou l'espèce d'éléphantiasis du nez.

A. H.

Conférence de M. Claude Bernard.

La GAZETTE HEBDOMADAIRE a déjà, dans un récent article (n° 30, p. 465), signalé les expériences de M. Cl. Bernard et montré comment l'illustre physiologiste était arrivé à expliquer l'action exercée sur les tissus vivants par divers agents anesthésiques. Mais nous n'hésitions pas à revenir sur ce sujet et, bien que notre collaborateur, M. François-Franck, en ait résumé dans sa correspondance les traits essentiels, à mentionner encore d'une manière toute spéciale la conférence que vient de faire à Clermont-Ferrand le savant et infatigable professeur du Collège de France. Avec cette hauteur de vues et cet esprit philosophique qui marquent ses travaux d'un cachet tout spécial, M. Cl. Bernard s'est en effet appliqué à bien faire comprendre à un auditoire d'élite non-seulement les faits nouveaux qu'il avait observés, mais encore les déductions philosophiques que l'on peut tirer de ses observations et des remarques déjà faites par les physiologistes qui l'ont précédé dans cette voie.

Depuis assez longtemps, en effet, on connaissait l'action exercée sur les végétaux, et en particulier sur la *sensitive*, par l'éther et le chloroforme. M. Loclerc (de Tours) et M. W. Coldstream avaient fait voir et M. Vulpian avait rappelé que ces agents anesthésiques, en supprimant l'excitabilité de la plante, pouvaient être considérés comme agissant chimiquement sur elle et que, par conséquent, une semblable expérience ne prouvait pas qu'il existât des éléments nerveux spéciaux sur lesquels se porterait l'action de ces substances. M. Cl. Bernard, sans nier qu'il en soit ainsi, a pensé que l'on pourrait agir de même sur les autres fonctions des plantes, et ses expériences sur la germination, la respiration et la fermentation des végétaux ont démontré que la vie des plantes, comme celle des animaux, pouvait être momentanément endormie sous l'influence des anesthésiques. Ces faits ne prouvent nullement qu'il existe, dans les plantes, un appareil nerveux comparable à celui qu'impressionnent surtout les agents anesthésiques quand ils sont administrés dans un but chirurgical. Ils montrent seulement que l'éther et le chloro-

forme peuvent agir directement sur le protoplasma des cellules végétales ou animales et que, quand ils ont coagulé la substance protoplasmique, toutes les fonctions qui sont communes aux végétaux et aux animaux.

Les expériences de M. Cl. Bernard contribuent donc à prouver une fois de plus qu'il n'existe pas une ligne de démarcation bien nette entre le règne animal et le règne végétal et que la *sensibilité*, c'est-à-dire la propriété de réagir sous des irritations extérieures, est commune aux deux règnes, que l'on a souvent confondus sous le nom de *règne organique*. Mais en montrant que le protoplasma, qui se trouve dans les cellules végétales et les cellules animales, est le siège de la sensibilité et que son unité établit l'unité des deux règnes organiques, M. Cl. Bernard n'a pas prétendu, comme on l'en a accusé un peu inconsidérément, nier les différences que l'on est en droit d'établir entre les végétaux et les animaux, ni surtout entre les animaux et l'homme. Quelles que soient en effet leurs analogies de structure et de fonctions il est certain que la plante vit d'une sensibilité, non-seulement inconsciente, mais qu'on pourrait appeler silencieuse. Fixée au sol qui en a reçu la germe, elle y naît, s'y développe, y meurt sans avoir jamais les réactions multiples qui mettent les animaux en contact avec le monde extérieur. Ceux-ci, eux-mêmes, diffèrent entre eux et diffèrent de l'homme par le développement variable de cet appareil de perfectionnement que nous désignons sous le nom de *système nerveux*.

Plus on s'élève dans l'échelle des êtres et plus, en effet, se développe et se complémente les organes qui mettent l'animal en communication avec le monde extérieur. Mais il y a mieux encore; tandis que l'animal le plus perfectionné n'a pour le guider que ses instincts, alors qu'il ne peut entrer en communication avec ses semblables que par un cri plus ou moins inarticulé, l'homme seul est libre, seul il sait vivre de la vie collective, seul il parvient non-seulement à s'entretenir avec ses contemporains, mais à profiter incessamment des progrès accomplis par ceux qui l'ont précédé dans la voie où il marche. C'est pourquoi l'on a pu dire que l'homme devait être considéré, grâce à la perfectibilité extrême dont il jouit, comme un être « non pas hors cadre mais tout à fait hors ligne dans la série des êtres vivants » (Vulpian). Et c'est pourquoi les psychologues en se plaçant pour étudier les phénomènes de sensibilité au point de vue de la conscience ou du *Moi* s'efforcent d'étudier les fonctions qui distinguent l'homme des animaux. Quant aux physiolo-

de chancre simple. Cependant une erreur est possible; l'ulcère pouvait avoir tous les caractères du chancre simple et masquer une lésion syphilitique concomitante; le chancre était peut-être mixte. Si l'absence de piécide ganglionnaire indolente ne semble pas de nature à lever tous les doutes, la prudence conseillera d'attendre non-seulement que six semaines se soient écoulées à partir du début du mal, mais que pendant trois mois, six mois, si c'est possible, on n'ait pas pu saisir l'apparence de manifestations syphilitiques secondaires.

La blennorrhagie prête à des considérations plus nombreuses. Guérie et bien guérie avant le mariage, elle ne saurait être un empêchement, mais elle laisse souvent des reliquats chroniques. Si l'on a affaire à une blennorrhée simple se traduisant par un suintement urétral le matin, existant depuis longtemps sans avoir provoqué de complications, on peut encore passer outre. Mais il est une blennorrhée sujette à des retours inflammatoires aigus ou subaigus; il semble qu, dans ces cas, la maladie se cantonne dans quelque dé-

pression de la muqueuse soustraite au contact des médicaments locaux, dans une valvule ou dans une canalicule glandulaire; qu'elle garde dans ce réduit ses propriétés virulentes et qu'elle est capable, à certains moments, de contaminer à nouveau tout le canal. C'est là une des formes les plus rebelles, les plus désespérantes de la maladie. Après des tentatives infructueuses pour amener une guérison radicale, le médecin devra avertir son malade de la possibilité de retours inopinés et fréquents du mal, même pendant un temps considérable; il devra lui signaler le danger de pareils réveils de sa maladie, s'il se marie avant une guérison définitive, lui faire entrevoir la possibilité de la transmission du mal à l'épouse, et les ennuis, les inquiétudes, les tribulations de toute sorte auxquels il s'expose, les soupçons, les accusations injurieuses auxquels une maladie notoirement réputée vénérienne le mettrait en butte. De pareils accidents ne sont pas rares et sont presque toujours une cause de désunion et de malheurs irréparables dans les familles.

gistes, en recherchant surtout quelles sont les fonctions qui les en rapprochent, ils arrivent de leur côté à faire voir que, si, dans le monde organique, les analogies de structure et de fonctions ne permettent pas de tracer toujours des lignes de démarcation bien nettes, il est cependant possible d'en établir quelques unes et de marquer les différences que le développement si variable du système nerveux crée entre les diverses classes du règne organique.

L. L.

L'abondance des matières nous oblige à remettre au prochain numéro le compte rendu du Congrès annuel de l'Association médicale anglaise.

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiologie pathologique.

DES DÉFORMATIONS DE LA PLANTE DES PIEDS, SPÉCIALEMENT CHEZ LES ENFANTS, DANS LES AFFECTIONS ATROPHIQUES ET PARALYTIQUES DE LA JAMBE, par E. ONIMUS. (Mémoire lu à l'Association française pour l'avancement des sciences, dans la séance du 19 août 1876.)

Les affections atrophiques et paralytiques de la jambe amènent promptement, surtout chez les enfants, des déformations du pied. Les différents pieds bots, comme on le sait, sont le résultat de ces affections. On a étudié ces déformations surtout au point de vue de la déviation en dehors, en dedans, ou encore en bas et en haut, dans les variétés de pieds bots varus, valgus, équin; mais on s'est beaucoup moins occupé des déformations que subit dans ces différents cas la plante du pied. C'est un aperçu général et sommaire sur cette question que nous désirons vous présenter.

Au moyen d'un procédé très-simple, nous parvenons à fixer d'une façon parfaite et exacte non-seulement la forme de la plante du pied, mais encore, et c'est là le côté le plus important, les parties du pied qui sont en contact avec le sol. Dans la marche, en effet, il faut tenir compte, pour tout animal, du point d'appui de ses surfaces motrices sur le milieu dans lequel on sur lequel il se meut. Les physiologistes, et principalement M. Pettigrew, ont insisté sur l'importance de la grandeur des surfaces motrices. C'est, en effet, une condition de rapidité pour la progression terrestre que les points présentés à la terre soient peu nombreux et limités en étendue; le frottement principal est celui qu'occasionne le contact des surfaces motrices avec le sol, et l'on voit que chez les animaux dont les mouvements sont les plus rapides, comme le cerf, le

cheval, l'autruche, les pieds sont réduits au minimum de dimension. Le contact plus ou moins étendu du pied humain avec le sol est donc un élément important à considérer, et nous voyons, par les empreintes que nous avons pu prendre dans les différentes affections de la jambe, que ce contact est modifié dans tous les cas pathologiques.

A l'état normal, l'empreinte du pied est représentée en arrière par le talon, appliqué énergiquement sur le sol, et en avant par les orteils, régulièrement étalés; mais entre ces deux contacts il y a toute la partie intermédiaire de la plante du pied qui ne touche pas le sol; cette partie correspond à l'arcade plantaire. Or dans tous les pieds bots, comme vous pouvez le voir par ces spécimens, quelle qu'en soit la cause et la nature, l'empreinte de la plante du pied nous indique un contact continu sur toute la longueur, s'étendant du talon aux orteils. La forme de ce contact varie selon les affections, mais qu'il y ait atrophie des muscles antérieurs ou des muscles du mollet, ou bien contracture de ces groupes musculaires, il y a toujours ce même caractère de la continuité du contact sur toute la longueur du pied, et sous ce rapport on peut dire que toutes les affections atrophiques ou paralytiques des jambes déterminent un pied plat, ou du moins quelques-uns des caractères du pied plat.

Cette déformation est déjà une cause de difficulté dans la marche, car elle change absolument les conditions normales. L'arcade formée par le pied est nécessaire, car non-seulement elle diminue les surfaces de contact, mais encore elle divise anatomiquement la plante du pied en deux parties également distinctes par leur fonctionnement. Au premier moment où le pied repose sur le sol, le talon seul est mis en contact et supporte tout le poids du corps, la partie antérieure du pied ne touche le sol qu'un peu plus tard et uniquement en cet instant, pour aider au maintien de l'équilibre. Ce n'est que lorsque le mouvement de progression continue, que le talon s'élève et qu'alors tout le poids du corps porte sur les orteils et sur les articulations métatarsiennes. Il y a donc deux parties très-nettes dans la plante du pied, l'une servant à soutenir le poids du corps au moment où le pied touche le sol, l'autre agissant au moment où le pied va s'enlever et faire avancer le corps.

Notre marche n'est donc pas une série de sauts ou de légères chutes, mais un vrai roulement, la plante du pied présentant successivement au sol ses portions postérieures et antérieures, comme le ferait un segment de roue. Si nous considérons en même temps le mouvement qui a lieu dans une jambe pendant un pas entier, nous voyons qu'il s'établit un double roulement, le corps roulant sur une extrémité pendant que la jambe est posée sur le sol, et celle-ci roulant sur le trouc pendant le second moment, c'est-à-dire quand la jambe est en l'air. Durant ces mouvements, le corps s'élève

Si la blennorrhagie est contractée pendant le mariage, il faut recourir sans retard à la méthode abortive. Chez l'homme, la solution de nitrate d'argent au centième devra être poussée jusque dans la profondeur de la fosse naviculaire; chez la femme, il ne faudra pas craindre de promener dans l'urètre le crayon de pierre infernale. En pareille occurrence, les malades acceptent volontiers ces moyens de rigueur et sont trop heureux d'éviter, au prix d'une douleur bien méritée, les conséquences désastreuses que pourrait avoir pour leur tranquillité et leur bonheur une maladie contractée dans un moment d'oubli.

Dépendant il est des ménages où la blennorrhagie s'acclimate et s'humanise; mais dans certaines circonstances ses qualités contagieuses se révèlent: je ne parlerai que de l'accouchement et de la contamination des yeux du fœtus au moment de l'expulsion. Cette origine ne peut pas être contestée; les faits de Mahon, de M. Sperino et de Rollet, sans citer les autres, la mettent hors de doute. L'accoucheur doit

donc se montrer attentif à ce point de vue, et s'il constate un écoulement vaginal purulent, chercher, par l'examen de l'urètre et des cryptes avoisinantes, si ce catarrhe n'a pas une origine blennorrhagique. En pareille circonstance, le diagnostic est difficile, le traitement est également hérissé de difficultés. Si la grossesse n'est pas à terme, on redoute par une intervention un peu active de provoquer le dénoûment; si le travail est commencé, on ne peut user que de palliatifs.

Il faut dans ce dernier cas pratiquer à diverses reprises des injections chlorurées qui détergent les surfaces et neutralisent l'activité virulente; il faut aussi multiplier les injections d'huile pour interposer un liquide neutre entre la muqueuse oculaire et la muqueuse vaginale. On surveillera ensuite l'enfant pour agir sans retard si l'ophtalmie se développe.

La prophylaxie familiale de la syphilis est bien autrement grave que celle des autres maladies vénériennes; car, dans la famille plus que partout ailleurs, la maladie révèle son redoutable pouvoir de diffusion; ses manifestations conta-

et s'abaisse. Ce double roulement est nécessaire à la continuité de la marche, et c'est pour cela que la marche la moins fatigante et aussi la plus gracieuse est celle où le pied ne se pose pas à plat sur le sol et où la totalité des articulations, à la fois ferme et élastique, permet à la masse plantaire de supporter le poids du corps, en même temps qu'elle cède légèrement pour exercer une pression ascendante et pendant ce temps, elle ne se met en contact avec le sol que successivement et en décrivant un arc de cercle. Les points en contact sont ainsi peu nombreux à la fois, ce qui donne aux efforts musculaires la meilleure résultante, car, comme pour la roue en mécanique, la surface en contact avec le plan est ainsi réduite au minimum.

Ces considérations physiques et anatomiques nous expliquent les inconvénients du pied plat, alors même qu'il n'y a aucune altération musculaire. La totalité de la plante du pied se trouve en contact avec le sol, ce qui augmente d'au moins un tiers le frottement et empêche les pieds de se dégager avec facilité. En comparant, d'après le procédé que nous employons, l'empreinte du pied plat avec celle d'un pied normal, on voit parfaitement la différence qui caractérise le pied plat : pour celui-ci il y a une continuité parfaite entre le talon et l'avant-pied, tandis que pour le pied normal il y a une séparation complète qui est en moyenne dans les proportions suivantes : sur un pied de 21 centimètres de long, la distance de la partie médiane correspondant à l'arcade plantaire et qui ne touche pas le sol, est de 5 à 7 centimètres pour le côté interne et de 2 à 4 centimètres pour le côté externe. Ces détails ont une grande importance pratique, car ils permettent de remédier orthopédistiquement, d'une façon très-simple et très-logique, à la plupart des inconvénients du pied plat : il suffit, en effet, d'employer une semelle qui présente sur sa partie médiane une saillie qui repousse la plante du pied et l'oblige à prendre la forme normale; ce petit appareil, fabriqué par M. Collin, et avec lequel on redresse la partie moyenne de la plante du pied au moyen d'un morceau de liège, rend, en effet, de très-grands services à toutes les personnes atteintes de pied plat, et l'on comprend également que les indications données par l'empreinte que nous obtenons, sont des plus précieuses pour déterminer exactement la forme et la longueur qu'il est utile de donner à cette saillie. L'épaisseur de ce morceau de liège est de 2 centimètres à 2 centimètres 1/2.

Nous ferons encore remarquer une particularité non-seulement du pied plat, mais de tous les pieds déformés, dont le contact avec le sol est augmenté, particularité qui s'explique également par les lois physiques et par l'anatomie comparée, c'est que les personnes atteintes de ces déformations marchent relativement mieux dans le sable ou dans un sol mobile que sur un sol dur et résistant; c'est le contraire de ce qui a lieu pour les personnes dont le pied est bien conformé. Il y a tou-

jours une relation entre la grandeur des surfaces motrices et la mobilité du point d'appui; chez tous les animaux, en effet, nous voyons que les surfaces motrices sont en proportion directe avec la mobilité des milieux dans lesquels ou sur lesquels ils se meuvent; c'est ainsi que les oiseaux et les insectes ont des surfaces motrices plus grandes que les poissons, ceux-ci que les amphibiens et ceux-ci que les animaux terrestres. Sur un sol mouvant, l'animal terrestre aura donc besoin de surfaces motrices plus grandes que sur un sol résistant, ou, en d'autres termes, un animal qui aura les pieds larges se fatiguera moins, toutes proportions étant égales, sur un sol mobile que celui dont les extrémités sont fines; c'est pour cela que les personnes qu'on atteintes des déformations du pied, qui, comme nous avons vu, augmentent toujours les surfaces de contact, marchent en général mieux sur le sable; bien des parents nous ont fait cette remarque qu'aux bords de la mer leurs enfants atteints de paralysie infantile ont une marche plus facile et plus soutenue.

— Dans certains cas pathologiques, on croit, à la seule inspection des pieds, que la cambrure existe, et même on se figure volontiers qu'elle est exagérée; mais l'empreinte prise sur le papier noirci démontre que ce n'est là qu'une simple apparence et que ces pieds, qui paraissent très-croix, prennent au moment où ils soutiennent le poids du corps, la forme du pied plat. La plupart des déformations que l'on a désigné sous le nom de pied creux *valgus* rentrent dans cette catégorie. Dans cette variété, en effet, qui est le résultat d'une contracture du long péronier latéral (accompagnée presque toujours de faiblesse des muscles du tendon d'Achille), il y a une légère subluxation du premier métatarsien; le tendon du long péronier, qui s'insère au-dessous de l'extrémité postérieure de cet os, l'attire en bas et détermine ainsi une saillie assez forte en avant de l'arcade plantaire, saillie qui fait paraître en creux la partie moyenne de la plante du pied. Mais cette saillie, très-prononcée lorsqu'on examine le pied au repos, disparaît déjà légèrement lorsqu'on applique fortement la main contre la masse métatarsienne, grâce à la mobilité des articulations et au relâchement des ligaments qui a lieu dans ces cas; lorsque le pied supporte tout le corps, on est très-étonné de ne presque plus trouver de traces de cette convexité. La première fois que nous avons pris l'empreinte d'un de ces pieds, nous pensions avoir les caractères d'une courbure exagérée, et nous avons été fort surpris de retrouver, au contraire, beaucoup d'analogie entre cette empreinte et celle du pied plat. On comprend ainsi pourquoi la ténotomie de ce muscle dans le pied creux valgus donne en général des résultats peu satisfaisants. Cet affaissement de la masse plantaire au moment où le pied repose sur le sol et supporte le poids du corps est une des causes de la fatigue de la marche, car le point d'appui devient ainsi trop

gieuses se produisant sur toutes les parties du corps trouvent dans le foyer domestique d'innombrables occasions de transmission; là la promiscuité n'est pas seulement génitale; entre parents que la préoccupation sexuelle ne saurait effleurer, les contacts les plus variés se font avec un abandon, une fréquence, une intimité dangereuse; le baiser y devient périlleux comme ailleurs le coït. Ce n'est pas seulement l'un des conjoints qui reçoit l'infection de l'autre; elle se répand aux enfants, même à ceux qui sont à naître. Et comme l'enfant appartient à tout le monde, comme sa bouche s'ouvre de toute part aux baisers, ce n'est pas seulement la nourrice, ce sont les parents et les serviteurs qui vont subir la contagion. En peu de temps, une endémie circonscrite se développe autour de l'imprudent qui a fondé une famille avant de s'être purifié. D'autres douleurs lui sont réservées. Souvent, après une première période de stérilité, les avortements se succèdent et quand, après une attente pleine d'angoisses et de déceptions, la jeune mère arrive à enfanter

un être vivant, elle le voit succomber bientôt au mal qui ne tarde pas à se révéler, ou bien elle ne peut qu'avec l'aide du médecin le disputer à la mort; et le père assiste silencieux au développement pénible de sa race décrépète. Tous ces malheurs qui frappent en dehors des limites de l'intimité conjugale éveillent les soupçons, provoquent d'indiscrètes révélations. La désunion irréparable est bien souvent la punition stérile d'une résolution prématurée, imprudente ou indécise. Les scandales judiciaires viennent enfin ajouter fréquemment la réprobation légitime du public aux regrets et aux remords de l'auteur de tous ces maux.

Tels sont pour les individus et pour la société les inconvénients qui résultent de la pénétration de la syphilis dans la famille, que nombre d'esprits sérieux n'ont pas hésité à demander l'interdiction légale du mariage des syphilitiques; d'autres plus radicaux veulent faire de la syphilis une cause de nullité; d'autres enfin une cause suffisante de divorce ou de séparation de corps, suivant les pays. Je ne prétends pas

mobile et les effets se rapprochent de ceux qui résulteraient de la marche dans un sol peu dense et mouvant.

La déformation de la plante du pied peut être directe, c'est-à-dire dépendre des atrophies ou des contractures des muscles de la jambe, ou bien indirectes, c'est-à-dire dépendre uniquement des déviations imprimées par le poids du corps. Il y a, en effet, dans le fonctionnement des muscles de la jambe l'action de mouvoir les membres et celle de soutenir le tronc.

Chez les enfants atteints de paralysie infantile avec localisation dans quelques-uns des muscles du pied, il y a une déformation de la plante du pied d'emblée et alors même que l'enfant n'aurait jamais marché. L'empreinte dans ces cas offre à peu de chose près les mêmes caractères que lorsque la marche a eu lieu depuis plusieurs années; ces caractères sont : l'uniformité de la figure, pas de saillies, peu de rides sur la peau; de plus, la ligne formée par les limites de l'empreinte est une ligne courbe, et l'arc de cercle ainsi décrit est d'autant plus fermé que l'affection est plus considérable. On sent très-bien, en voyant ces figures, que la masse est moins développée, uniforme et contournée.

Il n'en est plus ainsi pour les cas très-nombreux où une affection des centres nerveux cérébraux est la cause de la faiblesse ou de l'impotence musculaire. Dans les cas de méningite, d'encéphalite, d'hydrocéphalie, etc., la déformation du pied n'a lieu que si l'enfant vient à marcher, et c'est le poids du corps qui est la cause des modifications qu'on observe. Dans toutes ces affections il y a, en général, une roideur plus ou moins prononcée de tous les muscles du pied; mais ce sont les muscles les plus volumineux dont l'influence prédomine. Les muscles du tendon d'Achille étant les plus énergiques, le talon est porté en haut; dans la marche, l'enfant se pose d'abord sur l'avant-pied, car c'est cette partie de la plante du pied qui rencontre le sol en premier lieu; aussi pour maintenir l'équilibre est-il obligé de pencher le corps en avant et de prendre la position fléchie, qui est si caractéristique. L'empreinte du pied offre dans ces cas les détails suivants : l'avant-pied est largement en contact avec le sol, les orteils sont bien étalés et la longueur du pied, du premier cunéiforme à l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien, est plus grande que sur un pied normal; mais arrivé à l'arcade plantaire la plante du pied se rétrécit brusquement pour ne plus former qu'un plan étroit qui s'étend directement et régulièrement jusqu'au talon. La forme générale a ainsi l'aspect d'un marteau ou d'une hache. Cette déformation est caractéristique des pieds bots de cause indirecte avec influence du poids du corps, et toujours la concavité est tournée du côté du gros orteil.

Dans la paralysie du jambier antérieur et des extenseurs des orteils, la pointe du pied tombant en bas et touchant également le sol en premier lieu, on retrouve quelques-uns de ces

caractères; mais ils sont moins marqués, et l'on ne retrouve pas le rétrécissement brusque et la petitesse du talon qui existent dans le pied bot consécutif à des affections cérébrales.

Nous aurions encore de nombreuses considérations à présenter au sujet de ces déformations, mais nous n'avons voulu qu'indiquer d'une façon générale les avantages que l'on peut retirer de cette espèce de méthode graphique qui permet souvent de mieux apprécier les déformations du pied que les autres procédés. Nous n'en citerons plus qu'un dernier exemple : c'est que nous avons pu constater ainsi que lorsqu'une seule jambe est affectée, et surtout lorsque l'affection dure depuis quelque temps, il y a toujours un pied plat ordinaire du côté de la jambe saine. Cela s'explique aisément, car la jambe saine venant à supporter presque à elle seule tout le poids du corps et recevant au moment de la marche des secousses saccadées, finit par abaisser l'arcade plantaire, les articulations du pied cèdent et par le poids et parce que les muscles, ayant un surcroît de travail, ne peuvent plus maintenir les os du tarse aussi énergiquement les uns contre les autres. Aussi il est rare qu'une affection d'une seule jambe ne retentisse également du côté sain, et non-seulement sur la voûte plantaire, mais encore sur les courbures du rachis. Pendant la marche, en effet, le tronc éprouve un mouvement de torsion qui a pour axe l'articulation ilio-fémorale; cette légère torsion se fait normalement, alternativement à droite et à gauche; mais lorsqu'une des jambes ne sert plus aussi parfaitement de point d'appui, l'autre devient le seul centre de ce mouvement, et le tronc se porte de son côté et se maintient dans cette situation, d'où résulte une déviation fatale de la colonne vertébrale. Nous sommes persuadé que ces différences de point d'appui, soit à droite, soit à gauche, sont la cause première de bien des scolioses.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Association française pour l'avancement des sciences.
(Session de Clermont-Ferrand.)

(Correspondance particulière de la GAZETTE HEBDOMADAIRE.)

Nous réunirons dans le compte rendu tous les documents d'ordre absolument médical, réservant pour un feuillet spécial les détails relatifs aux discours d'ouverture du président de la session, M. Dumas, de M. le maire de Clermont, et aux excursions variées qui ont été heureusement organisées dans ce pays si riche, en souvenirs historiques, et si intéressant par sa constitution géologique.

Nous ne pouvons cependant manquer de signaler au début de cette analyse l'accueil sympathique fait aux membres de l'Association par la ville de Clermont, et les témoignages

qu'il n'y ait pas parfois dans la transmission de la syphilis du mari à la femme un dommage et un outrage que le magistrat peut, à bon droit, assimiler aux sévices graves. Ce que je ne puis admettre, c'est que dans nos civilisations où le droit individuel doit lutter contre les empiétements du droit social, la loi crée des catégories d'individus inhabiles au mariage, pour cause de maladie; qu'elle livre aux fluctuations des doctrines médicales et aux chances d'un diagnostic souvent erroné les destinées de quelques millions d'hommes. Il y a peu d'années, si une pareille loi avait été promulguée, n'aurions-nous pas vu interdire le mariage à tous ceux qui avaient une hémorrhagie dans leurs antécédents? Cet exemple suffit pour réluter les partisans de l'interdiction légale du mariage des syphilitiques. Il est un pays pourtant où cette loi est en vigueur; je doute qu'elle soit écrite, mais elle a été appliquée récemment et elle courbe sous son autorité le roi des rois, l'empereur actuellement régnant d'Abysinie.

Celui qu'une bataille heureuse porta au pouvoir après le suicide tragique de Théodoros et le départ des Anglais; celui qui usurpa, avec le consentement du peuple, le trône occupé jusqu'en 1855 par les descendants de Ménélick, le fils de Salomon et de la reine de Saba, Johannès avant d'atteindre à la puissance suprême était veuf et avait un fils. Il était de notoriété publique que le nouveau souverain avait contracté la syphilis depuis la naissance de ce fils; aussi le clergé abyssinien pour préserver l'Ethiopie d'une dynastie impure exigea de lui, avant de le sacrer *négous*, qu'il fit le serment solennel de ne pas se remarier et de ne pas multiplier sa postérité. Johannès tient sa parole; il réside dans son camp, loin des villes et du commerce des femmes. Je vous rappelle, Messieurs, qu'il ne s'agit pas d'un pays barbare, que l'Abysinie a de temps immémorial résisté au paganisme et ne s'est pas laissé envahir par le mahométisme, et que le clergé qui a formulé cette loi d'État est un clergé chrétien rattaché au schisme d'Eutichès.

d'estime dont ils sont entourés : l'hôtel de ville, le théâtre, la faculté des sciences, l'école de médecine, ont été libéralement mis à leur disposition, et les différentes sections ont trouvé pour tenir leurs séances des locaux vastes et bien aménagés.

Ces séances de section ont lieu tous les matins, sauf les ours d'excursion, à huit heures et demie ou neuf heures ; quelques sections, comme celle des sciences médicales, ont même dû siéger aussi dans l'après-midi, vu la grande abondance des matériaux qui doivent être épuisés en huit jours. Une réunion générale a eu lieu à l'hôtel de ville, de une heure et demie à trois heures, et les sujets des conférences sont choisis de façon à intéresser l'ensemble de l'Association ainsi que les nombreux auditeurs pressés à venir entendre la parole des savants les plus autorisés.

Nous résumerons tout d'abord les principaux traits d'une belle conférence faite dans la première réunion générale par le professeur Cl. Bernard, et nous entrerons ensuite dans le détail des séances de la section des sciences médicales.

RÉUNION GÉNÉRALE DU 19 AOUT. — PRÉSIDENCE
DE M. D'EICHTHAL.

CONFÉRENCE DE M. CLAUDE BERNARD.

Le professeur *Claude Bernard*, invité par le président, M. d'Eichthal, à prendre la parole en l'absence du conférencier tombé subitement malade, a improvisé une communication du plus haut intérêt et dont les conclusions principales, bien que déjà reproduites dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE. (n° 30, p. 465), doivent être rappelées de nouveau.

M. Bernard se place au point de vue de la physiologie générale et cherche à établir que les végétaux et les animaux présentent dans les phénomènes intimes de la vie une remarquable identité.

Si l'on examine les tissus des végétaux, on remarque que leur activité se trouve suspendue ou même définitivement arrêtée par les mêmes agents qui produisent chez les animaux la suspension et l'arrêt des fonctions. En d'autres termes, les anesthésiques tels que l'éther, le chloroforme, etc., suspendent chez les animaux les phénomènes de sensibilité et, de proche en proche, arrivent à suspendre également et à supprimer toutes les manifestations de l'activité de leurs différents tissus. Or, M. Bernard a cette année même répété des expériences déjà connues sur la *sensitivité*, et poursuivi des recherches tendant à établir l'action de l'éther et du chloroforme sur les végétaux ; de ces expériences, il résulte que non-seulement les phénomènes auxquels la *sensitivité* doit son nom, mais aussi les phénomènes de végétation et de germination, se trouvent suspendus sous l'influence de ces agents que l'on ne considère d'ordinaire

que comme spécialement applicables aux animaux, c'est-à-dire aux êtres vraiment sensibles.

Les physiologistes, dit M. Bernard, prennent et doivent prendre le mot de *sensibilité* dans un sens beaucoup plus étendu que les philosophes. Ceux-ci, sauf quelques rares exceptions, considèrent la sensibilité comme impliquant la conscience ; le physiologiste forcé d'étudier cette sensibilité dans toute la série animale, voit que la conscience du plaisir ou de la douleur marque le degré le plus élevé de la sensibilité, degré que l'homme possède et que possèdent aussi les animaux les plus voisins de lui ; mais on doit reconnaître que tous les autres attributs de la sensibilité persistent en l'absence de cette conscience, et que cette propriété va s'atténuant dans la série animale, sans qu'on puisse trouver qu'elle disparaisse jamais. Les végétaux offrent des réactions qui méritent d'être rapportées à la *sensibilité*, et cette expression peut être, avec avantage, substituée au mot *irritabilité* que l'on rencontre dans les traités de physiologie.

M. Bernard considère l'éther et le chloroforme comme des réactifs de la vie ; et l'on connaît ses expériences qui prouvent que leur faculté germinative est entravée par l'action de l'éther.

M. Bernard rappelant les recherches récentes qui ont donné lieu à la découverte d'une manière gélatiniforme dans les plus grandes profondeurs de la mer, et à laquelle on a donné le nom de *bathybies*, cite les expériences qui semblaient bien établir que les agents anesthésiques donnent lieu à une coagulation du *protoplasma* des cellules et des tissus ; c'est le *protoplasma* qui formerait la matière même de ces *bathybies*, et s'il fallait localiser la vie, ce ne serait plus, avec Descartes, dans la glande pinéale ou dans un organe quelconque, qu'il faudrait la confiner, mais dans le *protoplasma* de chacun des éléments anatomiques : les agents anesthésiques qui portent leur action sur le *protoplasma*, deviennent ainsi les véritables réactifs de la vie. A l'appui de cette manière de voir, M. Bernard décrit l'action de l'éther sur la levure de bière, et distingue ses deux effets si différents, savoir la suspension de l'action du ferment alcoolique et l'absence d'action sur le ferment inversif.

Section des sciences médicales.

SÉANCE D'OUVERTURE DU 18 AOUT 1876. — PRÉSIDENCE
DE M. CHAUBEAU.

Après la séance générale d'ouverture, la section des sciences médicales se réunit à l'école de médecine, sous la présidence du professeur *Chaubéau*. MM. *Cl. Bernard* et *Heinsius* (de Leyde) sont nommés présidents d'honneur sur la proposition du président.

Il y a donc un intérêt de premier ordre à veiller au seuil de la famille pour en interdire l'entrée à la syphilis. Ce rôle de gardien n'appartient pas seulement au médecin qui doit avec énergie, avec discrétion, avec adresse, associer à sa mission, tantôt le père de famille, tantôt le mari.

Avant le mariage, il manquerait à son devoir s'il n'éclairait pas le père de famille qui place en lui sa confiance sur les dangers possibles de certaines unions, s'il ne lui révélait pas, ce que plusieurs ignorent, que le bonheur de sa fille exige que ses informations préalables portent autant sur la santé de son futur gendre que sur sa fortune ou sa situation. Il devra évidemment se borner à ce rôle de conseiller et laisser à d'autres le soin de l'enquête. Consulté par un de ses clients qui désire contracter le mariage, il usera de l'autorité morale qu'il peut avoir sur lui pour empêcher que l'union se réalise dans des conditions défavorables à la future famille.

Appelé dans une famille où l'un des conjoints est syphili-

tique, il devra exercer une surveillance incessante et intervenir fréquemment. La science et le dévouement ne lui suffiront pas, il n'aura pas trop de toutes les ressources de son esprit pour triompher d'une situation difficile et délicate. Il doit être indulgent, assez pour obtenir une confiance absolue sans laquelle ses efforts seraient vains ; sévère, assez pour obtenir l'exécution ponctuelle de ses prescriptions. Initié par l'un des conjoints aux secrets les plus intimes, il doit être discret et réservé à l'excès pour ne pas éveiller les soupçons de l'autre conjoint ; il faut qu'il s'ingénie à motiver d'une façon acceptable sa présence ou son intervention ; il ne lui est même pas interdit d'avoir de l'esprit.

Il se montrera en toute circonstance gardien scrupuleux du secret médical qu'il ne livrera jamais que sur l'invitation expresse de ceux qui se sont confiés à lui ; mais il aura un égal respect de la vérité et ne compromettra pas, par des assurances trompeuses favorables à son seul client, la sécurité et le bonheur d'autrui. S'il n'est pas autorisé à parler, il

Composition du bureau : MM. Chauveau, *président* ; Fleury (de Clermont), Bergeron (de Paris), Lüssedat, Teissier (de Lyon), *vice-présidents* ; *Secrétaires* : MM. Teissier fils, Bourgade fils, Gaguon, Blatin, Reclus.

La durée maximum des communications est fixée à quinze minutes, sauf vote spécial de l'assemblée pour des cas particuliers.

— L'heure des réunions du matin est fixée à neuf heures.

SÉANCE DU 19 AOUT (MATIN). — PRÉSIDENCE DE M. CHAUCHEAU.

Sur l'EMPYÈME : M. LEUDET. — TRAITEMENT DE LA MÉTRITE CHRONIQUE PAR L'IGNIPUNCTURE : M. COURTY. — ŒSTHÉSIOMÉTRIE : M. MANOUVRIER. — SUR LA COXALGIE : M. OLLIER. — DE L'OTOLOGIE : M. PHILIPPEAUX. — SUR CERTAINES DÉFORMATIONS DE LA PLANTE DU PIED : M. ONIGES.

Vu le grand nombre de communications inscrites, l'assemblée adopte, sur les propositions de son président, des séances supplémentaires de la section après l'heure des réunions générales. Ces séances sont fixées à trois heures.

— La parole est à M. Leudet (de Rouen) pour une communication sur « certains accidents de cessation d'activité cérébrale consécutifs à l'irritation de la plèvre à la suite de l'opération de l'empyème. »

M. Leudet a observé chez un sujet qui avait subi l'opération de l'empyème, des phénomènes nerveux complexes dans les conditions suivantes : Quand on introduisait la sonde élastique dans l'orifice de la paroi, le frottement ainsi déterminé provoquait des accidents épileptiformes dans tout un côté du corps, des troubles cardiaques à forme syncopale, puis un état comme comateux prolongé. L'auteur établit ce rapprochement entre les troubles provoqués par l'irritation de la région malade et ceux que l'on détermine expérimentalement chez les animaux en irritant ce que l'on a nommé la *zone épileptogène*.

Nous ne rappelons ici que l'idée principale de ce travail et le fait qui lui sert de base, espérant donner bientôt à nos lecteurs le travail original *in extenso*. Nous rappellerons cependant, en citant le travail de M. Leudet, les communications faites à la Société médicale des hôpitaux de Paris par MM. M. Haynaud, Lépine, Valliu, etc., et déjà analysées dans la GAZETTE HÉDOMADAIRE.

— M. Courty : Du traitement de la métrite chronique par l'ignipuncture. La métrite chronique est loin d'être, comme le disait Scanzoni, une affection contre laquelle on est absolument désarmé. L'ignipuncture est l'un des moyens qui paraissent à M. Courty les plus capables de modifier avantageusement les lésions de la métrite chronique. Mais il

faut en user avec le plus grand discernement, et éviter avec le plus grand soin les cautérisations inconsidérées qui ont causé tant de rétrécissements cicatriciels du col et la stérilité consécutive. Les cautères dont se sert M. Courty sont des cautères à boule terminés par une petite tige de deux centimètres environ et que l'on peut parfaitement faire chauffer à la lampe.

— M. Manouvrier (de Valenciennes). L'auteur rappelle les recherches de Weber et de ceux qui lui ont succédé sur l'œsthésiométrie physiologique et clinique. Les reproches adressés à la méthode visent des erreurs dans l'observation et des erreurs d'appréciation de la part des sujets.

Il y a lieu, en effet, de tenir compte d'une série de conditions relatives à l'application de l'*instrument lui-même*.

Les points du compas œsthésiométrique doivent toujours être appliqués sur la peau suivant une ligne parallèle à la direction des filets nerveux de la région ; suivant l'axe des membres, suivant le trajet des espaces intercostaux, suivant les lignes transversales ou obliques dans les différentes régions de la face. Le contact doit être de très-courte durée à chaque exploration, à cause de l'accoutumance du sujet qui affaiblirait encore la perception bien que les contacts eussent cessé d'exister. Les points doivent être émoussés. Il faut faire un très-grand compte de la conductibilité du métal pour la chaleur : si les points sont froides et qu'on les applique sur la peau à la température normale, le sujet accusera la double sensation qu'il n'aurait point perçue les points étant à la même température que sa peau.

C'est de cette condition importante que M. Manouvrier s'est préoccupé dans la construction de son œsthésiomètre : il a remplacé les points métalliques par des points d'ivoire. (Cet instrument a été présenté successivement à la Société de biologie, 1873, et à l'Académie de médecine, 1874.)

Passant ensuite en revue les principaux cas dans lesquels il a employé l'œsthésiomètre modifié comme moyen de diagnostic précis, M. Manouvrier rappelle qu'il a indiqué le premier l'hémianesthésie d'origine saturnine, qu'il a pu constater chez les saturnins l'anesthésie surtout marquée dans les régions en contact avec le plomb ; qu'il a suivi avec rigueur le retour graduel de la sensibilité sous l'influence du traitement.

Enfin, M. Manouvrier indique le procédé qu'il emploie pour représenter graphiquement les variations pathologiques.

— M. Ollier (de Lyon) passe en revue quelques points relatifs au traitement des différentes formes de coxalgie.

Il s'attache particulièrement aux points suivants : 1° Importance de l'extension continue ; 2° possibilité du rétablissement des mouvements ; 3° discussion des indications de la résection de la hanche.

cherché à se soustraire à un interrogatoire, à éluder une question ; et, s'il ne peut se dérober, il se renfermera dans un mutisme que nul n'aura le droit d'interpréter, que nul ne pourra lui reprocher.

Voyés, Messieurs, dans quelles circonstances et comment ces indications générales trouvent leur emploi. Étudions d'abord la prophylaxie familiale de la syphilis avant le mariage. Un homme qui a contracté la syphilis peut-il se marier ? Nous l'hésiterons pas à répondre : Oui, s'il est guéri de sa syphilis. Mais cette condition nécessaire de la guérison conduit à poser d'autres questions. Quand est-on guéri de la syphilis ? Peut-on être sûr d'être guéri ? Guérit-on complètement ? On guérit incontestablement de la syphilis ; mais beaucoup croient l'être qui ne le sont pas. L'ancienneté de l'accident primitif n'a sous ce rapport aucune signification ; il n'en est pas de même de l'atténuation de la disparition des derniers manifestations. Toutefois on sait que le virus peut sommeiller longtemps ; qu'il peut être assez

atténué pour ne pas provoquer de nouveaux accidents et demeurer pourtant assez vivace pour pouvoir encore se transmettre par la génération. On a des exemples de syphilis héréditaire chez des enfants engendrés quatre, six, dix ans après la disparition des derniers symptômes de la syphilis chez l'un des ascendants. Ce sont là, je dois le dire, des cas tout à fait exceptionnels. Il faut tenir compte quand on veut apprécier le danger de cette transmission, de la forme de la maladie, de la gravité des symptômes, du traitement employé. Une syphilis traitante qui a donné lieu successivement à des manifestations nombreuses et durables, doit être considérée comme capable de rester longtemps latente sans perdre son aptitude à la transmission héréditaire. On doit se montrer également très-réservé dans l'appréciation du temps qu'exigera pour s'éteindre complètement une syphilis qui a impressionné profondément l'organisme et provoqué dans des organes divers, et non plus seulement à la surface de la peau, des lésions sérieuses et rebelles. On se montrera également plus

1° L'auteur rappelle que *Bonnet* (de Lyon) a le premier institué le traitement rationnel des coxalgies à symptômes aigus en préconisant le *redressement brusque* suivi d'*immobilisation absolue*. Cette méthode employée avec discernement a donné, comme on sait, les plus beaux résultats; mais les chirurgiens qui ont cru devoir la rejeter à l'étranger, se sont servis de moyens contentifs défectueux, et les insuccès qui en ont été la conséquence les ont amenés à adopter la résection de la hanche dans la plus large mesure: c'est contre la méthode de *Bonnet* que la résection a surgi.

Bonnet a été enlevé à la science chirurgicale avant d'avoir pu mettre la dernière main à son œuvre, le redressement qu'il avait voulu devait être complété par l'extension continue avec immobilisation. Cette extension continue elle-même n'est applicable qu'à certains cas, il n'en faut point faire une méthode exclusive et l'appliquer aux coxalgies redressées avec persistance de la douleur. Dans ces conditions, l'immobilisation seule doit être employée comme l'un des plus sûrs moyens de calmer les phénomènes douloureux.

L'application d'un bandage inamovible ne constitue en aucune façon un moyen d'extension sérieux, ce bandage n'empêche pas l'ascension de la tête du fémur et les déformations consécutives.

Pour prévenir ces accidents, *M. Ollier* emploie d'abord l'extension diurne et nocturne, puis l'extension nocturne seule qu'il prolonge fort longtemps, même quand la guérison est apparente.

2° Le rétablissement des mouvements ne doit être espéré que dans les cas de coxalgie sans lésion osseuse, et malheureusement ces cas sont les plus rares. Quand on a soumis l'articulation coxo-fémorale à des mouvements forcés, qui ont rompu des adhérences solides, ces adhérences se reproduisent nécessairement, et l'ankylose est encore le meilleur résultat qu'on puisse attendre. Si, au contraire, il s'agissait d'une coxalgie rhumatismale, on serait en droit d'espérer que les mouvements imprimés à l'articulation contribueraient à restituer plus tard le mouvement normal dans une certaine mesure.

3° *M. Ollier* se déclare peu partisan de la résection de la hanche vantée pourtant par certains chirurgiens comme la seule ressource dans les coxalgies suppurées. Il compare les statistiques des adultes aux statistiques des enfants, celles des malades de la pratique civile à celles des malades des hôpitaux; il définit l'expectation vraiment sérieuse et la distingue de l'abstention pure et simple.

Enfin touchant aux côtés physiologiques de la question, l'auteur fait sentir combien on réduit les ressources nutritives en enlevant le cartilage de conjugaison, et conclut en réservant la résection de la hanche aux cas spéciaux et rares où la tête fémorale est séparée (ce qui constitue alors plutôt

une ablation de séquestre), aux cas où le pus, accumulé dans les culs-de-sac articulaires, ne peut être évacué.

M. Ollier avait dit un mot des dangers qui résultent de l'abus des eaux minérales dans le traitement des coxalgies.

M. Pravaz s'associe à cette réserve, mais avec quelques restrictions: il condamne les douches, les mouvements exagérés et rappelle que des accidents aigus se sont développés sous cette influence.

M. Verneuil résume en quelques propositions son opinion sur les points étudiés par *M. Ollier*.

L'extension est possible et efficace dans la première période.

L'application des appareils à extension continue est assez difficile à bien faire; elle est d'autre part pénible pour le malade; quand le membre est en altitude vicieuse inversée, le bassin n'ayant pas un point d'appui suffisant, l'extension continue est illusoire sans redressement préalable.

Pour la résection, on doit la réserver à des cas exceptionnels, ne la pratiquer que chez des malades dans d'excellentes conditions de milieu. Ceux qui sont atteints de lésion du foie, des reins, meurent quand on opère.

Il est impossible de poser des règles de traitement pour les coxalgies, sans tenir compte des différences qui séparent les coxalgies scrofuleuses des coxalgies rhumatismales.

Enfin, il partage l'opinion de *MM. Ollier* et *Pravaz* sur la question des eaux minérales.

— *M. Philippeaux* (de Lyon): *Otoscopie appliquée à l'étude de la surdité*. Le bruit de la montre appliquée sur la région temporale (écaille et apophyse mastoïde) se transmet par les os à l'appareil auditif situé dans l'épaisseur du rocher.

L'absence d'audition quand la montre est appliquée comme il a été dit, entraîne-t-elle, ainsi qu'on le pense, souvent le pronostic d' incurabilité? *M. Philippeaux* ne le croit pas, et cite des cas nombreux dans lesquels il a vu guérir des surdités accompagnées de ce symptôme: chez les sujets âgés les cellules mastoïdiennes peuvent être oblitérées; plus souvent la membrane du tympan est repoussée par une masse de cérumen jouant le rôle de corps étranger: de cette déformation de la membrane tympanique résulte l'introduction forcée de l'étrier dans la fenêtre ovale, la pression exagérée sur le liquide de l'oreille interne, etc.

Quelquefois la non-perception est due à l'accumulation dans la caisse tympanique de concrétions purulentes sous l'influence d'une otite moyenne.

Dans ces différents cas un traitement approprié fait justice de la surdité que l'exploration à l'aide de l'application de la montre pouvait faire considérer comme incurable.

— *M. Onimus* lit un travail important sur « certaines déformations de la plante du pied, spécialement chez les

défiants à l'égard d'une syphilis qui a été vaincue ou peut-être simplement masquée par le traitement, qu'à l'égard d'une syphilis qui s'est éteinte spontanément et qui sans aucune intervention thérapeutique préalable a cessé depuis des années de se manifester par le moindre symptôme. L'expérience nous apprend que pour les syphilis bénignes non traitées on a fort peu à craindre la transmission héréditaire deux ans après la disparition des derniers symptômes. On sait également que si les malades qui ont présenté déjà des symptômes tertiaires sont exposés à voir reparaître de pareils accidents après un temps considérable, la transmission par la génération est rare quand on a affaire à une syphilis tertiaire invétérée et devenue latente depuis longtemps. On sait de plus que si la transmission dans les circonstances que je viens d'indiquer est possible, bien qu'exceptionnelle, on peut l'éviter cependant avec une sorte de certitude si l'on a eu recours à un traitement régulier quelque temps avant que la conception se soit effectuée.

En tenant compte de ces données expérimentales, le médecin pourra se dispenser de fournir une solution absolue à ces questions doctrinales relatives aux signes de la guérison définitive de la syphilis. Il restera sur le terrain de la saine pratique en affirmant qu'un homme décidé à se soumettre à un traitement mercuriel sérieux, réitéré à diverses reprises, pourra se mettre d'une façon certaine à l'abri de la transmission héréditaire s'il est guéri déjà depuis au moins deux ans des dernières manifestations d'une syphilis légère; si depuis trois ans il n'a plus présenté le moindre symptôme d'une syphilis grave; si depuis la même époque il a vu disparaître les derniers symptômes tertiaires.

Je dois ajouter que cette absence d'accidents pendant deux ou pendant trois ans ne sera considérée comme valable que si aucun traitement n'a été subi pendant ce temps et que si après cette période d'attente on ne réussit à provoquer artificiellement aucune manifestation par les excitants généraux et locaux, par les eaux sulfureuses en particulier, par ce

enfants, dans les affections atrophiques et paralytiques de la jambe. » (Voyez aux Travaux originaux, p. 531).

L'auteur présente ensuite le transfuseur de M. Colin (dernier modèle) et le thermocautère.

1° Le transfuseur est remarquable surtout par son jeu de soupapes à boule qui est combiné de telle sorte qu'il est impossible d'introduire de l'air dans le corps de pompe et d'en injecter la moindre bulle dans les vaisseaux.

2° Le thermocautère, déjà bien connu malgré sa récente introduction dans l'arsenal chirurgical, repose sur ce principe que les vapeurs d'essence minérale poussées dans un tube étroit de platine préalablement chauffé, portent ce tube au rouge plus ou moins foncé à la volonté de l'opérateur.

SEANCE DU 19 AOUT (SOIR). — PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

RECHERCHES SUR LE CHOLÉRA DANS LE CENTRE DE LA FRANCE : M. MIGNOT. — COMMUNICATIONS DIVERSES : MM. DAGRÈVE ET COLLAT. — LÉSION INFLAMMATOIRE DE LA PLEÛRE SUR LES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE : M. H. PETIT. — RELATION DES LÉSIONS TRAUMATIQUES ET DE L'ALBUMINURIE : M. TERRILLON. — DE LA DÉGLUTITION COMME SIGNE DE VIE CHEZ LES ENFANTS QUI N'ONT PAS RESPIRÉ : M. HOUZÉ DE L'ADLNOIT.

— M. Mignot. *Recherches sur le choléra dans le centre de la France.*

M. Mignot considère comme épidémique le choléra nostras qu'il lui a été donné d'observer dans le centre de la France, et le distingue complètement du choléra asiatique. Il invoque les relevés faits par lui pendant plusieurs années, et trouve entre ces deux formes de choléra des ressemblances, suffisantes pour les rapprocher, insuffisantes pour les confondre.

M. Bouteiller demande des preuves positives de la distinction établie par M. Mignot entre le choléra nostras épidémique et le choléra asiatique.

M. Mignot répond que les symptômes étant les mêmes de part et d'autre, le choléra nostras épidémique n'entraîne la mort que d'une façon exceptionnelle.

M. Leudet reprend que cette différence est insuffisante, car il a vu à Rouen cinq ou six cents cas d'importation et à peine un seul cas de contagion dans la ville.

— M. Dagrève. *Observation de paralysie ancienne avec atrophie des muscles de l'avant-bras. Guérison par l'emploi des courants continus.*

— M. Colra présente en son nom et au nom de M. Rebatel (de Lyon) un pneumographe double (modèle de Marey) destiné à permettre l'inscription simultanée des mouvements de chaque côté de la poitrine, grâce à une lame de caoutchouc

fortement appliquée sur la peau, les mouvements indépendants de chaque moitié du thorax. M. Colra a cherché à constater à l'aide de ce pneumographe comparatif la différence des mouvements thoraciques à droite et à gauche dans les cas de lésions pleurale et broncho-pulmonaire. Il pense que le diagnostic des obstructions bronchiques peut tirer parti de la forme des courbes recueillies.

— M. Verneuil communique au nom de M. H. Petit un travail sur « l'influence des lésions inflammatoires de la plèvre sur l'évolution et la terminaison des kystes hydatiques du foie. »

On connaît bien le rétrécissement par continuité de tissu des abscess du foie, par exemple, sur la plèvre correspondante, etc., mais il existe très-peu d'observations de pleurésie agissant des kystes préexistants dans le foie.

M. Verneuil en rapporte trois faits que nous rappellerons brièvement :

1° Tumeur kystique, stationnaire depuis quatre ans ; sous l'influence d'une pleurésie droite, accidents abdominaux, développement de la tumeur, fièvre à forme hectique persistant après la guérison de la pleurésie. Ponction du kyste : pus avec goutelettes grassieuses, débris d'hydatides, etc.

2° Pleurésie violente chez une femme porteur d'une tumeur hépatique ; la tumeur grossit, devient douloureuse ; icète, dyspepsie, etc. Guérison après six mois : la tumeur a diminué de volume, n'est plus douloureuse.

3° Après une pleurésie de longue durée, une jeune femme conserve dans une tumeur hépatique des douleurs vives, irrégulières ; la ponction de la tumeur amène l'écoulement du liquide spécial au kyste vivant. Après une légère inflammation de la poche, deuxième ponction : issue d'un liquide trouble, roussâtre.

M. Verneuil résume ces faits et les conclusions qui en découlent :

Il paraît évident chez un assez grand nombre de sujets que des kystes hydatiques, indolents jusque-là, peuvent s'enflammer sous l'influence d'une pleurésie violente. Ce sont là des cas de diagnostic difficile, mais l'action à distance de la phlegmasie pleurale semble bien établie.

— M. Verneuil ajoute à cette communication le résumé d'un travail de M. Terrillon sur les relations des lésions traumatiques et de l'albuminurie. Il croit qu'il a porté autrefois un pronostic trop sombre pour les traumatismes qui s'accompagnent de lésions rénales. L'observation de M. Terrillon démontre en effet les bons résultats de l'intervention chirurgicale.

Un homme se fracture l'avant-bras dans une chute ; petite plaie au niveau de l'apophyse styloïde du radius. Accident de délire simulat le délire alcoolique. Phlegmon diffus. On découvre une albuminurie considérable. Survient une attaque

qu'on appelle enfin le traitement d'épreuve, tel qu'il se pratique à Aix ou à Luchon. Enfin le médecin mettra à son affirmation une dernière condition : c'est que ce syphilitique qu'il déclare guéri voudra bien se considérer comme malade et se soumettre à nouveau à l'usage prolongé des spécifiques de la vérole.

Je résume en quelques mots la conduite que l'expérience dicte au médecin dans ces délicates conjonctures : si un syphilitique n'a subi aucun traitement depuis deux ans pour les syphilis bénignes, depuis trois ans pour les syphilis graves ou pour les syphilis tertiaires ; si pendant ce temps il n'a présenté aucun symptôme de son mal, vous lui ferez subir le traitement d'épreuve. Si aucune manifestation nouvelle n'apparaît sous cette influence, vous autoriserez le mariage à la condition qu'il soit précédé par un nouveau traitement mercuriel de trois mois. Vous userez de votre influence sur vos malades, vous ferez appel à leurs sentiments d'honneur, à leur intérêt bien entendu, pour les dissuader

d'une plus grande précipitation. Ainsi à défaut de la satisfaction théorique que vous auriez d'affirmer d'une façon absolue une guérison définitive, vous serez en paix avec vous-même, assurés d'avoir donné satisfaction à votre malade pour lequel l'état de mariage est avantageux, à la famille qui sera à l'abri de l'influence morbide du père, à la société qui a tout intérêt à ne pas voir se restreindre le nombre des mariages, sous prétexte de scrupules imaginaires.

Il vous arrivera, rarement à la vérité, d'être consulté par une femme qui au moment de se marier se rappelle qu'elle a eu la syphilis. Vous devrez alors vous montrer plus sévère encore et votre assistance devra l'accompagner après son mariage, afin que vous puissiez prescrire à nouveau un traitement mercuriel au début de chacune de ses grossesses.

Si, autorisé par votre malade, un père de famille qui désire lui donner sa fille vient vous consulter sur son état, vous direz la vérité ; et si telle est votre conviction, vous affirmez qu'il n'y a rien à redouter de cette union, et vous vous

d'urémie. M. Terrillon ampute l'avant-bras au tiers supérieur. Nouvelle attaque d'urémie. Peu à peu la cicatrisation avance, l'albuminurie disparaît.

Ici se pose la question d'antériorité ou de dépendance de l'albuminurie.

M. Leudet fait remarquer que la quantité infime d'albuminurie peut faire admettre la date récente de l'albuminurie.

M. Nibel rapporte un cas d'albuminurie consécutive à une application laborieuse de forceps.

M. Dagrève demande que l'on s'appuie sur l'examen microscopique des sédiments urinaires pour décider de la date d'apparition de l'albuminurie.

— M. Housé de l'Aulnoit lit un travail sur la valeur de la déglutition comme signe de la vie chez les enfants qui n'ont pas respiré.

Il a pu s'assurer que la présence des substances étrangères liquides ou demi-solides dans l'estomac des enfants constitue un signe de vie non équivoque. Les enfants morts dont on plonge la tête dans l'eau ne présentent pas ensuite de liquide dans l'estomac, tandis que de jeunes tapins nouveau-nés, n'ayant pas respiré, et soumis à la même épreuve, présentent de l'eau dans l'estomac.

Si donc la déglutition s'est effectuée, quoiqu'à la docimasie pulmonaire soit muette, l'enfant n'ayant pas eu le temps de respirer, il a vécu.

SEANCE DU 21 AOUT (MATIN). — PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

COMMUNICATIONS DIVERSES DE MM. FABREGUETTES, L. TRIPIER, ET LAENNEC. — HÉMATÉMÈSE A LA SUITE D'ANÉVRYSMÉS MILIAIRES : M. GALLARD; DISCUSSION.

M. Fabreguettes présente un appareil destiné aux fractures du membre inférieur, et dont l'ensemble rappelle la gouttière de Bonnet. Cet appareil est formé d'une gouttière en bois embrassant le bassin et un membre inférieur, et dont les extrémités sont découpées en petits volets pouvant se rabattre isolément. Un matelas double la gouttière et se replie au-devant du membre; un large bandage, nommé par l'auteur *bracelet pelvi-crural* embrasse le siège et se fixe autour du bassin; il fournit un point d'appui solide à l'extension; c'est le lacs contre-extenseur. Un étrier entourant le pied est relié au bracelet pelvi-crural par un lien que l'on raccourcit suivant le besoin, à l'aide d'une petite manivelle, pour pratiquer l'extension continue.

Tels sont les points principaux de l'appareil que l'auteur montre en place sur de petits mannequins.

— M. L. Tripiér communique un important travail sur les

accidents dus à l'anesthésie par l'éther chez les jeunes enfants. (Ce travail sera publié dans un prochain numéro de la GAZETTE.)

— M. Laennec (de Nantes) expose le résultat de ses recherches sur l'importance de l'aspect lobulé du poumon comme signe qu'un enfant a respiré.

— M. Gallard rapporte l'histoire de malades atteints d'hématémèse à la suite de la rupture d'anévrismes miliaires séjournant sur le trajet des artères coronaires. (Pièces anatomiques à l'appui.)

À l'antopsie d'un malade ayant offert pour tout symptôme d'une lésion de l'estomac une hématémèse avec mélæna, on trouve une petite ulcération communiquant avec une artériole dilatée; c'était un cas d'anévrisme militaire.

Chez un autre malade, un mélæna très-grave se produit brusquement: il n'y a aucun symptôme de lésion de l'estomac; le traitement de l'hémorrhagie est institué; les accidents ne se reproduisent plus. Ne s'agissait-il pas là d'un cas semblable au précédent?

Ces observations amènent l'auteur à traiter de la généralisation des anévrismes miliaires et de l'importance des faits qu'il a constatés au point de vue de la pathogénie des ulcères de l'estomac: le point du départ de ces ulcères peut donc être, en outre de la gastrite à forme ulcéreuse, dans une rupture de petits vaisseaux.

M. Gallard a encore observé avec M. Vernéuil une lésion gangréneuse de l'estomac chez un diabétique.

M. Liouville, revenant à la question des anévrismes miliaires et de leur généralisation, parle de leur présence dans le poumon et l'intestin. Il insiste sur la nécessité de rechercher dans certains cas d'hémoptysie les anévrismes miliaires sur le trajet des vaisseaux pulmonaires, quelquefois sur la paroi des petites artères. Il rappelle un cas d'hémorrhagie dans une cavité sans hémoptysie: une bronche débouchant dans la caverne était oblitérée.

M. Krussédal rappelle un exemple de survie chez un libraire de Bruxelles qui fut atteint d'hématémèse très-grave pendant plusieurs jours. Le malade ne présentait aucun signe de lésion de l'estomac. Il jouit d'une excellente santé depuis douze ans quo se sont produits les accidents.

M. Galewzski cite un cas d'anévrismes miliaires de la rétine, chez une jeune femme prise tout d'un coup d'affaiblissement de la vue.

M. Delore (de Lyon) présente un procédé d'évitement des tumeurs bénignes qui consiste en broiement sous-cutané et expression.

garderez de toute subtilité théorique relative à la possibilité ou à la certitude des guérisons radicales de la syphilis.

Je ne veux pas soulever toutes les questions de castillogie relatives à la prophylaxie familiale de la vérole. Je mentionnerai cependant un cas qui a provoqué une solution inacceptable, à une époque où la détermination de la qualité n'était pas encore définitivement admise. Un homme qui est atteint ou qui vient d'être guéri d'un chancre induré, mais qui ne présente pas de symptômes généraux de syphilis, peut-il contracter le mariage? M. Didey conseille de faire subir à ce malade un traitement mercuriel de trois mois et l'autorise à se marier si, après huit mois, aucun accident n'a paru. Notre réponse est toute différente: on doit considérer une erreur de diagnostic comme possible et prendre garde d'en faire supporter au malade les conséquences. Ce chancre induré peut être un chancre dur et pas nécessairement un chancre syphilitique; il serait donc téméraire d'interdire d'emblée le mariage; il faut attendre que les détails de la

seconde incubation soient passés. Si au bout, non de six semaines, mais de six mois, aucun signe d'infection générale ne s'est manifesté, on pourra reconnaître l'erreur de diagnostic et rendre toute liberté au malade, à une condition toutefois: c'est qu'on ne se sera pas opposé par un traitement spécifique à l'apparition de la syphilis constitutionnelle; c'est qu'on aura au contraire cherché à la provoquer par le traitement d'épreuve. Nous pouvons donc accepter les délais modérés prescrits par M. Didey et même nous montrer moins sévères; mais nous devons nous refuser à tenter la cure qu'il conseille. Au contraire, le mariage une fois autorisé, nous agirons prudemment en conseillant le traitement mercuriel pendant les mois qui doivent précéder immédiatement sa célébration. Dans notre conviction, ce traitement sera inutile; mais, averti par notre première erreur, nous devons modestement nous prémunir contre les conséquences de l'inexactitude possible de notre sévère jugement.

Vous le voyez, Messieurs, toutes les fois que nous nous

SÉANCE DU 21 AOUT (SOIR). — PRÉSIDENTIE DE M. CHAUVEAU.

RÉSECTION DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR : M. LETIÉVANT.

M. Letiévant fait une communication sur la résection du maxillaire supérieur avec conservation du nerf sous-orbitaire.

M. Letiévant rappelle l'idée exprimée par les physiologistes et particulièrement par Longel, que les filets sensitifs exercent une influence nutritive sur la fibre musculaire.

Sans entrer dans la discussion détaillée de la nature de ces filets nerveux, M. Letiévant rappelle une opération d'ablation du maxillaire supérieur qu'il fit en conservant le nerf sous-orbitaire et compare le résultat obtenu avec celui que donna l'ablation totale.

1^o Opération avec destruction du nerf. — Les suites de l'opération furent simples, sauf un léger érysipèle intercurrent. Le malade sortit conservant un peu d'œdème de la joue et ayant perdu la sensibilité cutanée.

Huit mois après, la motilité de la lèvre supérieure est très-peu accusée; le malade ne peut gonfler sa joue sans laisser échapper son souffle; l'électrisation des muscles à travers la peau ne produit pas de contraction; l'électrisation avec des aiguilles implantées dans les muscles n'en produit pas davantage.

Voilà donc un fait confirmatif des idées de Longel.

2^o Opération avec conservation du nerf sous-orbitaire. Ce fait est la contre-épreuve du précédent.

La conservation est facile à réaliser et augmente à peine la durée de l'opération. Quand on a dénudé et soulevé le nerf tout entier, le bouquet sous-orbitaire reste adhérent à la face profonde du lambeau jugal.

Troize mois après l'opération, tous les muscles de la face se contractent; la sensibilité explorée avec l'asthési-mètre est absolument semblable des deux côtés; la pression seule ne produit pas la même sensation, ce qui s'explique par la destruction des filets dentaires antérieurs.

La reconstruction de la face est remarquable: grâce au trépid osseux conservé par le chirurgien, la cicatrisation eut pu s'opérer avec conservation de la forme du visage; de plus une masse nodulaire remplissait l'hiatus laissé par l'os maxillaire.

La comparaison de ce fait avec le précédent ne permet pas de trancher complètement la question physiologique posée au début, mais elle doit engager les chirurgiens à chercher des dérivés nouveaux pour bien établir le rôle du nerf sensible dans la nutrition du tissu musculaire.

D^r FRANÇOIS-FRANCK.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 14 AOUT 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

CRITIQUE EXPÉRIMENTALE SUR LA GLYCÉMIE (suite). LA GLYCÉMIE A SA SOURCE DANS LA FONCTION GLYCOGÉNIQUE DU FOIE, par M. Cl. Bernard. — Après avoir montré, dans sa dernière communication, que le sang s'appauvrit en sucre en traversant les divers organes du corps, M. Cl. Bernard prouve qu'il s'enrichit, au contraire, de la même substance, en traversant le tissu du foie.

I. Le sang des veines sus-hépatiques est plus sucré que le sang artériel et que le sang de la veine porte. — Quand on recueille le sang du foie, après avoir lié la veine porte et ouvert largement l'abdomen, on trouve que le sang des veines sus-hépatiques est incomparablement plus sucré que le sang des artères et que celui qui vient de l'intestin par la veine porte. M. Cl. Bernard a modifié son procédé, parce qu'il a reconnu qu'après la mort le sucre se détruit rapidement dans le sang des vaisseaux, tandis qu'il continue à se former dans le foie.

II. Le sang de la veine cave inférieure s'enrichit subitement de sucre, avant d'entrer dans le cœur, au niveau du déversement des veines sus-hépatiques. — Voici le nouveau mode opératoire adopté par M. Cl. Bernard: « Pour extraire sur le vivant le sang des veines sus-hépatiques, je pénètre dans la veine cave au moyen du cathétérisme vasculaire, avec une sonde de gomme élastique que j'introduis, soit de haut en bas par la veine jugulaire externe droite, soit de bas en haut par la veine crurale. À l'aide de ce mode opératoire, j'ai pu voir non-seulement que le sang des veines sus-hépatiques est le sang le plus sucré du corps, mais que le sang des veines caves supérieure et inférieure ne reçoit aucune autre source de matière sucrée. » Le sucre qui se détruit partout dans le corps se régénère donc en même temps dans le tissu hépatique d'une manière constante. M. Claude Bernard étudiera prochainement le mécanisme de la fonction glycogénique du foie, et montrera que toutes les oscillations de la glycémie sont liées à la fonction glycogénique hépatique. C'est-à-dire que, quand le déversement sucré du foie dans le sang s'accroît, la glycémie augmente et l'animal peut devenir diabétique; quand elle diminue ou cesse, la glycémie s'atténue ou s'éteint en entraînant souvent à sa suite les symptômes les plus graves et la mort.

Sur LA TRÉPANATION DES OS DANS LES DIVERSES FORMES D'OSTÉOMYÉLITE. Lecture de M. Ollier. — La trépanation des os est une opération applicable à toutes les formes d'osté-

croignons en droit d'autoriser le mariage d'un homme qui a été ou qui a pu être syphilitique, nous nous tenons en garde contre notre optimisme et nous exigeons qu'une dernière précaution soit prise, qu'une nouvelle cure soit accomplie. C'est là une garantie sérieuse. Le traitement mercuriel suivi avant le mariage a mis à l'abri de la transmission syphilitique bien des unions témérairement contractées par des hommes qui étaient encore en puissance de vérole. M. Moreau l'a dit à l'Académie de médecine, dans sa séance du 24 décembre 1871: « Jamais on n'a vu autant de syphillis héréditaires que depuis que la méthode antiphlogistique s'est substituée au traitement mercuriel. »

Il est un autre cas de conscience pour lequel il vous arrivera d'être consulté. Un homme va se marier; il fait les classiques adieux à la vie de célibat; il subit un funeste entraînement et s'expose à la contagion; il ne présente aucun symptôme morbide; mais il en redoute l'écllosion; combien de temps aura-t-il cette menace suspendue sur sa tête? N'a-t-il pas à

craindre que, le lendemain de ses noces, la terrible maladie fasse son apparition? Doit-il différer la célébration de son mariage? À ceux que tourmente cette inquiétude, qui prend parfois les proportions d'un véritable délire, vous pourrez répondre par l'indication de la durée maximum de la première incubation. Pendant trente-cinq jours, ils ont à redouter le châtiment de leur faute. Ce n'est pas là une vaine précaution; j'ai vu le chancro infectant se développer au moment du mariage après une longue incubation; et six mois après la jeune épouse était encore vierge.

D^r BOUCHARD,

Agrégé de la Faculté de Paris.

(A suivre.)

myélite qui ont pour caractère prédominant des douleurs intenses et rebelles, et aussi dans les cas où il y a des symptômes généraux graves, comme moyen abortif de l'inflammation. On réservera la trépanation pour les cas où la nature inflammatoire de la lésion ne peut être mise en doute. Dans les lésions organiques des os, la trépanation pourrait toujours agir comme opération de débridement, mais elle exposerait aux plus graves accidents : l'amputation du membre ou l'ablation de l'os sont alors les seules opérations rationnelles.

DES ALTÉRATIONS DES URINES DANS L'ATHRESIE DES NOUVEAUX-NÉS ; APPLICATIONS AU DIAGNOSTIC, AU PROGNOSTIC, A LA PATHOGÉNIE, par MM. J. Parrot et Albert Robin. — L'urine, dans l'athresie, est toujours colorée, du jaune citron pâle au jaune le plus foncé : toujours odorante, mousseuse, fade ou aromatique, toujours diminuée de quantité, sa densité varie de 1009 à 1012,5. La réaction est toujours acide : l'urée varie de 3^{re},63 par litre et 1^{re},22 par kilogramme de poids, à 16^{re},19 et 5^{re},81. L'acide urique, l'urochrome, l'indigose sont souvent augmentés, mais l'albumine, variable quant à l'époque de son apparition, ne manque chez aucun malade ; le sucre est fréquent. Les chlorures sont, en moyenne, de 3^{re},09 par litre et de 1^{re},28 par kilogramme ; l'acide phosphorique de 2^{re},24 et de 0^{re},95.

L'approche de la mort est annoncée par l'accentuation de toutes ces particularités, et surtout par l'abaissement de la quantité des dépôts consécutifs d'urate de soude, l'augmentation de l'urée, de l'acide urique, de l'albumine, etc.

La diarrhée est annoncée par une diminution de la quantité des urines et l'apparition ou l'exagération de l'indigose. L'anxiété, l'agitation, les cris de détresse, sont souvent en rapport avec la diminution de la quantité, l'augmentation de l'acide urique, la glycosurie. La diminution de l'acidité, le taux assez élevé des chlorures et de l'acide phosphorique, la faible quantité de l'urée, la teinte peu foncée annoncent que l'enfant se nourrit encore un peu et peuvent compter au nombre des symptômes favorables s'ils s'accompagnent d'une diminution de l'albumine. Des syndromes de même ordre coïncident avec l'élevation ou l'abaissement brusque de la température, les grandes pertes de poids, certaines complications, etc.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 22 AOUT 1876. — PRÉSIDENTE DE M. CHATIN.

M. le ministre de l'instruction publique transmet à l'Académie l'implication d'un décret qui l'autorise à occuper le legs de 30 000 francs de M. Desportes. — M. le ministre de l'Agriculture et du Commerce transmet à l'Académie : a. Des pièces relatives à l'exploitation de la source du Parc, à Vals. (Commission des eaux minérales.)

— b. Une demande formée par MM. Montreuil, à l'effet d'obtenir l'autorisation de vendre sans métrage d'une source qu'ils possèdent à Asped (Hongrie). (Même commission.)
L'Académie reçoit : c. De la part de M. H. Richet et Schaperdassen, un mémoire sur l'huile et l'oléo-résine du *Gallophylitum monophyllum*. (Comm. : MM. Châlin, Perronne, Foggiolo.) — d. De la part de MM. Lepage et Patrouillard, un ouvrage intitulé : EXAMEN DES CARACTÈRES PHYSIQUES DES PRÉPARATIONS MÉDICINALES. — e. Au nom de M. le docteur Rich, un ouvrage intitulé : RECHERCHES SUR LA SYPHILIS.

DÉCORTICATION DES NEZ ÉLÉPHANTIASIQUES. — M. Alph. Guérin avait dit, dans la séance précédente, que M. Ollier n'avait pas eu à traiter ces nez énormes qui font le désespoir des malades, et que c'est à cela qu'il faut attribuer les résultats obtenus par ce chirurgien. Il présente à l'Académie le moule du malade dont il a parlé précédemment. Cette pièce montre l'hypertrophie des glandes sébacées, ainsi que les vaisseaux superficiels qui permettent de soupçonner le volume de ceux qui alimentent la masse de la tumeur. Si M. Ollier avait eu à opérer un pareil nez il n'eût pas osé porter le bistouri sur la peau ; il aurait compris qu'il eût exposé son malade à l'hémorrhagie, à l'infection purulente et à l'érysipèle. Mais les nez dont il a montré la photographie ne sont pas comparables à celui-là : ce sont de petits nez qu'il eût suffi de traiter par la cautérisation sans les décortiquer. Le nez que présente

M. Guérin a une longueur de 16 centimètres, et la largeur, d'une joue à l'autre, est de 22 centimètres. M. Ollier avait dit que les nez les plus gros sont les plus faciles à opérer, parce qu'ils sont pédiculés ; cela peut être, mais M. Guérin n'a jamais vu de pédicule dans les cas assez nombreux qu'il a eu l'occasion d'observer.

M. Hardy a souvent eu l'occasion d'observer à l'hôpital Saint-Louis des nez aussi volumineux que celui que vient de présenter M. Guérin ; mais à côté de ces nez énormes il en existe de plus petits qui sont susceptibles d'un traitement. M. Hardy a eu recours à un moyen, qui consiste à planter dans le nez des pointes de fer après avoir chloroformé le malade. Cette opération a été pratiquée trois fois avec le cautére actuel et le galvanocautére. On fait des piqûres d'environ 1 centimètre de profondeur : il en résulte une suppuration abondante, puis des plaies qui produisent une rétraction notable. La première fois il n'y a eu que deux séances et le résultat n'a pas été très-beau, mais chez les deux autres malades le traitement a été prolongé et le résultat obtenu a été relativement satisfaisant.

M. Hardy pense, comme M. Guérin, que le follicule sébacé est le point de départ de la maladie : hypertrophie du follicule, sécrétion exagérée, dilatation vasculaire, telles sont les causes qui produisent le nez qu'on a désigné à tort sous le nom d'éléphantiasique.

M. Gosselin pense que M. Ollier ne refuse pas d'admettre l'origine incontestable de la maladie dans les follicules sébacés ; mais quand une fois la tumeur est devenue assez volumineuse pour nécessiter une intervention chirurgicale, la lésion consécutive de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané est bien celle qui caractérise l'éléphantiasis des Arabes, et conséquemment M. Ollier est parfaitement autorisé à donner à la maladie le nom d'éléphantiasis.

M. Larrey a vu aux Invalides quelques malades porteurs de ces nez hypertrophiés. L'un d'eux, qui possédait trois énormes tubercules, n'a pas voulu se laisser opérer. Un autre demandait l'opération, mais M. Hutin n'a jamais voulu la pratiquer. M. Larrey possède d'autres observations très-démonstratives qui permettent de ranger ces nez dans les éléphantiasis. Quant au traitement, il se souvient avoir vu son père employer le cautére actuel avec quelque succès.

M. Richet croit qu'il y a plusieurs variétés. Dans la première se placent les cas dans lesquels les follicules seulement sont atteints, dans la seconde les cas dans lesquels tous les tissus de l'organe sont hypertrophiés. Dans un cas observé à l'hôpital de la Pitié, le malade présentait un nez considérablement hypertrophié. Il a fait l'opération, mais quelques mois plus tard l'individu revint à l'hôpital : il présentait une tuméfaction des glandes sous-maxillaires et il succomba quelque temps après à une généralisation de la matière sébacée ; on en trouva dans les glandes et dans le poumon. M. Richet croit donc que dans quelques cas il y a autre chose qu'une simple inflammation des follicules sébacés.

M. Blot proteste, au nom de l'anatomie pathologique. Il ne peut comprendre cette généralisation de la matière sébacée, et il demande à être éclairé sur ce point. Il est disposé à croire que dans le cas de M. Richet il s'agissait d'un cancer épithélial.

M. Richet dit qu'il a simplement rapporté un fait sans chercher à l'expliquer. Du reste, il n'est pas impossible que la généralisation de la matière sébacée puisse produire la mort. Il peut y avoir des tissus sébacés bénins et malins.

J. L.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 2 AOUT 1876. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

CORRESPONDANCE. — RAPPORTS. — RÉSECTION PARTIELLE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR; AUTOPLASTIE. — STRUCTURE DU NERF OPTIQUE.

La correspondance comprend : 1° Le deuxième fascicule du tome V du TRAITÉ DE PATHOLOGIE EXTERNE de *Follin et Duplay*; 2° OBSERVATION DE SCROFULE CHEZ LES VIEILLARDS, par M. *Bourdolois*; 3° DES AFFECTIONS DE LA CLOISON DES FOSSES NASALES, par M. *Casabianca*.

— M. *Verneuil* présente un petit instrument imaginé par M. *Minière* pour guérir un malade atteint de spermatorrhée invétérée. Quand le sommeil commençait, arrivait une érection bientôt suivie d'éjaculation, et cet accident se renouvelait vingt à vingt-cinq fois chaque nuit. Le malade était dans le marasme. L'instrument est un anneau que l'on passe autour de la verge; chaque érection met en mouvement une sonnerie électrique qui réveille le malade. On a obtenu par ce moyen une grande amélioration.

— M. *Sée* fait un rapport sur divers travaux adressés à la Société de chirurgie par M. *Dechaud* (de Montluçon) : 1° De la conservation dans les cas de mutilation par engrenage; 2° Influence réciproque de la grossesse et du traumatisme; 3° Des plaies graves du poignet.

— M. *Terrier* lit un rapport sur un mémoire de MM. *Mathieu et Maljean* intitulé : ETUDE CLINIQUE SUR LES ALTÉRATIONS DU SANG DANS LES TRAUMATISMES ET LES FIÈVRES EN GÉNÉRAL.

— M. *Faucon* (d'Amiens) lit une observation de résection partielle du maxillaire inférieur avec ablation des parties molles du menton, suivie d'autoplastie. M. *Faucon* conseille d'attendre, pour faire l'autoplastie, que la difformité se réduise autant qu'il est possible par le seul travail de la nature.

M. *Verneuil* est également d'avis d'attendre; il repousse l'autoplastie primitive pour la face. Quand on attend, l'opération est moins dangereuse et la brèche est de beaucoup diminuée.

M. *Tillaux* n'est pas convaincu; à l'hôpital Saint-Louis il a eu de beaux résultats en faisant l'autoplastie primitive sur la face.

M. *Verneuil*, alors qu'il était interne dans le service de *Lisfranc*, a vu décoller la peau du cou pour deux autoplasties primitives. Souvent il arrivait un phlegmon ou une inflammation sous le lambeau, suivie de rétraction. Quand on sait attendre, souvent la nature se charge de faire la réparation.

M. *Larrey*. Les difficultés qui résultent des mutilations de la face m'ont conduit à faire l'autoplastie longtemps après la blessure. Pour des cas particuliers cependant j'admets la possibilité de la réussite de l'autoplastie primitive.

M. *Tillaux*. Si l'on a affaire à une plaie accidentelle, ce serait une mauvaise pratique de restaurer de suite; mais après une mutilation chirurgicale on peut faire l'autoplastie primitive.

M. *Le Dentu* rapporte quelques observations d'autoplastie à la suite d'ablation du cancroïde des lèvres et des joues. Il en conclut que, si l'on est obligé de toucher au maxillaire, il ne faut pas faire l'autoplastie immédiate; lorsqu'on enlève les parties molles seules, on peut restaurer immédiatement.

— M. *Panas* fait une communication sur l'étude histologique de la gaine du nerf optique. L'espace compris entre le nerf optique et sa gaine est formé de trabécules d'un lacis cellulaire. M. *Panas* a trouvé que ces faisceaux sont élastiques, recourbés sur eux-mêmes et formés de cellules épithéliales analogues aux cellules de la cristalloïde antérieure.

Société de biologie.

SÉANCE DU 12 AOUT 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

MORPHINISME CHRONIQUE; M. LABORDE. — EFFETS DE L'EXCITATION DU BOUT PÉRIPHÉRIQUE DU NERF SCIATIQUE COUPÉ SUR LA VASCULARISATION DE LA PATTE CORRESPONDANTE; M. LÉPINE. — ÉLECTIONS.

M. *Laborde* fait une intéressante communication sur le morphinisme chronique; nous reviendrons prochainement sur ce sujet.

— M. *Lépine* fait une nouvelle communication sur les effets de l'excitation du bout périphérique du nerf sciatique coupé sur la vascularisation de la patte correspondante. On sait que, si le nerf vient d'être coupé, on obtient par l'excitation presque toujours un rétrécissement vasculaire, et que si la section remonte à quelques jours c'est l'effet inverse (dilatation) qui se produit. M. *Heidenhain* explique ce dernier fait, en supposant que les fibres vaso-constrictives contenues dans le nerf sciatique dégénéraient plus vite que les fibres vasculodilatatrices et, par conséquent, seraient moins excitables quelques jours après la section. M. *Lépine* combat cette interprétation. La preuve, dit-il, que cette hypothèse n'est pas fondée, c'est que, si l'on a plongé quelque temps dans l'eau chaude l'extrémité de la patte dont le nerf sciatique a été coupé depuis plusieurs jours, l'excitation produit alors un rétrécissement vasculaire. C'est la preuve que ce qui importe ce n'est pas l'excitabilité prétendue différente des deux espèces de fibres contenues dans le sciatique, c'est l'état de l'appareil nerveux constricteur terminal. Il est dans un état d'irritabilité notable, ce qui a lieu généralement quelques jours après la section; son excitation est suivie de dilatation vasculaire; si on le met artificiellement dans des conditions inverses (par la chaleur notamment), son excitation produit le rétrécissement.

— M. *Coyne* est élu membre titulaire de la Société.

— La Société de biologie suspend ses séances jusqu'au mois d'octobre.

H. CH.

REVUE DES JOURNAUX

Hémiplegie ancienne guérie, foyer linéaire correspondant dans la capsule externe à droite. Hémiplegie récente. Paralysies passagères de la langue, du pharynx, du voile du palais. Restitution partielle. Convulsions épileptiformes, contracture tardive. Mort. Foyer dans les circonvolutions pariétales gauches, par M. de BEERMANN, interne des hôpitaux de Paris.

Voici un résumé de cette intéressante observation où nous notons une lésion importante de la capsule externe, ainsi que du noyau extra-ventriculaire du corps strié, sans que, malgré ces lésions, on ait pu constater pendant la vie des troubles de sensibilité qui sont la suite habituelle de ces altérations.

La malade âgée de cinquante et un ans, entrée le 31 janvier 1876 dans le service de M. *Proust*, à Saint-Antoine, a été, il y a trois ans, paralysée du côté gauche. Les mouvements se sont rétablis peu à peu, ainsi que l'usage de la parole; depuis un an elle ne se ressentait en aucune façon des accidents précédents.

Le 29 janvier 1876, étant assise, elle éprouva un malaise subit; elle s'écria : « Ah ! mon Dieu, je suis perdue », elle garda toute sa connaissance et ne tomba pas de sa chaise, mais il lui devint subitement impossible de parler et d'imprimer le moindre mouvement au bras ou à la jambe droite, cependant elle comprenait tout ce qu'on lui disait.

A son entrée, on constate une hémiplegie droite complète et absolue, il y a un léger degré de contracture des fléchisseurs des doigts. L'hémiplegie faciale est très-nette, mais à l'état de repos

les traits restent symétriques : elle ferme complètement les paupières des deux côtés ; pas de rotation de la tête, pas de raideur des muscles de la nuque, pas de déviation des yeux ; la langue est immobile, la malade ne peut lui imprimer aucun mouvement. Elle ne peut prononcer un mot, quelque effort qu'elle fasse.

Il lui est impossible d'avaler même les liquides : on lui verse entre les lèvres quelques cuillerées de vin ; il reste dans la bouche quelques instants, puis s'écoule peu à peu au dehors. La lutte est immobile, non fébrile ; l'excitation directe avec un morceau de papier roulé ne provoque aucun mouvement du voile du palais ni des muscles du pharynx. Les boissons versées dans la bouche ne provoquent pas de quinte de toux et ne sont pas rendues par le nez ; il est probable qu'elles ne dépassent pas la base de la langue.

La sensibilité générale dans ses divers modes et les sensibilités spéciales (vue, goût, odorat ?) paraissent bien conservées et égales des deux côtés.

Ces accidents s'amendent peu à peu, puisque le 20 mars la malade resta levée une partie de la journée : elle va et vient dans la salle en s'appuyant sur une canne. Elle renue bien le bras droit, mais ne peut se servir de sa main. Quand elle parle, on constate encore un peu de paralysie des muscles des lèvres à droite. La parole est toujours embarrassée et l'articulation des mots imparfaite. La malade a encore une certaine difficulté à tirer la langue et à la mouvoir latéralement.

Le 22 mars, la malade a une attaque convulsive dont la durée a été d'une minute environ. Elle n'a pas perdu connaissance, mais a été prise brusquement de secousses se succédant rapidement et isolément dans les différents muscles du bras, de la jambe et de la nuque du côté droit. Dans l'intervalle de ces secousses les muscles sont contracturés, les membres sont dans l'extension forcée, il n'y a aucun mouvement des muscles de la face ni des yeux. Elle a eu quatre attaques semblables le matin, à midi nouvelle attaque plus violente, convulsions toniques et cloniques limitées aux muscles de la jambe et du bras droit et aux muscles de la nuque du même côté. Cette attaque est accompagnée et suivie d'une perte de connaissance d'un demi-heure.

Ces attaques se sont renouvelées les jours suivants : le 23 mars, il y a déviation de la tête et des yeux à droite, stupeur, flaccidité complète du bras et de la jambe droite ; convulsions toniques de temps en temps dans les muscles du tronc à gauche, un peu de contracture du bras et de la jambe gauches. Hémiplegie faciale droite. Escharces. Mort le 24 au soir.

Autopsie. — Les hémisphères cérébraux présentent à gauche une tumeur dont le point culminant est au niveau de la circonvolution pariétale ascendante vers sa partie moyenne. Toute cette région présente une teinte jaune rougeâtre. Il n'existe aucune solution de continuité à la surface externe de la substance grise, mais en retournant le cerveau, l'écorce grise amincie se rompt spontanément au point le plus saillant et laisse apercevoir un foyer hémorragique sous-jacent. Le caillot présente à peu près le volume d'une noix : sa forme est oblongue à grand axe antéro-postérieur. La partie la plus voisine de la surface est son extrémité antérieure qui occupe toute l'épaisseur de la substance blanche de la circonvolution pariétale ascendante au niveau de l'union de son tiers supérieur avec ses deux tiers inférieurs. Sa partie postérieure se dirige un peu en dedans dans la substance blanche de l'hémisphère à peu près au niveau de la scissure intra-pariétale. En dedans et en bas, il reste éloigné d'au moins deux centimètres du noyau extra-ventriculaire du corps strié. À son pourtour, la substance cérébrale de couleur ocreuse est ramollie.

A droite. — Au niveau de la capsule externe, on trouve sur une coupe horizontale un foyer ancien, lundaire, ayant détruit la capsule, et l'avant-mur sur une longueur de trois centimètres et demi, et une hauteur de deux centimètres. En bas, la perte de substance intéresse légèrement le noyau extra-ventriculaire du corps strié. Les parois sont accolées : en les écartant on aperçoit quelques tractus cicatriciels traversant la lacune.

Aucune lésion dans les autres portions de l'encéphale ; rien d'anormal dans les cavités thoracique et abdominale. (*Société anatomique*, in *Progres médical*, n° 33, 12 août 1876.)

BIBLIOGRAPHIE

Études historiques, physiologiques et critiques sur la transfusion du sang, par le docteur Oré, professeur de physiologie à l'École de médecine de Bordeaux, — Paris, J.-B. Baillière, 1876.

Le professeur Oré sait défendre ses convictions : il l'a prouvé souvent ; naguère encore à propos des injections intraveineuses de chloral ; il le prouve aujourd'hui à propos de la transfusion du sang, dont il est depuis longtemps le partisan déclaré.

Son livre est en effet un éloquent plaidoyer en faveur de la méthode : M. Oré nous dit bien : « Qu'on n'oublie pas que j'écris une monographie dont le but est de faire abandonner la transfusion ou d'assurer désormais sa place dans la pratique » ; mais il suffit de suivre l'idée qui domine dans l'ouvrage pour voir dans son auteur, non point un juge indifférent, mais un avocat qui veut gagner sa cause et qui sait du reste convaincre son lecteur.

Ces études sur la transfusion sont le fruit de longues recherches, tant historiques qu'expérimentales. Une première édition en a été donnée en 1853 ; mais l'ouvrage actuel est aussi différent du premier qu'un traité complet peut l'être d'un simple mémoire. Depuis plus de douze ans, les nombreux travaux et les savantes discussions qui ont paru sur ce sujet, les expériences et les applications pratiques multipliées, les documents de toute espèce ont été amassés par l'auteur et réunis dans le livre dont l'analyse nous est confiée.

Nous ne pouvons donner ici qu'un simple résumé d'un pareil travail, sans même espérer en laisser à nos lecteurs une idée suffisante. De plus autorisés ont écrit là critique scientifique de la question, et nous n'avons pas à revenir sur les points si bien mis en lumière par M. P. Berger dans la REVUE DES SCIENCES MÉDICALES (VII, p. 356 et suiv.), et par M. Jullien (th. agrég. Paris, 1875).

L'ouvrage du professeur Oré est divisé en quatre parties : la première renferme l'histoire physiologique de la transfusion du sang ; la seconde rappelle avec détails la plupart des opérations de transfusion pratiquées sur l'homme de 1820 jusqu'à nos jours. Dans la troisième partie sont exposés les accidents, indications, contre-indications ; la quatrième enfin est consacrée à l'étude du manuel opératoire et des nombreux instruments qui ont été tour à tour proposés.

Nous insisterons surtout sur la partie clinique, si bien reliée par l'auteur à la partie expérimentale ; mais nous devons tout d'abord indiquer rapidement comment est conçu l'exposé historique de la question.

La curiosité scientifique ne peut manquer d'être satisfaite par les renseignements que donne M. Oré sur la période où le merveilleux tient la plus large place dans l'histoire de la transfusion du sang ; mais l'intérêt est plus réel quand nous assistons aux efforts tentés depuis la découverte de Harvey jusqu'à l'époque où le fameux édit du Châtelet (1608) restreignit la pratique de la transfusion au cas où elle serait approuvée par un médecin de la Faculté de Paris.

De 1668 à 1818 s'écoule la deuxième période, ou période d'abandon et d'oubli, déterminée, a-t-on dit, par l'antagonisme de la cour de Rome. Pour M. Oré, la condamnation prononcée au nom de l'Église serait le fait d'un particulier, Merklin, et on n'en trouve pas trace dans le *Bullarium*.

La période vraiment scientifique ne commence qu'en 1818, et, de l'examen des travaux considérables publiés depuis cette époque, ressort la double question que M. Oré s'est proposé de résoudre par l'expérience.

1° La transfusion entre animaux d'espèces différentes, mais de même classe, est inutile et dangereuse, et doit être absolument repoussée dans son application à l'homme (Müller, Pannm, W. Müller, Ponfick, Landois, Lesser, Jacowicki).

2° La transfusion entre animaux d'espèces différentes, mais de même classe, peut au contraire rendre de très-grands ser-

vices; on doit la préférer quand il s'agit de l'homme, d'après Hasse et Gesellius, lequel n'hésita pas à déclarer « que la transfusion avec le sang de mouton inaugure une ère nouvelle pour les médecins, celle de la dispensation du sang. »

Quelle est de ces doctrines opposées celle qui renferme la vérité?

I. Les conclusions tirées par M. Oré de ses expériences sur les animaux (de 1800 à 1876) sont tout à fait favorables à la transfusion entre animaux d'espèces différentes: « On peut transfuser sans inconvénient et avec avantage le sang d'un animal d'une espèce à un animal d'une autre espèce, les deux appartenant à la même classe ». P. 179.

« Si, dans la transfusion entre animaux d'espèces différentes, on voit survenir souvent des hémorrhagies, l'hématurie, une altération spéciale des reins, ces phénomènes ne sont pas constants. Loin de dépendre de la nature du sang, ils sont la conséquence de la rapidité avec laquelle on a lancé dans l'appareil vasculaire une quantité trop grande de ce liquide.

« Une dernière conséquence, très-importante pour la pratique et le succès de la transfusion, découle de tout ce qui précède: c'est l'identité physiologique du sang des animaux de la même classe, quoique appartenant à des espèces différentes. »

II. Les relevés des travaux des médecins Italiens contemporains fournis par l'examen des observations qui remontent à la seconde moitié du XVII^e siècle, permettent à M. Oré de considérer, non-seulement comme pratique, mais comme pouvant rendre de véritables services, la transfusion du sang de l'animal à l'homme: 154 cas de transfusion du sang de divers animaux à l'homme ont donné le résultat suivant: 64 guérisons, 20 améliorations, 43 états stationnaires, 1 cas douteux, 26 morts.

Dans la seconde partie de son ouvrage, le professeur Oré n'a pas craint d'accumuler les observations de transfusions d'homme à homme: « En plaçant, dit-il, sous les yeux du lecteur toutes les pièces du débat, avec les documents authentiques si variés qu'il renferme, je le mettrai à même de se décider en pleine connaissance de cause ». Une statistique de ce genre ne saurait en effet renfermer seulement des matériaux homogènes, et il est indispensable de permettre à chacun l'appréciation raisonnée des faits résumés par les chiffres: nous ne nions pas l'éloquence du chiffre, nous la trouvons souvent même trop convaincante, et il ne faut pas que les chiffres voilent les faits.

Aussi devons-nous rendre hommage aux travailleurs qui consacrent près de la moitié d'un ouvrage de 700 pages à l'exposé des faits tels que leurs auteurs les ont décrits; M. Oré est du reste en cela fidèle à la tradition: son maître, le professeur E. Gintre, n'a pas procédé autrement dans son grand ouvrage de pathologie.

Cette partie de l'œuvre de M. Oré ne peut évidemment être présentée ici que dans ses traits essentiels.

Les trois catégories d'accidents combattus le plus heureusement par la transfusion de sang humain sont les métorrhagies pendant ou après l'accouchement, les hémorrhagies traumatiques et les empoisonnements (surtout par l'oxyde de carbone et le phosphore).

Ces trois groupes réalisent en effet la condition fondamentale pour le succès de la transfusion: l'anémie aiguë.

Les autres groupes sont de moins en moins favorables: les anémies chroniques (chlorose, leucémie, etc.) offrent déjà peu de chances de succès; à plus forte raison quand les anémies que la transfusion est destinée à combattre sont elles-mêmes la conséquence d'une tuberculisation ancienne, d'une cachexie cancéreuse confirmée: que peut-on espérer alors du moyen le plus héroïque? L'anémie n'est ici que l'un des facteurs de la maladie, et il serait aussi illusoire d'attendre de la transfusion la cure des tubercules à cavernes ou des cancéreux à la période de généralisation, que de lui demander de revivifier un organisme usé par les ans. M. Oré pense ainsi, mais laisse entrevoir quelque espérance de combattre avec la

transfusion la première manifestation d'une diathèse cancéreuse ou tuberculeuse, et demande qu'avant de repousser cet espoir, on fasse au moins l'essai que les animaux rendus expérimentalement cancéreux ou tuberculeux.

Il partage aussi l'opinion qu'ont exprimée les aliénistes italiens, au sujet des heureux effets de la transfusion chez les hypomaniaques stupides: c'est là cependant un point bien discuté, et la pratique de Leidesdorf et Meynert (cités par P. Berger) n'a point été favorable à la transfusion contre la folie.

Quant à l'emploi de la transfusion contre l'hydrophobie rabique, il paraîtra tout à fait légitimé par cette seule considération: « En présence d'une maladie qui tue infailliblement, on est autorisé à tenter tous les moyens, mais surtout que celui qui se propose est aussi physiologique et aussi rationnel que la transfusion. »

L'étude comparative des différents modes de transfusion ne nous arrêtera que pour un point de détail: l'injection dans le tissu cellulaire. M. Oré ne condamne pas cette pratique. « Les éléments, dit-il, manquent pour la juger. » Mais en admettant même qu'il y ait lieu de considérer cette injection sous-cutanée de sang comme ayant quelque rapport avec l'injection intravasculaire, nous pensons qu'il n'est pas indifférent de se tenir en garde contre la vulgarisation d'un procédé dont la prétention, que rien ne justifie encore, est d'arriver aux mêmes résultats que la transfusion véritable.

La troisième partie de l'ouvrage contient la discussion des indications et contre-indications de la transfusion. Nous avons rappelé en quelques mots les groupes entre lesquels étaient répartis les affections ou accidents traités par la transfusion; ce que nous en avons dit fait assez prévoir que le professeur Oré s'est livré à une discussion attentive de la valeur de la transfusion dans des cas déterminés, de ses chances de succès et des raisons de ses échecs.

La qualité du sang transfusé, exempt ou débarrassé, froid ou chaud; la rapidité avec laquelle il doit être injecté, etc., ces divers points sont traités avec détails, et l'auteur se déclare absolument partisan de la transfusion avec du sang en nature, maintenu liquide par le froid et l'absence de contact avec l'air.

Parlant des accidents emboliques qui ont porté beaucoup d'opérateurs à repousser la transfusion avec le sang complet, M. Oré signale comme une excellente précaution, en outre des moyens ordinairement employés pour empêcher l'introduction de petits coagulums, de forcer le sang qui sort du transfuseur à traverser un tamis serré.

L'auteur s'arrête longuement sur la valeur de l'opposition faite à la transfusion au nom de l'introduction de l'air dans les veines. Il émet à ce sujet l'opinion que l'air agit comme agent sédatif, paralysant, pour le ventricule droit; mais ajoute qu'il reconnaît lui-même que sa théorie peut être contestable. En effet, il nous semble prouvé que la mort survient comme conséquence des obstacles mécaniques apportés à la circulation cardio-pulmonaire par la présence de petites embolies aériennes dans les divisions de l'artère pulmonaire; si M. Oré a vu le ventricule droit distendu outre mesure et immobile, il est très-possible que cet état de distension soit dû à l'obstacle absolu apporté au déchargement du cœur droit, et que cette paralysie du muscle cardiaque soit simplement le résultat d'une accumulation énorme de sang mélangé d'air. Quelle que soit l'explication, il importe surtout de se préoccuper du moyen de combattre l'accident. M. Oré préconise l'excitation du tronc du nerf pneumogastrique comme déterminant la dilatation extrême de la poitrine et augmentant par suite l'influence de l'aspiration thoracique, etc. J'avoue que j'aurais bien quelque crainte de maintenir l'arrêt du cœur en excitant le pneumogastrique dans le but d'amener la dilatation de la poitrine.

Ce n'est point ici le lieu d'insister sur la comparaison des appareils employés pour la transfusion immédiate ou médiate; ces détails techniques, développés dans la quatrième partie,

ne sauraient qu'être écourtés dans une analyse aussi succincte, et cela au grand détriment du lecteur, de l'auteur et de la méthode. Nous ne pouvons non plus juger de la valeur réciproque des différents procédés : les plus récents doivent avoir bénéficié des remarques faites sur l'emploi défectueux des plus anciens; nous rappellerons seulement que l'appareil de Roussel a été jugé supérieur dans le concours provoqué par Kosloff, médecin directeur de l'armée russe; qu'en Allemagne et en Angleterre il est unanimement adopté, et nous nous associons au professeur Oré dans l'espoir qu'il exprime ainsi : « L'intérêt qui s'attache à la communication et aux travaux de M. Roussel peut faire espérer qu'après avoir vu les portes de Saint-Petersbourg et de Londres s'ouvrir devant son appareil, il verra aussi s'ouvrir les portes de Paris, auxquelles il frappe pour la seconde fois ». Mais M. Oré, qui plaide, et avec raison, la cause de son émule M. Roussel, pourrait ajouter que ses propres recherches expérimentales, sa belle monographie, dont je viens de rappeler trop brièvement les traits principaux, ses appareils perfectionnés enfin, tout concourt à consacrer cette notoriété déjà bien reconnue dans la science en général, et à rendre son nom désormais inséparable de celui des auteurs qui ont le plus fait pour conquérir à la transfusion le rang qu'elle mérite dans la pratique.

D^r FRANÇOIS-FRANCK.

Index bibliographique.

STORIA DI UNA EPIDEMIA DI DIFTERITE OSSERVATA IN SUSA DI TUNISIA. NEGLI ANNI 1873-74, del dott. GUGLIELMO FUNARO. In-8 de 156 pages. — Livourne, 1876.

La ville de Suse en Tunisie a été visitée en 1873 par une épidémie de diphtérie qui a exercé ses ravages jusqu'au mois de juin 1874. D'après le docteur Funaro qui publie un historique très-complet de cette épidémie, la mortalité n'a pas été aussi élevée que dans les dernières épidémies observées en Europe. Sur 125 malades atteints de diphtérie et soignés par ce praticien, 13 seulement ont succombé. Tous les âges sont représentés dans la statistique fournie par notre confrère. Un seul cas a été observé chez un enfant au-dessous d'un an, qui a guéri. 27 angines diphtériques ont été observées chez des adultes d'âge variable, et un chez un vieillard âgé de soixante-dix ans; elles se sont toutes terminées par la guérison. La mortalité a été surtout fournie par deux enfants de un à neuf ans; au-dessus de cet âge, elle a été nulle.

Le mémoire du docteur Funaro contient l'histoire détaillée des principaux cas et des considérations sur la climatologie, l'hygiène et la salubrité du pays dans lequel l'épidémie a été observée. Il devra être consulté par tous ceux qui s'occupent des questions d'hygiène et d'épidémiologie.

LA GYMNASTIQUE RAISONNÉE, MOYEN DE PROLONGER L'EXISTENCE ET DE PRÉVENIR LES MALADIES, par Eugène PAZ. — 1 vol. in-8 de 280 pages. — Paris, 1876, Hachette et C^o.

C'est là un livre utile, et quoiqu'il ait été écrit pour les gens du monde, nous pouvons en conseiller la lecture aux médecins qui n'auraient pas encore acquis les notions nécessaires sur ce puissant agent thérapeutique qu'on nomme la gymnastique. L'auteur expose ses méthodes avec clarté et se montre assez sobre de théories; ce sont là des qualités assez rares pour être particulièrement signalées.

VARIÉTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le concours de clinicien vient de se terminer par la nomination de MM. Homolle et Hanot, comme chefs de clinique, et par celle de MM. Pierret et Landouzy, comme chefs de clinique adjoints. — M. Martel a été nommé chef de clinique pour les accouchements.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — MM. les présidents des Sociétés locales et MM. les membres de l'Association générale, sont priés d'adresser désormais leurs communications au nouveau siège de l'Association, à M. le président Henri Roger, boulevard de la Madeleine, n° 15.

LÉGION D'HONNEUR. — Par décrets, en date des 7 et 14 août 1876, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :
Au grade d'officier : M. Moutard-Martin, médecin de l'hôpital Beaujon.

Au grade de chevalier : MM. Perrin (Eugène-René), membre de la commission des logements insalubres; Hugot, chirurgien en chef des hospices de Laon; Maslieu-Lagemart, président de l'association médicale de la Creuse; Wolf (André), médecin à Delle; Prestat, chirurgien de l'hôpital de Pontoise; Couttolenq (Marius-Ernest), ex-aide chirurgien aux ambulances de l'armée du Rhin.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE STATISTIQUE. — A Pesth (Hongrie), se tiendra, le 29 août de cette année, le neuvième Congrès international de statistique. Les précédents se sont réunis : en 1853 à Bruxelles, en 1855 à Paris, en 1857 à Vienne, en 1860 à Londres, en 1863 à Berlin, en 1867 à Florence, en 1869 à La Haye, en 1872 à Saint-Petersbourg.

Le Congrès de statistique n'est pas fréquenté seulement par les représentants officiels des bureaux nationaux ou municipaux de statistique; il est encore suivi par des savants, des administrateurs, des médecins, des industriels, des propriétaires. C'est seulement au Congrès de Vienne (1857) que fut prise la résolution de réunir en une commission particulière les délégués des États. Rien n'était plus juste.

Au Congrès de Saint-Petersbourg (1872), le statisticien russe Semenov proposa la création d'un comité permanent. L'idée était trop féconde pour n'être pas adoptée sur-le-champ. Ce comité, devait préparer les matériaux avant la réunion des Congrès et les élaborer après la tenue de ces mêmes congrès, s'est réuni pour la première fois à Vienne, pendant l'exposition, puis à Stockholm, l'année suivante (1874).

Le programme des questions qu'on doit traiter au Congrès est, cette année, comme dans les précédentes réunions, plein d'intérêt. Les séances de la commission permanente dureront trois jours; et les travaux des sections prendront quatre jours; les séances plénières deux jours. On consacra trois jours aux excursions.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Challan, médecin en chef de l'hôpital de Senlis, membre du conseil d'hygiène et de salubrité publiques, et de M. le docteur Charle, médecin à l'Hôtel-Dieu de Saint-Denis.

— M. le docteur Grenier, rédacteur en chef de l'*Union médicale du Canada*, vient de mourir de phthisie à l'âge de trente-quatre ans.

— On demande un médecin non marié âgé de quarante à cinquante ans, pour être attaché par un traité à un malade. S'adresser, par lettre, à M. Bouisson, 25, quai Voltaire.

État sanitaire de Paris :

Du 10 au 17 août 1876, on a constaté 1174 décès, savoir :

Variole, 0. — Rougeole, 33. — Scarlatine, 3. — Fièvre typhoïde, 87. — Erysipèle, 9. — Bronchite aiguë, 27. — Pneumonie, 57. — Dysenterie, 2. — Diarrhée cholériforme des enfants, 112. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 10. — Group, 13. — Affections puerpérales, 4. — Autres affections aiguës, 341. — Affections chroniques, 398, dont 163 dus à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 48. — Causes accidentelles, 20.

SOMMAIRE. — PARIS. Académie de médecine : La décoration des nez diaphaniques. — Association française pour l'avancement des sciences : Conférence de M. G. Bernard. — TRAVAUX ORIGINAUX. Physiologie : Des déformations de la plante des pieds, spécialement chez les enfants, dans les affections atrophiques et paralytiques de la jambe. — CONGRÈS SCIENTIFIQUES. Association française pour l'avancement des sciences (Session de Clermont-Ferrand). — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — REVUE DES JOURNAUX. Hémiplegie ancienne guérie, foyer linéaire correspondant dans la capsule externe à droite. — BIBLIOGRAPHIE. Études historiques, physiologiques et critiques sur la transfusion du sang. — Index bibliographique. — VARIÉTÉS. — FEUILLETON. Leçons sur l'hygiène et la prophylaxie des maladies vénériennes.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, *président*; BLACHEZ, A. HÉNOQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 31 août 1876.

Nous aurions bien souhaité de nous arrêter sur la dernière séance de l'Académie de médecine, qui, eu égard surtout à cette époque de l'année, a présenté un intérêt particulier. Nous sommes pourtant obligé de nous abstenir par suite des exigences exceptionnelles que nous créent le compte rendu de la session de l'Association française pour l'avancement des sciences, et celui du Congrès annuel de l'Association médicale anglaise.

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiologie pathologique.

SUR UNE NÉVROSE VASO-MOTRICE SE RATTACHANT A L'ÉTAT HYSTÉRIQUE; GUÉRISON PAR LES COURANTS INTERMITTENTS, par le docteur ARMAINGAUD (de Bordeaux).

(Fin. — Voyez le numéro 33.)

J'arrive maintenant aux réflexions que me suggère cette observation relativement à la nature de la maladie et à l'interprétation des symptômes.

Détermination nosologique de la maladie. — A quelle espèce pathologique dois-je rattacher l'ensemble de troubles morbides que je viens de décrire? Cette détermination me paraît facile, et je n'hésite pas à les rattacher à cette névrose complexe à laquelle on a conservé le nom si impropre d'hystérie.

D'une part, en effet, la description des crises nerveuses présentées par la malade avant l'apparition des accès de sommeil, et observées par le confrère qui m'a précédé auprès d'elle, ne laisse aucun doute sur la nature des premiers acci-

dents : c'étaient des crises d'hystérie convulsive nettement caractérisées; d'autre part la substitution immédiate des accès de sommeil aux crises d'hystérie, la persistance de légers spasmes et de rares sanglots précédant les premiers accès de sommeil, démontrent suffisamment qu'il s'agit ici non point de deux maladies distinctes, mais d'une seule et même affection se présentant sous deux formes différentes et successives. Si dans cette seconde phase les manifestations de la maladie se fussent bornées aux accès de sommeil, je les désignerais donc sous le nom de *sommeil hystérique régulièrement intermittent*; mais la coexistence d'accès quotidiens de congestion oculaire et de cyanose symétrique des extrémités, également intermittents et quotidiens, et d'une durée fixe, complice l'interprétation et élargit la base du diagnostic, en sorte que je suis amené à admettre une *forme vaso-motrice intermittente de l'hystérie*, dont la présente observation est un spécimen assez complet. Mais la justification de cette désignation ne peut se faire qu'après l'interprétation des symptômes, qui sera faite plus loin, et je dois auparavant appeler l'attention sur les caractères spéciaux qu'a présentés la forme de ces accès de sommeil hystérique comparés aux observations analogues déjà publiées jusqu'ici.

Leur caractère le plus remarquable est dans leur périodicité absolument régulière et leur durée toujours la même à une ou deux minutes près. J'ai compulsé avec attention tous les recueils de pathologie et de clinique publiés depuis cinquante ans, et je n'ai trouvé qu'une seule observation offrant ce caractère d'intermittence parfaitement régulière : c'est celle d'une malade hystérique de l'hôpital de la Charité, qui tous les deux jours, à neuf heures du matin, tombait dans un sommeil profond; et encore faut-il ajouter que M. Briquet, qui signale ce fait dans son TRAITÉ D'HYSTÉRIE (pages 445-446), se borne à le mentionner en quelques lignes et ne parle ni de la durée des accès, ni du degré d'anesthésie observé chez la malade.

Il est bien entendu que je ne fais allusion ici qu'aux seuls cas de sommeil hystérique *sans catalepsie*, car les accès de catalepsie régulièrement intermittents et d'une durée fixe, bien que très-rare, ont pourtant été observés plusieurs fois, et le docteur Puel en cite trois ou quatre exemples dans son

FEUILLETON

Musée de l'hôpital Saint-Louis.

Médecin de l'hôpital Saint-Louis de 1840 à 1865, je dus quitter l'hôpital à la fin de cette dernière année, alors que j'étais arrivé à la limite d'âge fixée par l'administration pour l'exercice des médecins dans les hôpitaux.

Dans les premiers mois de l'année 1866, j'offris à l'administration, dont M. Husson était alors directeur, de faire don à l'hôpital Saint-Louis d'une collection d'aquarelles que j'avais fait faire et qui représentaient les formes primitives et les principales formes secondaires des maladies de la peau. Ces aquarelles, de grandeur naturelle, étaient au nombre de cinquante-quatre. J'y joignis trente et quelques planches du grand ouvrage de M. Hébra. Ce dermatologiste éminent avait bien voulu me faire comprendre par son gouvernement au nombre des personnes auxquelles un exemplaire devait être envoyé

gratuitement. Je fis mettre sous verre mes dessins et ces planches.

Je posais dans ma lettre pour conditions : qu'un local spécial serait affecté à cette exposition et que des vitrines seraient faites pour contenir les dessins. J'ai cherché à obtenir copie de ma lettre au directeur de l'administration des hôpitaux, mais l'original a été brûlé en 1871, avec tous les dossiers du secrétaire général de l'assistance publique.

Plus heureux dans mes investigations à l'hôpital Saint-Louis, j'ai pu prendre copie de la lettre que j'adressais, le 30 avril 1866, à M. Vincent, directeur d'alors. Je livre cette copie à la publicité, parce qu'elle établit l'origine du musée :

« Monsieur le directeur,

» J'ai fait une ouverture à M. Husson, relativement à mon projet de musée à l'hôpital Saint-Louis.

» Il m'a répondu qu' aussitôt qu'il aurait un moment il se rendrait à l'hôpital pour y faire choix d'un emplacement.

Mémoire sur la catalepsie (4). Ici, en effet, aucun symptôme de catalepsie ne s'est montré, à aucun degré et à aucun moment de la maladie, malgré l'examen qui a été fait de tous les muscles des membres à ce point de vue, et à tous les accès.

L'état des fonctions circulatoires et respiratoires pendant le sommeil pathologique de ma malade était d'ailleurs bien différent de celui qui a été constamment observé dans les cas de catalepsie. Dans cette dernière maladie, en effet, la circulation n'est modifiée en rien pendant les accès, ou bien le pouls est ralenti et la respiration reste intacte ou est à peine modifiée, tandis que dans les accès de sommeil dont il est ici question le pouls était constamment très-rapide (95, 100, 110, le plus souvent 120 pulsations) la respiration très-accélérée, et la température presque toujours plus élevée de plusieurs dixièmes de degré que dans leur intervalle.

Cette régularité si parfaite dans le retour et la durée des accès soit de sommeil, soit de congestion oculaire, soit d'asphyxie locale, éveille d'abord à l'esprit l'idée d'une fièvre intermittente à forme comateuse, et cette hypothèse, au premier abord, paraîtrait d'autant plus plausible que les dernières crises d'hystérie convulsive, celles qui ont immédiatement précédé les accès de sommeil, avaient pris la forme régulièrement périodique. On serait alors tenté de considérer la première phase (crises d'hystérie) comme une fièvre larvée, et la seconde (accès de sommeil, congestion des yeux, etc.) comme une fièvre accompagnée d'accélération très-marquée du pouls pendant les accès. Mais pour écarter absolument cette hypothèse, il n'est même pas besoin d'invoquer l'insuccès complet des préparations de quinine à hautes doses, de même que l'absence autour de la malade d'un milieu paludéen. Il suffit, en effet, de remarquer que la longue durée de la maladie est incompatible avec cette hypothèse.

Mais ce n'est pas seulement au point de vue de la régularité absolue dans le retour et la durée des accès que cette observation diffère des faits publiés jusqu'à ce jour : elle s'en distingue encore sous plusieurs autres rapports, comme il est facile de le voir en lisant attentivement les observations qui ont été publiées en France sous le titre de *Sommeil hystérique* ou de *Forme comateuse de l'hystérie*. Ces faits, qui se réduisent

(1) De la catalepsie, in *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1856, t. XX, pages 408 et suiv. Voici quelques-uns des faits de catalepsie régulierement intermittente que cite M. Puel : Deidre à 7 h à l'hôtel-Dieu de Montpellier un jeune homme qui eut un accès qu'on dit de huit heures pendant huit jours. — Un vieillard d'Alais, cité par Sauvage, avait un accès de catalepsie tous les quatre jours, alternant avec la démence et la fièvre quarte, d'une manière tout à fait remarquable qui rappelle la régularité mathématique des frissons périodiques ; premier jour, *catalepsie* ; deuxième jour, *démence* ; troisième jour, *fièvre quarte* ; quatrième jour, *catalepsie* ; cinquième jour, *démence* ; sixième jour, *fièvre quarte* et ainsi du suite. — Madame A..., vue par Pelelin, eut pendant quarante-six jours deux accès réguliers. Durant plusieurs semaines l'accès du matin commençait à sept heures et finissait à dix heures et demie ; celui du soir commençait à deux heures et finissait à quatre heures. — Madame D..., observée par M. Puel, eut des accès quotidiens pendant deux ans, commençant régulièrement tous les soirs à sept heures précises et finissant à dix heures.

d'ailleurs à un très-petit nombre, sont dus à MM. Lassègue, Olivier et Féréol et ont été réunis dans les deux thèses de MM. Espanet et Boutges (Thèses de Paris, 1875).

Il est d'abord à remarquer que dans aucune de ces observations il n'est fait mention, pendant l'accès de sommeil et au milieu d'une anesthésie par ailleurs complète et absolue, de l'existence d'un point douloureux unique siégeant au niveau d'une des apophyses épineuses des vertèbres. C'est la première fois que ce symptôme est signalé, ce qui est dû probablement à ce que personne n'a jamais eu l'idée de le chercher ; et il me sera d'autant plus permis de me féliciter de l'avoir trouvé que d'une part c'est à la constatation que j'en ai faite qu'est due la guérison de la malade, et que d'autre part je n'ai point été conduit à le rechercher par suite d'un hasard heureux ; ce sont, en effet, mes études antérieures sur le point spinal dans les névralgies et les névroses en général qui m'ont tout naturellement amené à explorer la région rachidienne dès le premier accès dont j'ai été témoin.

Plusieurs des faits cités par les médecins dont je viens de parler sont d'ailleurs des cas de sommeil avec catalepsie et doivent être par conséquent écartés ici de l'examen comparatif que je fais pour les motifs indiqués ci-dessus. Telles sont les observations II, III et IV de M. Espanet, empruntées les deux premières à M. le professeur Lassègue et la dernière à M. Després, professeur agrégé à la Faculté de Paris.

Quant aux autres, non-seulement, comme je l'ai dit plus haut, elles ne présentaient aucune périodicité régulière dans le retour et la durée des accès, mais encore ceux-ci ont toujours présenté une durée beaucoup plus longue (de trois, quatre, sept et même quinze jours), qui les rapproche davantage, à ce point de vue, des observations que M. Briquet faisait dans la catégorie des *léthargies hystériques*, dont elles ne se distinguent guère que par l'accélération du pouls, qui dans la léthargie telle qu'elle est définie généralement est toujours notablement ralenti.

Enfin, dans aucune de ces observations il n'est fait mention du traitement par l'électricité.

Interprétation des symptômes. Physiologie pathologique.

— Je me bornerai sur ce point à de courtes remarques. À quelles modifications pathologiques du système nerveux doit-on rattacher la série de troubles morbides que je viens de décrire ? Quelle en est la cause prochaine ?

Je n'ai pas l'intention de discuter ici les objections qu'on présente avec tant de talent et d'autorité M. le professeur Vulpian (*Leçons sur l'appareil vaso-moteur*, t. II, p. 98 et suiv. Paris, Germer Baillière, 1875) contre la théorie qui ferait de l'hystérie en général, même dans ses formes communes, une névrose vaso-motrice, et il serait bien difficile, en effet, d'admettre, comme trouble morbide initial et protopathique dans l'hystérie, une perturbation dans la fonction-

» Je persiste à croire que le grand amphithéâtre est le seul local convenable. Le musée deviendrait ainsi un utile enseignement pour les élèves du dedans et du dehors.

» Les dessins et les bosses seraient enfermés dans des armoires grillées. Il suffirait qu'elles eussent 20 à 25 centimètres de profondeur. On pourrait sans inconvénients supprimer la fenêtre du milieu qui donne sur le jardin.

» Veuillez étudier les localités d'ici à l'arrivée de M. Husson.

» Agrérez, etc. »

M. Husson crut devoir choisir de préférence une galerie fort modeste d'ailleurs, qui servait autrefois de passage entre la cuisine et la pharmacie pour le service des aliments et des médicaments, et qui reliait un des grands bâtiments de l'hôpital à ces annexes. Un poêle fut établi au centre ; une table dans le voisinage et deux vitrines à double face furent confectionnées et placées au milieu de la salle. Dans la première j'exposai méthodiquement mes dessins ; la seconde resta vide. Je suspendis toutes les grandes planches de l'ouvrage

de M. Hébra le long des murs. Au-dessus de la vitrine où se trouvaient mes dessins, l'administration crut devoir faire placer une plaque portant cette inscription : *Aquarelles offertes à l'administration en 1866 par M. Alph. Devergie, médecin de l'hôpital Saint-Louis de 1840 à 1865.* » Telle fut l'installation du musée.

Pendant plus d'une année les choses restèrent dans cette situation modeste. Mais M. Husson, qui savait apprécier une idée heureuse, une idée d'avenir, demanda et obtint en 1868 du conseil général de l'Assistance publique une somme annuelle de 2000 francs, pour subvenir à la dépense des modèles que pourraient faire faire les divers médecins ou chirurgiens de tous les hôpitaux.

Il fit plus : il fit comprendre dans les plans et devis de la construction d'un bâtiment destiné aux bains externes, un vaste local pour le musée, qui se composera alors d'une salle d'exposition, d'une bibliothèque et d'une salle d'études.

Ces travaux n'ont pas encore été commencés, mais tout

nement des nerfs vaso-moteurs amenant à sa suite et permettant d'expliquer les symptômes si variés qui constituent cette névrose : accès spasmodiques, convulsions cloniques et toniques, hémianesthésie, paralysies et hyperesthésies diverses, etc...

J'observerai seulement que parmi ces nombreux symptômes il en est quelques-uns qu'il n'est guère possible d'expliquer autrement que par l'intervention des nerfs vaso-moteurs, et M. Vulpian lui-même en conviendrait, je n'en doute pas. Telles sont les congestions et les anémies partielles des téguments localisées dans les points de l'organisme les plus variés, les oscillations irrégulières de la distribution du sang (rougeur et pâleur alternatives de la face, froid habituel aux pieds et aux mains, etc.). Or, le cas dont il s'agit dans cette observation me paraît être un exemple d'une forme d'hystérie dans laquelle ces troubles vaso-moteurs qui apparaissent à titre de phénomènes secondaires dans les formes ordinaires de cette maladie, deviennent ici prédominants (je ne dis pas primordiaux). Ici les *convulsions toniques*, au lieu de se manifester sur les muscles de la vie de relation, comme dans la forme commune de l'hystérie, ont exclusivement pour siège les muscles circulaires d'un certain nombre de petits vaisseaux sanguins. Je proposerais donc pour cette forme particulière de la maladie la dénomination de *Forme vaso-motrice intermittente de l'hystérie*.

En effet, alors même que la maladie serait réduite aux accès de sommeil intermittent, il me paraîtrait bien plus naturel d'expliquer cette suspension absolue des fonctions cérébrales par une modification soudaine dans la circulation du cerveau que par tout autre mécanisme, alors que nous savons, par les expériences d'Astley Cooper répétées par M. Vulpian, que l'interruption de la circulation dans les centres nerveux encéphaliques peut produire une abolition presque instantanée de toutes les fonctions de ces centres, et par conséquent une perte de connaissance complète et à peu près subite.

Toutefois, cette interprétation pourrait peut-être soulever des objections analogues à celles que M. Vulpian oppose à la théorie de l'anémie cérébrale pour expliquer le sommeil naturel. Mais ce qui me paraît imposer l'interprétation physiologique que je donne à l'ensemble des symptômes et justifier la dénomination que je propose, c'est en premier lieu l'examen ophthalmoscopique du fond de l'œil, pratiqué à plusieurs reprises, qui a démontré que pendant les accès de sommeil, de même que pendant les accès d'asphyxie locale des extrémités, il y avait un resserrement marqué des vaisseaux rétinéens, resserrement dû évidemment à une influence nerveuse vaso-motrice contractrice, et qui, de plus, rend très-vraisemblable une anémie cérébrale concomitante; c'est, en second lieu, la coexistence chez la même malade, avec les accès de sommeil, de deux autres troubles morbides également inter-

mittents qui ne peuvent guère s'expliquer autrement que par un vice dans le fonctionnement de l'appareil vaso-moteur ayant son point de départ dans les régions de la moelle qui sont l'origine des nerfs vasculaires : je veux parler de la congestion oculaire et de l'asphyxie locale des extrémités, *toutes deux symétriques*.

En effet, je n'ai pas besoin de revenir ici sur la démonstration qu'a faite M. Maurice Raynaud de la nature vaso-motrice de l'asphyxie locale des extrémités (*Arch. génér. de méd.*, 1874). Il me paraît avoir mis hors de doute que cette affection est une névrose vaso-constrictive d'origine centrale caractérisée par l'agération du pouvoir excito-moteur des parties de la moelle (1) qui président à l'innervation vasculaire.

Enfin, l'existence même du point douloureux apophysaire persistant pendant l'accès de sommeil, alors que tous les autres points du corps sont insensibles, la guérison de l'asphyxie locale et des congestions parallèlement à la disparition progressive des accès de sommeil sous l'influence des courants électriques, mo paraissent un argument de plus en faveur de mon interprétation physiologique.

Remarques sur le traitement employé. — Il arrive rarement dans le traitement d'une maladie, que l'action curative de la médication employée soit aussi évidente et aussi incontestable qu'elle l'a été dans le cas actuel. Il suffit, en effet, pour en être frappé, des considérations suivantes :

1^o Dès le jour même où l'électrisation a été employée contre l'accès du matin, il y a une diminution de deux minutes dans la durée de cet accès, qui jusque-là n'avait jamais varié.

2^o Chacun des jours suivants, l'électrisation étant continuée, cette diminution continue; mais à trois reprises (les 30 novembre, 1^{er} et 7 décembre) l'électrisation est suspendue, et chaque fois la longueur des accès augmente au lieu de diminuer.

3^o L'accès du soir, comme celui du matin, n'a commencé à diminuer, minute par minute, qu'à partir du jour où l'électrisation a été commencée, et à deux reprises différentes (les 20 décembre et 22 janvier); la suspension de l'électrisation a donné lieu à une augmentation dans la durée de l'accès, qui regagnait en longueur ce qu'il avait perdu les jours précédents. À chaque reprise de l'électrisation nouvelle diminution.

4^o Par contre, la durée de l'électrisation ayant été prolongée de plusieurs minutes les 27 et 28 décembre et 5 janvier, il y a eu à chacun de ces jours, dans la durée de l'accès, une diminution notablement plus considérable que celle des autres jours.

(1) Je ferai remarquer ici que cette détermination vient confirmer la distinction que j'avais proposée, un an avant la publication du travail de M. Raynaud, entre les névroses vaso-motrices d'origine périphérique, dans lesquelles le grand sympathique est atteint, et les névroses vaso-motrices d'origine centrale, ayant leur point de départ dans la moelle elle-même. (*Du point apophysaire et de l'hystérie épiléptique*, page 61, par le docteur Armandignat. Paris. 1873, chez Adrien Delagrave.)

portée à croire qu'ils seront terminés en 1878, avant l'ouverture de l'Exposition.

Le concours général de l'administration devient le point de départ des progrès du musée. M. Lailler, médecin de l'hôpital, qui déjà avait fait faire à ses frais des modelages, fit hommage de sa collection. M. Hardy, avec l'assistance du docteur Montméja, fit reproduire la généralité des maladies de la peau par la photographie, et cette collection reçut sa place dans le musée.

Mais alors surgit une grande difficulté : le modelleur qui avait fait les reproductions offertes par M. Lailler avait quitté la France pour se rendre en Amérique.

On ne saurait croire à toutes les démarches qui furent faites par notre collègue pour trouver un artiste capable de traduire la physiologie des maladies de la peau. A force d'investigations auprès des modelleurs en cire, il finit par découvrir un jeune homme qui, doué d'une aptitude spéciale pour la repro-

duction du dessin et du coloris, arriva à surpasser tout ce qu'on avait fait en ce genre : forme, grandeur naturelle, coloris morbide le plus parfait, en un mot reproduction aussi complète et aussi vraie que possible du malade et de la maladie; tel fut, grâce à un travail des plus assidus, le succès auquel est arrivé M. Baretta, le modelleur du musée. Je dis modelleur, car M. Baretta ne fait pas de modelages en cire colorée : il opère à l'aide d'un moule en plâtre dans lequel il coule une matière spéciale à une température de 200 degrés; il fait ses dessins avec des pâtes colorées de diverses nuances, de sorte que ses reproductions sont indéfectibles.

Inutile d'ajouter, après ces détails, tout l'intérêt que M. Lailler a porté à l'extension du musée par les reproductions nombreuses qu'il a fait faire.

A partir de ce moment l'essor fut donné, et tout le personnel médical et chirurgical de l'hôpital Saint-Louis : MM. Hillairet, Lallier, Guibout, Vidal, Besnier, Fournier,

Il est à remarquer en outre, et ceci présente une certaine importance pratique, que les courants employés ici sont les courants intermittents du petit appareil portatif de Gaeffe, et que je n'ai pas eu besoin, pour obtenir la guérison, de recourir aux courants continus, comme l'a fait avec succès M. Maurice Raynaud dans les cas de cyanose symétrique qu'il a publiés dans les *Archives*. J'avoue qu'*a priori* j'avais plus de confiance dans l'emploi de ces derniers et que j'avais annoncé à l'avance à la malade dès le début, que très-probablement les courants intermittents seraient insuffisants et que nous serions, selon toute vraisemblance, obligés d'en venir à leur emploi. Aujourd'hui encore je suis porté à croire que la guérison aurait marché plus rapidement avec les courants constants. Mais, outre que ce n'est là qu'une hypothèse, attendu que l'affection dont ma malade était atteinte est fort différente, par ses symptômes prédominants, de celles qu'a traitées M. Raynaud, l'intérêt particulier du fait actuel git en ceci que tous les médecins peuvent avoir à leur disposition et transporter très-facilement chez leurs malades, à la campagne aussi bien qu'à la ville, le petit appareil de Gaeffe, tandis que dans un très-grand nombre de cas, l'emploi des courants continus est pratiquement impossible, et souvent très-difficile dans les autres.

Par quelle action physiologique, par quel déterminisme l'électricité a-t-elle produit ici la diminution, puis la suppression définitive des accès de sommeil ?

Il est très-probable, comme je l'ai répété plus haut, que durant ces accès il y avait anémie du cerveau par constriction spasmodique des petits vaisseaux. Par conséquent les courants électriques appliqués au niveau de la moelle ont dû agir en diminuant progressivement cette constriction des fibres musculaires des vaisseaux, en exerçant une action paralysante sur les nerfs vaso-constricteurs par l'intermédiaire de la moelle épinière qui est le centre et le point d'origine des nerfs moteurs des muscles vasculaires, aussi bien que des nerfs moteurs des muscles de la vie de relation.

Ce mode d'action serait contraire à la théorie admise jusqu'à ce jour par les physiologistes, sur le mode d'action respectif des courants constants et des courants intermittents sur les nerfs vaso-moteurs. Tous s'accordent, en effet, si j'ai bonne mémoire, pour attribuer aux courants continus une action paralysante sur les nerfs vaso-constricteurs, d'où relâchement des vaisseaux et congestion, et aux courants intermittents une action excitante sur les mêmes nerfs : d'où constriction, spasmes vasculaires et anémie.

Mais il me paraît probable que l'électrisation que j'ai appliquée n'a pas agi sur les mêmes parties du système nerveux que celle qu'a employée M. Maurice Raynaud. Il pense, en effet, que c'est sur le grand sympathique qu'ont agi ses courants continus, dont le pôle positif était appliqué sur la

septième vertèbre cervicale, qui ne présentait d'ailleurs aucune douleur à la pression ; or, il est vraisemblable, au contraire, que mes courants intermittents, dont le pôle positif était appliqué sur la deuxième vertèbre dorsale, très-douloureuse à la pression, et par conséquent au niveau d'un point de la moelle morbidement excitée, ont agi non sur le sympathique mais sur la moelle elle-même, et par son intermédiaire soit sur les nerfs vaso-constricteurs pour les paralyser, soit sur les nerfs vaso-dilatateurs pour les exciter.

Mais je ne tiens pas autrement à mon explication et je n'insiste pas sur ce point, convaincu que je suis qu'il est presque impossible de fournir une explication réelle de l'action finale d'un agent dynamique longtemps continué sur une partie quelconque du système nerveux vaso-moteur, et surtout lorsque l'application est médiate, c'est-à-dire sur les parties extérieures correspondantes et non sur les nerfs eux-mêmes. En premier lieu, en effet, l'existence en certains points, sinon partout, de deux sortes de nerfs vaso-moteurs antagonistes, complique singulièrement la question, et ensuite n'est-il pas évident qu'un agent quelconque, l'électricité par exemple, dont l'action initiale sur tel nerf vaso-moteur est une excitation, doit déterminer par épouséme, au bout d'un temps plus ou moins long et variable suivant l'état moléculaire du nerf au moment de l'application, une action finale absolument opposée à son influence initiale ? Et comment savoir dès lors si c'est l'effet positif et initial ou l'effet d'épuisement totale ment inverse qui a été obtenu, quand il s'agit d'un organe qu'il est impossible d'explorer directement ?

Exemples de gottre exophtalmique, de migraine invétérée et de sciatique chronique avec points apophysaires, traités avec succès par l'emploi exclusif de vésicatoires sur le rachis.

Mais la conclusion la plus importante qui ressort de cette influence si décisive du traitement, c'est la nécessité d'explorer la colonne vertébrale dans tous les cas de névroses, de quelque nature qu'elles soient et sous quelque forme qu'elles se présentent. En effet, je n'aurais probablement jamais songé à employer l'électricité dans le cas actuel si je n'y avais été amené par la constatation préalable du point douloureux vertébral ; et, d'un autre côté, la malade n'accusant aucune douleur spontanée dans cette région, ni dans l'intervalle des accès ni pendant leur durée, je n'aurais jamais eu l'idée d'explorer le rachis si, comme je l'ai fait remarquer plus haut, je n'avais été pénétré depuis longtemps, à la suite de mes études sur l'*irritation spinale*, de l'importance pratique qu'il faut attacher, dans les névroses, à l'existence de ce point douloureux. J'ajoute qu'il est très-probable que la maladie n'aurait pu être guérie, même par l'électricité, si je n'avais fait cette exploration pendant l'accès, complètement omise par les médecins qui avaient vu la malade avant moi. On remarquera, en effet, que les mêmes courants appliqués pendant

Péau, Duplay, s'empressa de faire représenter par le moulage toutes les maladies rares qui se présentaient dans leur service. M. Bazin avait été aussi un des premiers à exposer sur les murs du musée une magnifique collection d'aquarelles représentant toutes les variétés des teignes, dont l'exactitude et la reproduction, faites d'ailleurs par un peintre distingué, M. Biou, sont d'une fidélité extrême.

Bientôt, en présence des moules de M. Baretta, les médecins et chirurgiens des autres hôpitaux qui avaient droit à faire reproduire d'autres maladies, s'empressèrent d'en user, et c'est ainsi que l'allocation de la somme de 2000 francs devint insuffisante ; aussi M. Fermer, directeur actuel de l'hôpital Saint-Louis, a-t-il prié M. de Nerval, directeur général, de demander un accroissement de 4000 francs à cette somme sur le budget de l'Assistance publique pour 1877.

Il faut donc reconnaître que si ma pensée, appuyée sur les dessins qui m'appartenaient, a été l'origine de la création d'un musée à l'hôpital Saint-Louis, elle a dû sa réalisation et

son accroissement au concours que lui ont prêtés tous les médecins et chirurgiens de l'hôpital Saint-Louis, et au concours matériel de l'administration. Qu'un homme autre que M. Husson n'ait pas compris tout l'avenir de mon heureuse inspiration née du désir d'être utile aux élèves après un enseignement de vingt-deux années, et le musée n'existerait pas.

Aujourd'hui, dans l'espace si restreint et si rempli au point de ne plus y trouver place, on compte : 147 dessins, 46 photographies, 413 moules, ensemble 606 reproductions des maladies de la peau, la plupart rares, en ce sens que ce sont des affections que l'on ne rencontre pas souvent dans la pratique médicale, mais dont on retrouvera le souvenir dans le musée.

Ces pièces servent tous les jours à l'enseignement dans les leçons que font les médecins de l'hôpital. Il y a plus : tous les médecins qui de l'étranger se rendent à Paris viennent admirer ces belles collections ; les élèves du dedans et du dehors fréquentent avec empressement ce lieu d'études.

les premiers jours sur l'épaule et le bras, n'ont amené aucun résultat, et que la diminution dans la durée des accès n'a commencé qu'à partir du jour où ils ont été appliqués sur le point douloureux rachidien.

J'ai eu maintes fois, depuis la publication de mon mémoire sur l'*irritation spinale*, l'occasion de constater les services que pouvait rendre, pour le traitement des maladies nerveuses, l'application des révulsifs rachidiens. Je me bornerai ici à en citer trois exemples choisis parmi les névroses les plus généralement rebelles aux traitements les plus énergiques et les plus persévérants, le premier relatif à un cas de *goître exophtalmique*, le second à une *migraine inintermittente*, le troisième à une *névralgie sciatique* très-ancienne dont a été guéri, sur mes indications, le docteur Duployer, professeur de clinique à l'École de médecine navale de Rochefort.

Dans le mémoire que j'ai cité plus haut, j'arrivais, par suite de considérations diverses, à cette conclusion, que le *goître exophtalmique* était vraisemblablement, dans un grand nombre de cas, une névrose vaso-motrice d'origine centrale, ayant son origine dans la moelle, contrairement à l'opinion de tous les pathologistes, qui la localisent exclusivement dans le grand sympathique, et j'ajoutais que si l'on explorait la colonne vertébrale dans les cas de ce genre, on trouverait vraisemblablement un ou plusieurs points apophysaires par la pression exercée sur les rachis, et qu'enfin si l'observation venait à confirmer cette induction on pourrait peut-être exercer une action efficace contre cette affection si souvent incurable jusqu'ici, en appliquant une médication énergiquement révulsive sur le point rachidien.

Les faits sont venus depuis lors confirmer pleinement ces idées. Depuis cette époque, j'ai en effet observé deux cas de goître exophtalmique, et dans chacun de ces deux cas j'ai constaté l'existence d'un point douloureux très-prononcé non spontané, mais provoqué par la pression sur la deuxième vertèbre dorsale, avec irradiation le long du sternum. Les membres de la Société de médecine de Bordeaux, devant laquelle l'une de ces malades a été présentée, ont constaté l'existence de ce point apophysaire. Enfin, mon confrère le docteur Mauriac (de Bordeaux) observe en ce moment (juin 1876) une malade atteinte de goître exophtalmique qui présente également un point apophysaire très-prononcé.

Mais ce qu'il y a de plus remarquable et ce sur quoi je désire surtout attirer l'attention, c'est que l'état de la première des trois malades dont je viens de parler est aujourd'hui très-sensiblement amélioré par l'application de cinq vésicatoires volants de 7 centimètres carrés appliqués sur le point douloureux rachidien, à l'exclusion de tout autre traitement. Je peux invoquer ici le témoignage de la Société de médecine de Bordeaux; dans le sein de cette société, en effet, moi diagnostic rencontra d'abord une assez vive opposition,

et les membres présents à la séance du 27 août 1875 (1), dans laquelle je présentai ma malade pour la première fois, ne crurent pas d'abord à l'existence d'un goître exophtalmique, ce qui n'étonnera personne, car on sait que la plupart des médecins, n'ayant vu qu'un très-petit nombre de cas de cette maladie, et beaucoup n'en ayant même jamais observé, il est rare qu'elle soit reconnue dès son début et alors que la triade symptomatique n'est pas complète; je maintiens néanmoins mon opinion, basée, à mon avis, sur des arguments pleinement suffisants (2). En effet, deux mois après (3), la maladie abandonnée à sa marche naturelle ayant fait des progrès, la malade leur fut présentée de nouveau, et l'unanimité des membres de la Société (à l'exception d'un seul qui bien à tort, selon moi, ne croit pas au goître exophtalmique non accompagné de lésion organique du cœur), reconnut la justesse de mon diagnostic, et une commission de quatre membres, composée de MM. les docteurs Henri Gintrac, Boursicr, Rozier et Armaingaud, fut nommée par cette société savante, afin de suivre les résultats du traitement que je proposais d'appliquer et qui consistait exclusivement, comme je l'ai dit, en une série de vésicatoires appliqués successivement sur le point rachidien constaté. Or cette commission, réunie dans mon cabinet le 4 avril 1876, a constaté l'amélioration sensible survenue dans l'état de la malade: les pulsations cardiaques sont tombées de 120 à 85; l'oppression très-pénible et très-prononcée qui depuis plusieurs mois n'avait cessé de la tourmenter jour et nuit, a disparu de même que la sensation de chaleur à la peau et l'affaiblissement général; les troubles de la vue ont cessé, l'exophtalmie n'est plus perceptible, et enfin l'impressionnabilité excessive, l'irascibilité du caractère qui s'étaient manifestées depuis l'invasion de la maladie, ont complètement cessé, et la petite tumeur thyroïdienne est le seul signe persistant de son affection (4).

(1) Mémoires et Bulletin de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, année 1875, pages 104-105.

(2) Je dois ajouter ici que mon savant confrère le docteur Henri Gintrac, auquel j'adressai la malade, le titre de consultant pathologique, quelques jours après cette séance de la Société de médecine, à laquelle il n'avait pas assisté, reconnut sans hésitation aucune la nature de la maladie.

(3) Mémoires et Bulletins de la Société de médecine de Bordeaux, année 1875, pages 306-337.

(4) Ce qui précède a été constaté, comme je l'ai dit, le 4 avril dernier; je conseillai alors à la malade de revenir me voir dans quelques jours, me proposant de continuer l'emploi de révulsifs rachidiens sur le point rachidien qui est encore un peu douloureux; c'est seulement avant-hier, 20 juin, que j'ai revu la malade. Durant ces deux derniers mois, pendant lesquels elle n'a absolument rien fait, son amélioration a d'abord continué à se maintenir; mais depuis huit jours, son état, son oppression commencent à revenir, surtout la nuit, ainsi que ses palpitations et la sensation de chaleur à la peau. Je constate, en effet, que le pouls, qui n'était qu'à 85 le 6 avril, est remonté à 112, les palpitations sont assez violentes et la malade recommence à maigrir. Il me donc probable que c'est la suspension prématurée du traitement qui a arrêté le succès de la guérison. Je vais donc réunir de nouveau la commission, afin qu'elle puisse constater l'état actuel de la malade et suivre pas à pas l'influence du traitement révulsif rachidien que nous allons reprendre, sur la marche de la maladie, — et nous pourrions

L'administration ayant autorisé M. Baretta à faire des doubles ou triples reproductions des pièces pour subvenir à l'exiguité de la somme qui lui est allouée chaque année, les médecins étrangers achètent des pièces moulées qui forment bientôt dans leur pays des musées aux dépens du nôtre. C'est ainsi qu'en Russie, en Angleterre, au Brésil, on installe avec le luxe et le confortable que l'on consacre aux sciences dans ces pays, des musées qui laissent bien loin derrière eux le local honteux qui renferme les trésors de notre hôpital modeste. Que l'on aille visiter le musée créé en Angleterre par M. Erasmus Wilson, et l'on reviendra peiné de notre pauvre établissement.

Malgré sept vastes vitrines faites successivement; malgré l'accolement des dessins au mur, il n'existe plus de place: on est obligé de mettre les nouveaux moulages dans les bas des vitrines, disposé en armoires et qui ne peuvent permettre de voir tous les chefs-d'œuvre qu'elles contiennent.

Est-ce à dire qu'il n'y a aucune amélioration à introduire

dans ces collections, soit pour leur classement, soit pour les lacunes qu'elles peuvent offrir?

Au point de vue du classement, le musée laisse beaucoup à désirer. Il se ressent de la manière dont il a été formé. C'est le hasard, c'est l'accident qui a fourni les modèles, et au fur et à mesure que les reproductions ont été faites elles ont pris les places vides, sans méthode, sans classification. C'est donc, on peut le dire, un *beau désordre*. Mais lorsque les nouveaux bâtiments seront construits, lorsqu'une vaste salle sera mise à la disposition des pièces, alors les médecins de l'hôpital Saint-Louis auront à cœur de régulariser la situation de chaque reproduction. Vaste travail, travail de patience, travail d'amour de la science et d'amour de l'enseignement; car par ce classement on fera de l'enseignement pour les médecins et les élèves.

Alors aussi se posera la plus grave de toutes les questions dont la solution la plus naturelle me paraît cependant fort simple.

Le cas de *migraine* est celui d'une femme atteinte de cette maladie depuis six ans; les accès, chaque fois accompagnés de vomissements et d'une très-grande intensité, revenaient au moins une fois, le plus souvent deux fois, par semaine et duraient en moyenne vingt-quatre heures. Le docteur Baudrimont ayant appris que j'avais plusieurs fois obtenu la guérison de migraines par l'application des révulsifs sur le point douloureux rachidien, explora la colonne vertébrale et trouva un point douloureux spinal siégeant à la deuxième vertèbre dorsale. Il appliqua sur ce point un vésicatoire volant simple à la suite duquel les accès de migraine ont complètement cessé et ne sont jamais revenus depuis un an et demi. On ne peut du reste invoquer ici une coïncidence entre la cessation des accès de migraine et l'âge critique, qui tantôt amène la suppression de la migraine, tantôt en aggrave l'intensité; en effet, cette femme, qui est âgée de quarante ans, est parfaitement réglée et aucune manifestation indiquant l'approche de la ménopause n'existe chez elle.

Enfin, le docteur Duplouy m'écrivit de Rochefort, à la date du 27 mai 1875: « J'ai contracté, en août 1867, une fièvre intermittente d'une grande ténacité, qui, en 1869, fit place à une *névralgie sciatique double* très-violente. J'avais souvent observé le point apophysaire dans les névralgies, mais je n'en ai tiré d'indications pratiques que depuis la lecture du mémoire dans lequel vous insistez avec tant de raison sur son importance, en montrant les conséquences pratiques que vous en avez tirées et qui avaient échappé à Trousseau. En effet, le sulfate de quinine et tous les autres moyens que l'on emploie contre cette affection ne réussissant plus à calmer mes violentes douleurs sciatiques, j'appliquai des vésicatoires sur le point douloureux spinal très-marqué, que la pression déterminait chez moi au niveau des apophyses épineuses des quatrième, cinquième lombaires, et j'en ai retiré un soulagement complet, immédiat et persistant (1). »

CONCLUSIONS.

1^{re} Conclusions pratiques. — I. La maladie qui fait l'objet de ce travail doit sa guérison à l'emploi des courants intermittents descendants appliqués sur la colonne vertébrale, alors que tous les traitements antérieurs les plus variés avaient

peut-être ainsi répondu à l'objection que m'a faite M. le professeur Vuigian: il a vu une femme atteinte de goître exophthalmique guérir sans aucun traitement; il n'est donc pas bien certain, me dit-il, si votre mode de guérison, que ce résultat soit dû au traitement que vous avez appliqué. Il est donc intéressant de savoir si après le marche de la guérison, suspendue en même temps que le traitement a été suspendu lui-même, ce fait ou nouvelle amélioration survient avec le reprise du traitement.

(1) Je ajouterai ici que M. le docteur Auguste Voisin, médecin à la Salpêtrière, m'a dit tout dernièrement avoir souvent observé un ou plusieurs points douloureux apophysaires provoqués par la pression chez des épileptiques, et, ce qui est plus important, avoir guéri entièrement un épileptique par l'application des révulsifs sur ce point.

Prendra-t-on un mode d'arrangement basé sur une classification scientifique? Quelle sera celle que l'on choisira? Sera-ce celle de Plenck, de Willan et Batemann, d'Alibert ou Bazin, comme aussi les classifications modifiées par moi ou par M. Hardy.

A mon avis ce serait une grande faute que celle d'exposer aux yeux du public médical toutes ces reproductions d'après l'une ou l'autre des classifications connues en France. Aucune d'elles ne peut avoir l'assentiment général; toutes sont susceptibles de modifications. La science progresse tous les jours et la science apporte des changements dans les idées que l'on pouvait se faire sur la nature des maladies, sur leur groupement; des dénominations nouvelles surgissent, toutes circonstances qui doivent faire rejeter la pensée de placer toutes ces reproductions selon une classification scientifique quelconque.

A cet égard, il m'a semblé qu'il existe un arrangement possible à l'abri de tout reproche de ce genre.

Quelle est la nature du musée d'après la nature même des

échoués, y compris le sulfate de quinine à haute dose, si naturellement indiqué par la périodicité si régulière des accès du sommeil.

II. La recherche et la constatation d'un point douloureux apophysaire provoqué par la pression et persistant pendant le sommeil pathologique et l'anesthésie complète de tous les autres points du corps, — alors que rien dans les sensations accusées par la malade pendant la veille ne permettait d'en soupçonner l'existence, — ayant ici fourni l'indication thérapeutique de l'application du traitement, il y a lieu désormais de le rechercher dans toutes les névroses de quelque nature qu'elles soient en explorant la colonne vertébrale.

III. L'importance pratique du point apophysaire qui avait échappé à Trousseau, qui n'en avait d'ailleurs signalé l'existence que dans les névralgies, est démontrée non-seulement par le fait précédent mais encore par les nombreux cas de guérison de névralgies et d'autres névroses signalées depuis longtemps par l'auteur de ce travail, et aussi par les bons effets obtenus par les révulsifs rachidiens dans des cas de goître exophthalmique, de migraine invétérée, etc., etc., tels que ceux qui ont été rappelés sommairement à la fin du présent travail.

IV. Les cas de léthargie hystérique ou non, de sommeils pathologiques de toute nature, certaines formes de coma, l'extase, la catalepsie, peut-être même le doublement de la personne nouvellement décrit, et en général toutes les affections nerveuses présentant des troubles morbides pouvant être rattachés à une perturbation vaso-motrice, sont particulièrement indiqués parmi les névroses où il y aura lieu d'essayer l'emploi des courants électriques.

2^e Conclusion théorique. — Les accès de sommeil, de congestion locale et d'asphyxie locale des extrémités présentés par la malade qui fait l'objet de cette observation, me paraissent devoir être rattachés à une perturbation vaso-motrice ayant son origine dans la moelle épinière, et constituer une forme particulière d'hystérie dans laquelle les troubles vaso-moteurs qui se présentent à titre de phénomènes secondaires dans la forme ordinaire de la maladie deviennent ici prédominants. Dans cette forme, pour laquelle je propose la dénomination de *forme vaso-motrice intermittente de l'hystérie*, les spasmes toniques, au lieu d'avoir pour siège les muscles de la vie de relation, se portent sur les muscles circulaires de certains départements vasculaires (asphyxie locale des extrémités et sommeil intermittent).

pièces exposées? C'est évidemment un musée d'anatomie pathologique des maladies de la peau.

C'est donc d'après un ordre anatomo-pathologique qu'il faut ranger les diverses pièces du musée; c'est-à-dire d'après les éléments de la peau qui peuvent être malades.

Que si les recherches microscopiques qui sont encore à faire pour bon nombre d'entre elles relativement au siège des maladies dans les éléments du tissu cutané, viennent à démontrer qu'il y a eu une erreur commise en attribuant aux papilles, par exemple, ce qui a trait seulement au corps muqueux, etc., il suffira d'opérer un changement de place à un dessin ou à un moulage; mais on n'aura pas à suivre toutes les classes, ordres, divisions de classifications doctrinales qui souvent sont tellement nombreuses qu'il est presque impossible de les retenir.

C'est donc d'après un ordre anatomo-pathologique qu'il faudra ranger toutes ces sources d'instruction, et cet ordre aura cet avantage considérable d'apprendre pour l'étude

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Association française pour l'avancement des sciences.
(Session de Clermont-Ferrand.)

(Correspondance particulière de la GAZETTE HEBDOMADAIRE.)

Section des sciences médicales.

SÉANCE DU 21 AOUT (SOIR. — SUITE). — PRÉSIDENTIE
DE M. CHAUVÉAU.

INHALATIONS HYDROMINÉRALES : M. LASSALLAS. — NÉVROSES VISCÉRALES DANS LES AFFECTIONS CÉRÉBRO-SPINALES : M. TEISSIER PÈRE. — OPÉRATION DE LA CATARACTE ET DÉCOLLEMENT DE LA RÉTINE : M. GALEZOWSKI. — ÉPITHÉLIOMA TÉRÉBRANT : M. RECLUS. — ACTION DU PHÉNATE DE SOUDE : M. PERNOT.

M. Lassallas rapporte quelques faits tendant à démontrer l'efficacité des inhalations à la station du Mont-Dore contre certaines formes d'hémoptysies. Cette influence admise par M. Lassallas est loin d'être reconnue comme réelle, et M. Teissier (de Lyon) rappelle que le prédécesseur de M. Lassallas au Mont-Dore émettait une opinion tout opposée.

Après quelques remarques de MM. Laussedat, Dourif, Bouyer et Bourgade tendant à faire prévaloir sur l'influence du traitement thermal, proprement dit, l'influence de l'altitude, et réclamant la part des lésions cardiaques dans les contre-indications du traitement thermal, la parole est à M. Teissier père (de Lyon).

— M. Teissier père. Contribution à l'étude des névroses viscérales au début d'un certain nombre d'affections cérébro-spinales.

Cette communication a été inspirée par la lecture d'une observation présentée récemment à l'Académie de médecine par M. Maurice Raynaud et dans laquelle une colique néphrétique (véritable néphralgie) marque le début de l'ataxie locomotrice.

Le professeur Charcot insiste aussi sur les troubles gastriques qui précèdent souvent certaines scléroses cérébro-spinales.

A son tour, M. Teissier veut rappeler un certain nombre de faits qui affirment l'importance diagnostique des névroses viscérales au début d'affections cérébro-spinales, comme l'encéphalite diffuse, les scléroses postérieures, antéro-latérales, etc.

Un malade atteint d'angine de poitrine se présente à M. Teissier qui, en entendant parler son client, le juge atteint d'un début de paralysie générale progressive. Évidemment justifié le diagnostic.

Chez un sujet ayant eu des douleurs gastriques très-violentes et plus tard des vomissements alimentaires et des hémémèses, M. Teissier constate une anesthésie absolue de tout le côté gauche et soupçonne encore une maladie encéphalique dont les symptômes spéciaux se sont en effet accusés bientôt et n'étaient point douteux quand le malade a quitté le pays.

Une dame atteinte de troubles entéralgiques présente des accidents paraplégiques que M. Teissier crut d'abord provoqués

par l'irritation réflexe des phénomènes intestinaux ; mais pendant deux ans, le traitement resta inactif, la paraplégie s'accrut de plus en plus à mesure que s'atténuèrent les crises entéralgiques ; il y eut dans ce cas une sorte de balancement entre l'entéralgie et la rachialgie.

Dans deux observations, l'auteur a noté chez des ataxiques des accès de dyspnée dus au spasme bronchique ; les médicaments agissant favorablement contre ces accidents étaient le nitrate d'argent et l'iode de potassium qui montraient une certaine efficacité contre les phénomènes médullaires.

M. Teissier rappelle encore, entre autres faits intéressants, l'observation d'une série d'accès de palpitations cardiaques, avec dyspnée, pouls insaisissable, à 160 au moins par minute, phénomènes durant à chaque reprise vingt-quatre heures, se suspendant ensuite pour quelque temps et reparaissant avec une gravité et une ténacité de plus en plus grandes. Le malade fut pris plus tard de vertiges, perdit un jour connaissance et à partir de ce moment présenta les phénomènes habituels de l'épilepsie confirmée : la névrose cardiaque, sorte d'épilepsie du cœur, disparut complètement quand l'épilepsie fut avérée.

Ces faits doivent s'ajouter à ceux de MM. Maurice Raynaud, Charcot, etc., et contribuer à éclairer le diagnostic si souvent obscur au début des lésions cérébro-spinales. La physiologie pathologique de ces névroses prémonitoires reposerait sur la participation initiale des départements innervés par le grand sympathique aux troubles fonctionnels qui plus tard éclatent dans les régions subordonnées aux nerfs cérébro-rachidiens.

— M. Verneuil mentionne à l'appui des conclusions de M. Teissier, les observations suivantes : un médecin atteint d'abord d'une névralgie linguale des plus violentes, sans lésion périphérique, finit par la paralysie générale ; un autre malade présenta d'abord une névrose vésicale consistant en spasme douloureux du col de la vessie avec incontinence et rétention d'urine alternatives, sans lésions vésicale ou prostatique : au bout de deux ans la paralysie générale était confirmée.

M. Verneuil a observé quelquefois sur des malades d'hôpital, mais plus souvent dans la pratique de la ville des troubles névralgiques variés marquant le début de la paralysie générale.

M. Onimus considère ces troubles comme des spasmes musculaires des organes à fibres lisses.

M. Léudet rappelle à ce sujet qu'il a observé de véritables coliques de *miserere*, se renouvelant tous les deux ou trois mois, sans accidents d'étranglement complet, chez un malade qui accusait chaque fois un engourdissement pénible dans la main droite : le laudanum à très-hautes doses calmait les accidents.

M. Manouriez, dans ses recherches sur la contracture idiopathique des extrémités, a noté souvent des troubles

toutes les modifications que peut subir une affection vésiculaire, pustuleuse, tuberculeuse, etc.

A cette époque, il faudra que l'administration fasse un nouveau sacrifice : il faudra qu'un élève interne qui aura fait pendant plusieurs années du diagnostic précis en fait de maladies de peau, soit désigné par les médecins de l'hôpital pour s'occuper de cette tâche ingrate mais difficile, sous la surveillance d'un ou de deux médecins de l'hôpital Saint-Louis. Un pareil travail ne peut être accompli sans honneurs, et si la tâche est finalement bien remplie, il y aura lieu de nommer cet élève devenu docteur conservateur du musée de l'hôpital Saint-Louis.

Mais un autre avenir est réservé au musée. Par cela même que les médecins et les chirurgiens des hôpitaux ont le droit de faire des moulages à l'hôpital Saint-Louis, ne serait-il pas juste d'exiger que ces moulages fussent placés dans le musée ; et, en effet, que peuvent-ils devenir ailleurs. Aucun médecin ou chirurgien n'a droit de conserver par devers lui

un moulage dont l'administration a fait les frais ; les laisser dans l'hôpital auquel le médecin ou le chirurgien est attaché c'est faire dans chaque hôpital une collection partielle de quatre, six, dix moulages isolés dont la présence à cet hôpital n'a de mérite que pour le médecin ou le chirurgien qui les a fait faire. Et comment ces pièces y seront-elles conservées ? L'administration fera-t-elle pour chaque hôpital des armoires spéciales dans des locaux spéciaux ? Mais alors ce ne sera plus un seul musée, ce sera une série de petits musées d'une importance insignifiante.

Dans mon système, le musée de l'hôpital Saint-Louis pourrait offrir, à côté d'une spécialité, une généralisation des maladies diverses.

On dira : Mais alors que deviendra le musée Dupuytren ? Le musée Dupuytren appartient à la Faculté, qui en fait les frais ; ce musée est alimenté par les professeurs de la Faculté ; il est tout à fait indépendant des hôpitaux.

Quel inconvénient y aurait-il à ce que les hôpitaux eussent

viscéraux, du spasme du pharynx, de l'estomac; une fois même le diaphragme paraît avoir été atteint. Si donc, la contracture idiopathique est une névrose périphérique, elle marche souvent de pair avec d'autres névroses spasmodiques.

— M. Galezowski lit un premier travail sur une modification qu'il a adoptée dans l'opération de la cataracte. Il revient à la kératotomie inférieure à petit lambeau, et fait la ponction et la contre-ponction sans dépasser les limites de la cornée; la division de la capsule est faite par le couteau qui vient d'opérer la ponction, et avant la contre-ponction; de cette manière, le kystitome devient inutile: l'emploi du kystitome aurait, en effet, déterminé souvent l'issue du corps vitré à cause des manœuvres qu'il nécessite la réintroduction d'un second instrument. Quant à l'iridectomie, M. Galezowski repousse l'iridectomie supérieure, malgré la déformation qui persiste.

Dans une seconde lecture, M. Galezowski expose le traitement du décollement de la rétine. L'opinion émise par de Graefe que cette lésion est incurable, a entravé les recherches; cependant la rétine décollée peut reprendre ses fonctions à la suite d'un traitement approprié à la cause du décollement. Quand il s'agit d'un décollement inflammatoire, un régime antiphlogistique prolongé et rigoureux est suivi de la réparation complète; deux observations sont rapportées à l'appui de cette assertion. Quand le décollement est provoqué par une exsudation séreuse (myopie progressive), l'auteur pratique la paracentèse du globe oculaire avec une petite seringue aspiratrice graduée.

— M. Reclus communique un travail des plus intéressants sur une tumeur buccale non décrite et désignée sous le nom d'*épithélioma térébrant*.

Il en a étudié deux cas dans le service du professeur Verneuil.

À la suite de l'avulsion d'une dent douloureuse, opération souvent accompagnée d'hémorrhagie, le malade se plaint de douleurs persistantes, s'irradiant dans la mâchoire supérieure et dans les régions ganglionnaires tuméfiées; l'écoulement d'un pus fétide et entraînant de nombreux globes épidermiques, est incessant. L'examen du rebord alvéolaire permet de constater des bourgeons charnus volumineux au milieu desquels un orifice conduit dans une cavité profonde. Cette cavité n'est point celle du sinus maxillaire, elle est de formation nouvelle; le kyste qui la constitue s'est développé très-rapidement après l'avulsion de la dent et son développement s'est accompagné d'une tuméfaction ganglionnaire considérable.

Un détail très-important au point de vue de la pathogénie c'est que l'avulsion de la dent a entraîné l'extraction d'un

petit sac épithélial; ce sac dénommé par Magitot *kyste périostique*, est considéré par lui comme consécutif à une périostite alvéolo-dentaire, et la dent serait implantée dans ce kyste. M. Reclus s'appuyant sur l'étude de l'évolution du follicule dentaire, considère la lésion dont il s'occupe comme déterminée par la prolifération épithéliale, avec dilatation kystique des vestiges du bourgeonnement des cordons des dents temporaires et permanentes. (Ce travail sera publié *in extenso* dans le *Progrès médical*.)

— M. Pernot (de Lyon) préconise l'emploi du phénate de soude contre les affections nerveuses des voies respiratoires.

SEANCE DU 23 AOUT (MATIN). — PRÉSIDENTIE DE M. CHAUVEAU.

ÉTILOGIE DU GOTTE: M. NIVET. — TRAITEMENT DE L'INVERSION UTÉRINE: M. ARLES. — SYPHILIS MATERNELLE: M. DIDAY. — PHIMOSIS ET DIABÈTE: M. BOURGADE. — TRAITEMENT DE L'ÉPULIS: M. BERTHON.

M. Nivet (de Clermont). *Détermination de quelques-unes des causes qui président à la formation du gotte*.

M. Nivet rappelle que les auteurs qui se sont préoccupés uniquement de l'influence géologique dans la pathogénie du gotte endémique ont nécessairement méconnu d'autres causes d'une grande importance. Ainsi les terrains à argiles magnésiennes avec ou sans pyrites sont loin de se retrouver dans les contrées où l'on observe un très-grand nombre de gotteux.

M. Nivet se propose d'apprécier l'action des grands courants atmosphériques venant des montagnes de l'ouest du département du Puy-de-Dôme. S'il est vrai, dit-il, que ces courants modifiés par les montagnes agissent dans la production du gotte, nous ne devons plus retrouver, à l'état endémique, cette infirmité dans les parties du département où la cause dont il s'agit n'a pas fait sentir son action.

Mais ces courants modifiés viennent ajouter leur influence à d'autres causes dont il importe de tenir compte: l'usage des eaux magnésiennes, l'habitation sur des terres magnésifères, créent peut-être une prédisposition; une mauvaise nourriture, l'encombrement, les travaux exagérés en plein soleil, sur les pentes inclinées exposées aux vents d'ouest, l'ingestion de grandes quantités d'eau froide, cause reconnue par tant d'observateurs, ces différentes influences s'ajoutent et se combinent.

Le gotte né à l'état *aigu* dans ces conditions, frappant par exemple des étrangers jusque-là indemnes dans leur personne et dans leur famille, peut devenir chronique et dès lors constitutionnel, susceptible de se transmettre par hérédité: « les gottes aigus deviennent ainsi la pépinière des

un musée spécial! Est-ce que l'administration n'a pas ses amphithéâtres de dissections pour les élèves? Est-ce qu'elle n'a pas ses cliniques médicales et chirurgicales libres à côté des cliniques officielles, ainsi que ses laboratoires d'histologie?

Comme on le voit, nous rêvons pour le musée de l'hôpital Saint-Louis un grand avenir, et cet égard nous ne nous faisons pas illusion. La force même des choses conduira à ce résultat; le conseil de surveillance de l'Assistance publique s'associera certainement à cette pensée qu'un de ses premiers directeurs a acceptée et que son directeur actuel, avec sa haute intelligence des institutions qui peuvent concourir au progrès de la science, s'empressera de faire fructifier et d'élargir de plus en plus, de manière à faire pour la France médicale un établissement qui sera envié par nos voisins.

J'éprouve maintenant le regret d'avoir à signaler la tendance fâcheuse qui a dirigé tous mes collègues de l'hôpital

Saint-Louis dans le choix qu'ils ont fait des maladies destinées à être reproduites par le moulage.

Seul, jusqu'à présent, je me suis attaché à reproduire les maladies le plus communément observées, celles que le praticien est à même de voir tous les jours dans l'exercice de sa profession. Mes collègues ne m'ont pas imité. Ils ont fait reproduire les formes les plus rares, les plus exceptionnelles, si l'on en excepte les pièces qui ont trait à la syphilis et à quelques maladies.

Ils ont trop oublié que le musée devait être une salle d'études. Ils ont certainement bien fait de reproduire des maladies rares que l'on sera heureux de voir lorsque le hasard aura mis le praticien en présence d'une affection exceptionnelle; mais ils ont oublié l'élève et même le praticien appelé à voir journellement des affections cutanées beaucoup plus communes.

C'est donc une lacune à combler que celle de représenter les types des affections ordinaires de la peau: des exemples

gouttes épidémiques. » Ce goutte aigu lui-même constitue, comme on l'a dit, une affection rhumatismale du système nerveux vaso-moteur de la glande thyroïde.

— **M. Arles.** *Traitement de l'inversion utérine irréductible par la ligature élastique.*

L'auteur passe en revue les différents procédés d'ablation, et les repousse à cause des accidents soit immédiats, soit consécutifs qu'on doit leur attribuer. Il a employé la ligature élastique appliquée sur la tumeur utérine attirée au dehors, et en a obtenu la chute sans accident immédiat, hémorragie ou autre. Plus tard, le toucher vaginal permettait de constater la présence du col utérin dans sa situation normale.

M. Verneuil demande que **M. Arles** tienne compte d'un procédé mixte dont **M. Denucé** (de Bordeaux) est l'auteur et qui consiste dans l'écrasement lent et progressif; la tumeur utérine se détache sans accident au bout de vingt-quatre heures, la chaîne de l'écraseur ayant été graduellement serrée d'heure en heure.

— **M. Diday** (de Lyon) lit un mémoire sur la *syphilis maternelle par conception*.

La syphilis du père peut se transmettre à la mère par le fœtus. Dans ces conditions, la mère présente d'emblée des accidents secondaires, et la chancère initial fait défaut: il en a été ainsi dans les observations présentées par **M. Diday** à l'appui de la thèse qu'il soutient.

L'auteur insiste sur la *précocité* de l'infection de la mère par le produit de la conception: le produit engendré par un père syphilitique, sans lésions actuelles, peut infecter sa mère à toutes les périodes de la vie intra-utérine, à l'état d'ovule, à l'état d'embryon, à l'état de fœtus.

M. Diday s'étend aussi sur la *rareté* de la syphilis par conception. L'immunité est fréquente, peut-être à cause d'une syphilis antérieure (évidente ou cachée), peut-être aussi en raison de ce que l'influence morbide, est dans les cas de préservation, faible de sa nature.

L'impression morbide subie par la mère, la met à l'abri de l'infection si elle nourrit son enfant qui au contraire infecterait une nourrice étrangère.

M. Diday poursuivra ses recherches et espère donner une solution plus complète de la question à la prochaine session.

— **M. Bourgade** (de Clermont). *Le phimosis dans ses rapports avec le diabète sucré.*

Cette question, déjà traitée, est d'une grande importance clinique, et son étude permet de poser des règles de traitement précises. **M. Bourgade** a observé, en dix-huit mois, quatre cas de phimosis chez des diabétiques.

Le premier sujet, d'une bonne santé apparente, est opéré par incision simple. Survient une inflammation violente avec menace

de gangrène. Le chirurgien songe alors à examiner les urines: elles contiennent 90 grammes de sucre par litre.

Le traitement général du diabète fut institué, et quand la quantité de sucre fut réduite à quelques grammes, la plaie du prépuce entra en bonne voie.

Un autre malade, atteint d'un phimosis avec balano-posthite persistait malgré tous les soins locaux, fut soumis à l'examen: ses urines contenaient une grande quantité de sucre. A la suite du traitement (Vichy, etc.) les accidents s'atténuèrent. Ici le rapport entre la proportion de sucre contenue dans l'urine, dont l'écoulement irritait le gland et l'intensité de la balano-posthite ressort nettement de l'exposé des faits.

Dans la troisième observation, un homme, offrant les symptômes généraux du diabète, avait été opéré de phimosis depuis plusieurs semaines; le malade rendait six litres d'urine par jour et 60 grammes de sucre par litre. Après deux mois et demi de traitement, la plaie reprit bon aspect et finit par guérir quand la glycosurie et la polyurie se furent notablement amendées.

Enfin, chez un sujet diabétique et atteint de phimosis, une balano-posthite intense avec éruption vésiculeuse résista à tout traitement local tant que le sucre persista en quantité notable dans l'urine.

De ces observations découlent d'importantes considérations sur l'étiologie de la balano-posthite et du phimosis chez les diabétiques, sur l'inopportunité du traitement chirurgical avant qu'un traitement antidiabétique n'ait avantageusement modifié la glycosurie. Il en résulte de plus que chez tout sujet présentant un phimosis avec balano-posthite, il y a lieu d'examiner les urines pour tirer de cet examen les indications du traitement rationnel.

M. Verneuil ajoute que les faits de ce genre sont communs et que leur connaissance est absolument importante, car il connaît deux cas de mort à la suite de l'opération du phimosis chez des sujets dont le diabète n'avait pas été pris en considération.

Après quelques réflexions de **MM. Diday** et **Bergeron** sur les rapports de la glycosurie et du prurit vulvaire, la parole est donnée à **M. Berchon**.

— **M. Berchon** (de Paulliac) fait une communication sur l'*épulis* et son traitement chirurgical. Il rappelle sommairement la tradition médicale au sujet de cette tumeur depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, et signale les divergences assez tranchées qui existent encore actuellement sur les meilleurs moyens de combattre l'épulis. Dans les premiers cas qu'il a observés, il a eu recours à l'écrasement linéaire pour enlever des tumeurs presque pédiculées: la lésion s'est reproduite au bout d'un mois. C'est en présence de cette récidive rapide, que **M. Berchon** a eu recours à la cautérisation avec la poudre de Vienne, soit d'emblée, soit après écrasement linéaire préalable; le succès obtenu par ce moyen l'a engagé à communiquer les observations qu'il soumet à la section.

d'eczéma dans ses formes simples et composées, d'impétigo, d'herpès, de psoriasis, etc., collections essentiellement destinées à l'enseignement journalier.

Aussi je n'hésite pas à croire que mes collègues de l'hôpital transformeroient en moulages ce que je n'ai pu faire reproduire qu'en dessins. La tâche n'est pas sans difficultés. Dans chaque forme morbide, quel en sera le type? Le titre de l'espèce contentera-t-il tout le monde? C'est là l'écueil. Est-ce cependant une raison pour ne pas chercher à surmonter cet obstacle dans lequel une question d'amour-propre pourrait être engagée.

A l'œuvre, dirai-je donc à mes collègues; mon âge et mes efforts passés m'autorisent à leur adresser cette prière. Cette lacune est déjà comprise par la plupart d'entre eux, il ne s'agit plus que d'oser.

Enfin il y a encore une dernière lacune à combler. De nombreuses formes morbides ont été reproduites; elles sont toutes placées sans ordre et sans méthode. Les médecins de

l'hôpital peuvent-ils avoir présentées à l'esprit toutes les reproductions qui ont été faites? La réponse est évidemment négative. Dès lors, il est à craindre que les mêmes maladies ne soient reproduites, 2, 4 ou 6 fois sans nécessité.

Ne serait-il pas convenable de nommer une commission de médecins qui seraient chargés de prier leurs collègues contre de pareilles répétitions inutiles. Les médecins de l'hôpital désigneraient eux-mêmes cette commission.

DEVERGÉ,

Membre et ancien président de l'Académie de médecine.

SÉANCE DU 23 AOUT (SOIR). — PRÉSIDENCE DE M. CHAUCOUX.

DOUBLE CONSCIENCE. — M. AZAM. — STATISTIQUE CHIRURGICALE : M. BARADUC. — SEIGLE ERGOTÉ DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE : M. DUBOÛÉ. — LE POULS DANS L'INTOXICATION SATURNINE : M. TESSIER FILS. — DRAINAGE DE L'ŒIL : M. DE WECKER.

M. Azam (de Bordeaux). De la double conscience.

L'observation que M. Azam a pu faire à loisir, depuis dix-huit ans, sur une hystérique présentant des phénomènes cérébraux singuliers, l'a conduit à émettre sur l'état mental de sa malade pendant les fréquentes périodes où elle présente une sorte de somnambulisme total, das vues intéressantes développées par l'auteur dans le numéro de la REVUE SCIENTIFIQUE du 20 mai 1876, et dont il continuera l'exposé dans un très-prochain article. Cette étude pleine d'intérêt pour le philosophe qui sait relier les phénomènes psychiques aux phénomènes dont la physiologie laisse entrevoir l'interprétation, a été résumée par l'auteur; nous renverrons pour cette partie de l'exposition de M. Azam aux numéros de la REVUE signalés plus haut, ne voulant pas présenter ici un exposé forcément incomplet de ce travail original. Nous nous contenterons d'indiquer un point particulièrement médical de sa communication. La malade qu'il observe présente, entre autres phénomènes dépendant de l'hystérie, des troubles vaso-moteurs extrêmement variés, et par suite des troubles fonctionnels divers dans les organes dont la circulation se trouve ainsi modifiée. Il est très-légitime d'admettre, avec M. Azam, que l'absence du souvenir des actes commis par cette femme pendant son somnambulisme (condition seconde), correspond à un trouble circulatoire cérébral localisé; que, lui-même qu'on observe des phénomènes d'amnésie verbale dans certains cas d'anémie de régions circonscrites du cerveau, de même on peut considérer l'amnésie totale relatée chez cette malade comme subordonnée à des troubles circulatoires, probablement anémiques, de certaines circonvolutions cérébrales.

— A la suite de cette communication, MM. Onimus et A. Moreau présentent des considérations intéressantes relatives à l'influence du cerveau sur les actes réflexes; leurs expériences confirment la notion physiologique admise que l'encéphale joue le rôle de puissance modératrice pour les réflexes médullaires; il en résulte aussi que la régularité des mouvements est beaucoup plus parfaite (Onimus), quand on en provoque l'exécution chez un animal sans cerveau; que l'animal sans cerveau manifeste avec une intensité beaucoup plus grande l'effet d'une excitation extérieure ou provenant de son propre individu. (Observations de A. Moreau sur la torpille.)

— M. Baraduc. Résultats d'une pratique chirurgicale de dix années à la campagne.

M. Baraduc rappelle les résultats particulièrement heureux de sa pratique chirurgicale à la campagne. Il attribue au milieu dans lequel il a opéré ou soigné de graves traumatismes, à son respect pour l'évolution naturelle des plaies, à la préservation soigneusement faite à l'aide du pansement opaté, sa statistique remplie de succès. Il insiste sur l'importance du milieu et se trouve amené à redouter les effets des créations hospitalières dans des contrées jusqu'ici favorisées par les bons résultats des pansements à domicile, de l'isolement, etc.

Cette question des hôpitaux et de leur valeur réelle n'a été que soulevée; chacun a compris qu'une discussion ne pouvait être engagée sur ce vaste sujet à cause du peu de temps réservé à la section pour épuiser son ordre du jour.

— M. Duboué (de Pau). *Quelques aperçus de thérapeutique générale à propos d'un traitement nouveau de la fièvre typhoïde par le seigle ergoté.*

M. Duboué s'attache à démontrer dans son travail dont il

lit seulement les principaux passages que, dans une science expérimentale comme doit l'être la thérapeutique, il ne faut jamais rejeter *a priori* et sans un contrôle clinique sérieux, un phénomène nouveau quel qu'il soit, qu'il se rattache à une théorie bonne ou mauvaise; on doit toujours avoir une raison supposée bonne pour soumettre un malade à une nouvelle médication. C'est en suivant cette marche qu'il a été successivement conduit à étudier, par la seule observation clinique, l'action physiologique du sulfate de quinine, la double analogie physiologique et thérapeutique de cet agent avec d'autres agents tels que l'eau froide, l'arsenic et le seigle ergoté.

On comprend que M. Duboué ait eu l'idée d'essayer le seigle ergoté dans la fièvre typhoïde au moment où le traitement par l'eau froide dirigé contre cette maladie prenait une extension si rapide. Nous extrairons de ce travail les quelques propositions suivantes susceptibles d'intéresser la pratique médicale :

La tolérance pour le seigle ergoté serait d'autant plus grande que la maladie serait plus grave. Ce médicament serait en général moins bien supporté par les femmes que par les hommes, d'où le précepte de commencer chez elles par des doses relativement faibles. Le seigle ergoté a pu être administré sans inconvénient à une femme enceinte. L'ergot de seigle pulvérisé conserve toute son efficacité pendant huit jours au moins; il ne perdrait ses propriétés physiologiques que lorsqu'il serait déjà altéré au moment où on le pulvérise.

Sur quinze cas traités par l'auteur, deux cas restent douteux vu la rapidité extrême de la guérison, cinq de moyenne gravité se sont terminés par la guérison, avec des alternatives d'aggravation et d'amélioration en rapport avec des interruptions calculées du traitement; sur huit cas très-graves, six guérissons dont trois chez des malades arrivés, au début du traitement, à une période très-avancée. Dans les deux cas de mort, le seigle paraît avoir manqué de son efficacité thérapeutique ordinaire et l'examen qui en fut fait a permis de constater qu'il était vermoûlu et couvert d'une poudre grasse.

— M. Teissier fils (de Lyon) lit un travail sur *le pouls dans l'intoxication saturnine*. Ces recherches intéressantes ont été poursuivies à Lyon dans le service du docteur Bondet, et l'auteur ayant attentivement suivi les modifications qui surviennent dans la forme du pouls radial recueilli avec le sphgmographe de Marey dans les différentes périodes des attaques de colique saturnine, présente une série de tracés qui correspondent aux variations de la tension artérielle dans ses rapports avec le dirotisme: de ces tracés il en est qui sont assez caractéristiques, dit M. Teissier, pour permettre de poser un diagnostic dans certains cas douteux. L'interprétation des courbes présentées par l'auteur varie nécessairement avec la phase de l'affection à laquelle correspondent les tracés; mais il est intéressant de rapprocher, comme l'a fait M. Teissier, la forme du pouls de l'état des artères: l'augmentation de la tension artérielle, attribuée avec toute vraisemblance au spasme artériel, se caractérise par une courbe à sommet dédoublé, à ligne d'ascension courte, verticale, à ligne de descente fortement dicrote.

Ce spasme des fibres lisses des vaisseaux s'étend aussi aux fibres lisses de l'intestin et même du canal cholédoque. Cette interprétation a pour elle l'observation faite par M. Teissier des effets de l'acétate de plomb sur des pléthysmiques.

M. François-Franck demande à M. Teissier de bien préciser que le pouls dicrote observé par lui diffère du pouls dicrote présenté par le professeur Marey comme type de dirotisme. Cette dernière forme de pouls, fréquente dans la fièvre typhoïde, caractérise une tension artérielle très-faible, tandis que celui de la colique saturnine est un pouls de tension forte.

M. Chaucaux montre par quelques explications qu MM. Teissier et François-Franck sont d'accord sur le fond de la question, mais qu'ils se placent tous deux à un point de vue différent.

— M. de Wacker adresse une communication sur le *drainage de l'œil*; il considère l'incision du diaphragme rien comme agissant par l'écoulement qu'elle provoque dans les cas de pression intra-oculaire exagérée.

(A suivre.)

D^r FRANÇOIS-FRANCK.

Congrès annuel de l'Association médicale anglaise
(British Medical Association).

Section de médecine.

SÉANCE DU 2 AOUT 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CH. CHADWICK.

ÉPANCHEMENTS PÉRITONÉAUX : M. JOHNSON. — ARTÈRES DANS LA MALADIE DE BRIGHT : M. GOWERS. — PARALYSIE BULBAIRE : M. LONG FOX. — ANÉMIE IDIOPATHIQUE : M. BRADBURY. — GRANULATIONS RÉNALES : M. ALLBUTT. — HÉMIPLÉGIE DOUBLE : M. BARLOW.

NOTE SUR QUELQUES ÉPANCHEMENTS PÉRITONÉAUX ANALOGUES A LA PLEURÉSIE LATENTE, par le docteur *Georges Johnson*. — L'auteur rapporte brièvement quatre observations dans lesquelles l'épanchement péritonéal eut lieu sans être accompagné de douleur et de fièvre. Dans la plupart des cas le froid semble avoir été la cause occasionnelle. Dans un cas l'épanchement se produisit simultanément dans le péritoine et dans les plèvres, et l'on observa en même temps une quantité notable d'albumine dans les urines. Ce fut le seul cas dans lequel la température s'éleva d'une manière sensible. Ces épanchements furent traités de la manière suivante : dans un cas par une seule ponction; dans un autre la ponction fut pratiquée plusieurs fois; dans les deux autres cas l'ascite céda à l'usage des diurétiques. L'auteur insiste sur le diagnostic différentiel entre ces épanchements subinflammatoires du péritoine survenant à frigore et les épanchements beaucoup plus persistants qui sont symptomatiques de la cirrhose du foie.

ÉTAT DES ARTÈRES DANS LA MALADIE DE BRIGHT, par le docteur *W. Gowens*. — Ce mémoire contient quelques remarques intéressantes sur le volume des artères rétinienes dans la maladie de Bright. Voici la plus importante conclusion de l'auteur : lorsqu'il y a un collapsus du poulx dans la maladie de Bright chronique, les artères rétinienes sont diminuées de volume sans qu'il existe aucune affection de la rétine, et cette diminution de volume est toujours en rapport avec l'augmentation de la tension artérielle. L'auteur attribue cet état à la contraction des vaisseaux, contraction qui peut être assez considérable pour qu'à l'examen direct il soit impossible d'apercevoir le contour des artères, qui n'apparaissent alors que comme de simples lignes. Cet état a été observé dans un cas où le poulx était tellement dur que la plus forte pression exercée avec le sphynographe n'en altérait pas les caractères. Dans un autre cas où le poulx était doux et compressible, les artères rétinienes avaient conservé leur volume normal. Dans un cas de maladie aiguë de Bright qui était passée à l'état chronique, il a été possible d'observer une diminution de volume des vaisseaux rétinienes en même temps qu'une diminution dans la compressibilité du poulx.

PARALYSIE BULBAIRE, par le docteur *Long Fox*. — Le malade était un ouvrier âgé de cinquante-quatre ans qui mourut six mois après son admission à l'hôpital. Voici les principaux symptômes : mutisme complet, mastication et déglutition difficiles, augmentation considérable de la sécrétion de la salive, pas d'aphonie, paralysie des muscles du palais, atrophie des muscles des extrémités supérieures, particulièrement des interosseux et des lombriens. A l'autopsie, la dure-mère rachidienne était distendue par du liquide, et l'on trouva au microscope des altérations sur les tubercules quadrigeux,

la protubérance, les corps olivaires et sur toute l'étendue de la portion spinale de la moelle, principalement sur les colonnes postérieures. Ces altérations, qui variaient suivant le point affecté, consistaient en dégénération grise avec formation de corps amiboïdes; sur quelques points on trouvait des plaques de sclérose.

CAS D'ANÉMIE IDIOPATHIQUE TRAITÉE SANS SUCCÈS PAR LE PHOSPHORE, par le docteur *Bradbury*. — L'auteur cite cette observation comme un exemple de l'affection décrite par Addison sous le nom d'anémie idiopathique et par d'autres sous les noms d'anémie progressive pernicieuse et d'anémie essentielle. Il s'agit d'un malade âgé de quarante ans qui devint tout à coup anémique, perdit l'appétit et fut atteint de nauées, de vertiges et de somnolence; peu de temps avant sa mort, qui eut lieu dix-huit mois après le début de la maladie, il eut des convulsions épileptiformes et de l'épistaxis. On ne trouva aucune lésion à l'autopsie, si ce n'est quelques ecchymoses sur la plèvre droite et sur les membranes du cerveau. Le phosphore avait été administré pendant le cours de la maladie d'après les indications formulées par le docteur Broadbent dans le PRACTITIONER de janvier 1875, mais ce traitement n'eut aucun effet.

ÉTIOLOGIE DES GRANULATIONS RÉNALES, par le docteur *Clifford Allbutt*. — L'auteur dit que depuis quelques années il a été conduit à croire que les passions dépressives devaient figurer au premier rang parmi les causes qui produisent les granulations rénales. Depuis qu'il a fait connaître ses idées à ce sujet, deux médecins de Nottingham, MM. Dickinson et Brook, ont émis la même opinion. M. Allbutt croit que la goutte doit être considérée comme un symptôme et non comme la cause du rein granulé. Il ne saurait du reste donner aucune explication plausible de ce fait; mais sur 35 cas de granulations du rein 24 ont été observés chez des sujets en proie à des passions dépressives; les autres cas paraissent devoir être attribués à l'intempérance et à l'alcoolisme.

CAS D'HÉMIPLÉGIE DOUBLE, par le docteur *Thomas Barlow*. — Il s'agit d'un enfant de dix ans qui avait ou une attaque d'hémiplégie droite dix mois avant son entrée à l'hôpital. Une semaine avant son admission il avait eu une attaque d'hémiplégie du côté gauche. Au moment de l'admission l'hémiplégie gauche est très-marquée, celle de droite à peine sensible; il y a un mutisme complet et la déglutition est très-difficile. L'enfant mourut d'une affection cardiaque. A l'autopsie, on trouva un embolisme dans les deux artères cérébrales moyennes qui avait produit un ramollissement circonscrit et symétrique de la partie inférieure de la circonvolution frontale ascendante. Les symptômes d'hémiplégie double étaient dus dans ce cas à la parfaite symétrie de la lésion.

LA PHTHISIE DES MEULIERS, par le docteur *Peacock*. — Dans un travail publié en 1860, l'auteur avait déjà signalé la fréquence des accidents pulmonaires chez les ouvriers meuliers et démontré que cette fréquence était due à l'inhalation des poussières pierreuses. Depuis cette époque, il a observé un grand nombre de cas qui confirment cette manière de voir. Chez un meulier qui succomba à la phthisie à l'âge de quarante-cinq ans, on observa les caractères suivants : induration du tissu pulmonaire et dilatation des bronches, petite caverne au sommet du poumon gauche, hypertrophie et induration des glandes bronchiques, adhérence du péricarde, présence de silex dans le poumon. A la partie inférieure du lobe supérieur du poumon droit se trouvait une masse calcaire sphéroïdale de 5 centimètres de diamètre et l'on voyait des lignes de pigment noirâtre qui s'étendaient dans toutes les directions jusque vers la plèvre. On trouva dans le tissu induré du poumon, après l'incinération, 0,387 de silex. M. Peacock a remarqué que les ouvriers qui étaient adonnés à ce travail depuis leur enfance ne dépassaient guère l'âge de quarante ans et mouraient tous d'affections pulmonaires dues à l'inhalation des poussières de silex.

ACTION DE LA POUSSIÈRE DE LIN SUR LES POUMONS. — Le docteur *Purdon* lit un mémoire sur les effets injurieux produits par les exhalations de poussière de lin et montre plusieurs spécimens d'altérations pathologiques observés dans le poumon des cardeurs. L'auteur décrit ensuite l'éruption papuleuse et l'eczéma qui affectent les mains des ouvriers employés au blanchiment de la laine filée.

ÉPILEPSIE SYPHILITIQUE, par le docteur *Drysdale*. — L'auteur pense que l'épilepsie est un symptôme qui n'est pas rare pendant la période de la syphilis qui coïncide avec les productions gommeuses et il croit que la syphilis est la cause la plus fréquente de l'épilepsie lorsque celle-ci se manifeste subitement chez des individus d'un certain âge. Certains malades peuvent présenter d'autres symptômes de syphilis cérébrale, tels que ptosis, paralysie des nerfs de la troisième paire, névrite optique, mais il n'est pas rare de voir la série des symptômes cérébraux débiter par une attaque d'épilepsie. M. Drysdale a observé un grand nombre d'épilepsies sypilitiques et il en rapporte trois observations. Dans la première, il s'agit d'un malefol qui eut une attaque et tomba de la maturité; il présentait des accidents sypilitiques tertiaires. Le second malade, âgé de soixante-quatre ans, a eu deux attaques d'épilepsie dont une compliquée d'aphasie. Dans le troisième cas, il s'agissait d'une jeune femme mariée qui avait eu des enfants sypilitiques. D'après M. Drysdale, l'épilepsie sypilitique ne présente pas de caractères particuliers; elle doit être l'objet d'un traitement spécifique qui procurera la guérison dans la plupart des cas.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 24 AOUT 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

CHOLÉRA. — M. *Churchill* adresse, de Boston, divers documents relatifs au traitement du choléra. (Renvoi à la commission du legs Bréant).

FERMENTATION DE L'URINE. RÉPONSE A M. PASTEUR, par M. *H.-Ch. Bastian*.

« A propos de mon expérience sur la fertilisation de l'urine bouillie, par la solution de potasse, en quantité exactement suffisante pour la neutraliser, M. Pasteur dit : « Puisque je suis entièrement d'accord avec M. le docteur Bastian sur le résultat de son expérience, notre dissentiment ne porte que sur l'interprétation qu'il faut donner à cette expérience. » Je considère cette expérience comme donnant un exemple de fermentation commençant sans l'aide de germes vivants, parce que j'ai des preuves démontrant que la solution de potasse chauffée à 100 degrés C. ne contient pas de germes vivants de bactéries. M. Pasteur croit, au contraire, que cette liqueur bouillie doit contenir des germes vivants, parce que l'addition de potasse solide, chauffée à 100 degrés C. et en quantité suffisante pour rendre l'urine alcaline, ne produit plus la fermentation ni l'apparition de bactéries. Mais l'expérience de M. Pasteur diffère en deux points de ma manière de procéder. Il y a une différence dans la température, et aussi une différence dans la quantité de potasse employée. M. Pasteur explique le résultat négatif de son expérience par ce fait, que la potasse a été chauffée à 110 degrés C., tandis que je suis absolument convaincu que le résultat négatif s'explique seulement par cet autre fait, que la potasse a été ajoutée en excès... »

« Pour montrer que tous les germes de bactéries sont tués dans la solution de potasse chauffée à 100 degrés C., je citerai à M. Pasteur les deux ordres de faits suivants : 1° la solution de potasse bouillie n'a pas d'influence fertilisante, si l'on en ajoute seulement deux ou trois gouttes dans un demi-litre au moins d'urine bouillie; 2° la solution de potasse bouillie est également sans action, si on la fait intervenir en assez forte proportion pour rendre l'urine bouillie un peu alcaline... »

« Dans sa note du 17 juillet, M. Pasteur semble faire peu de cas de cette découverte, qu'une température de 50 degrés C. est

extrêmement propre à déterminer le phénomène de la fermentation et la génération de bactéries. Il me semble dès lors que, sans m'éloigner de la question, je puis appeler son attention sur des recherches directes pour décider la question de la possibilité d'une origine *de novo* de bactéries, au moyen de cette influence d'une température de 50 degrés C... »

SYPHILIS. — M. le baron *Larrey* présente à l'Académie, en mémoire du professeur *Beck*, mort depuis cette publication, en Norvège, un ouvrage intitulé : RECHERCHES SUR LA SYPHILIS, APPUYÉES DE TABLEAUX STATISTIQUES TIRÉS DES ARCHIVES DES HÔPITAUX DE CHRISTIANIA.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 29 AOUT 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. le ministre de l'Agriculture et du commerce transmet à l'Académie : a. L'approbation des propositions de récompenses formulées par l'Académie sur le service médical des eaux minérales. (Commission des eaux minérales). — b. Des pièces relatives à un appareil audiotif présenté par M. Rasmets. (Commission des rémédiations secrets.)

L'Académie reçoit : a. Des lettres de remerciement de MM. les docteurs *Lu Duc* et *Pizgu* pour des distinctions honorifiques qui leur ont été accordées par l'intervention de l'Académie. — b. De la part de M. le docteur *Brame*, des pièces relatives à une modification du caustique selz et à une nouvelle ventouse cylindrique.

M. *Gosselin* offre à l'Académie, de la part de M. le docteur *Manouvrier*, un mémoire sur les affections spéciales qui atteignent les ouvriers employés à la distillation du godron de houille. — M. *Lalour*, de la part de M. le docteur *Billaudeau*, des Leçons d'HYGIÈNE POPULAIRE. — M. *Delpech* un mémoire sur l'irrigation de la plaie de *Genestriers*.

M. *Gobley*. — M. *Delpech* donne à l'Académie des nouvelles de M. *Gobley*, dont la santé lieu a donné pendant quelques jours aux plus vives inquiétudes. Il a été atteint, à Bagnères-de-Luchon, d'une broncho-pneumonie à forme grave; mais son état est aujourd'hui très-amélioré.

RAPPORT SUR LES EAUX MINÉRALES. — M. *Roger*, secrétaire annuel, donne lecture d'un rapport sur les eaux minérales, dont les conclusions sont adoptées par l'Académie.

OBLITÉRATION CONGÉNITALE OUSSEUS DES ORIFICES POSTÉRIEURS DES FOSSES NASALES. — M. *Depaul* fait un rapport verbal sur une observation de ce genre qui avait été présentée à l'Académie le 24 avril 1874 par M. le docteur *Bitot*. Il s'agissait d'un fœtus de sept mois qui présentait une oblitération des orifices postérieurs des fosses nasales. Cette imperforation était due à la présence de deux os de forme triangulaire, bien réguliers, à sommet supérieur en rapport avec le sphénoïde, à base inférieure en rapport avec le bord postérieur de l'os quadratum ou portion horizontale de l'os palatin; leur bord externe répond au bord libre de l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde; leurs bords internes se correspondent et forment une scissure médiane. En tératologie ces deux os méritent de porter le nom d'*os triangulaires naso-palatins*.

M. *Depaul* fait remarquer la rareté de ces cas, qui passent souvent inaperçus. Cette difformité présente plusieurs inconvénients, entre autres celui de s'opposer à la succion et à l'allaitement.

M. *Gosselin* demande à M. *Depaul* si dans les recherches bibliographiques qu'il a faites il a trouvé quelques cas d'imperforation unilatérale, et après avoir obtenu une réponse négative il rapporte un cas probable de cette dernière variété qu'il a eu l'occasion d'observer. C'était sur un sujet vivant, une jeune fille de seize à dix-huit ans, qui avait pu têter et dont on avait ignoré longtemps le vice de conformation. En effet, en engageant la malade à faire une expiration forcée pendant que l'autre narine était fermée, on put constater qu'il ne passait pas d'air; d'autre part, en injectant de l'eau avec une seringue, on n'a rien pu faire passer dans le pharynx. Enfin, en portant un doigt par la bouche au-dessus du voile du palais pendant qu'une sonde cannelée était conduite en avant jusqu'au fond de la fosse nasale, on sentait des deux côtés un plan résistant qui faisait supposer la présence d'une lame

osseuse unilatérale semblable à celle décrite par M. Bitot. M. Gosselin n'a pas jugé nécessaire d'intervenir, mais il se demande s'il n'y aurait pas quelque chose à tenter dans les cas où l'atrophie est complète.

M. Richet a pratiqué en 1874 une opération sur un malade qui avait une occlusion accidentelle des deux fosses nasales postérieures. Le malade ne pouvait apprécier la saveur des aliments et demandait qu'on lui fasse l'opération. Après avoir constaté qu'il y avait oblitération complète des fosses nasales postérieures, M. Richet se décida à intervenir : il introduisit la sonde à dard par les fosses nasales et il la fit pénétrer dans la bouche, non sans rencontrer une certaine résistance; il débrida avec le bistouri et passa ensuite, avec la sonde de Belloc, un tube de caoutchouc dans chaque narine. Le lendemain l'odorat était revenu. Les tubes ont été maintenus pendant quelque temps dans la bouche. Le malade est parti guéri, avec un petit inconvénient cependant : les liquides pénétraient par le nez. La syphilis était la cause de l'affection.

TRANSMISSION DE LA MORVE. — M. Viseur donne lecture d'un mémoire sur ce sujet. Il rapporte une observation de morve observée sur l'homme, fait l'historique de la maladie et fait connaître le résultat des expériences de transmission pratiquées sur le cheval, l'âne et la chèvre. L'auteur propose plusieurs mesures sanitaires dans le but d'arrêter le développement de cette affection, qu'il considère comme exclusivement contagieuse. Il pense que l'abatage devrait s'appliquer aux animaux atteints de la diathèse morvo-farincuse et à ceux qui sont simplement réputés suspects par suite de rapports immédiats de travail ou d'écurie avec des animaux morveux. Ce serait la meilleure des prophylaxies, aussi bien pour l'homme que pour les animaux.

MANIFESTATIONS RHUMATISMALES ET GOUTTEUSES CHEZ LES CALCULEUX A LA SUITE DE L'OPÉRATION. — M. Courty (de Montpellier) a observé dans sa pratique huit cas dans lesquels des manifestations en apparence irrécusables de goutte ou de rhumatisme se sont produites chez des calculeux. Ces manifestations paraissent être un exemple nouveau de rapports réciproques du traumatisme ou des opérations avec les états généraux ou constitutionnels de l'organisme. Après avoir rapporté en détail ses huit observations l'auteur conclut ainsi : outre les accidents généraux des plaies et de toutes les opérations, outre les accidents particuliers qui dépendent de l'opération de la pierre (cystite, cystite purulente, urétrite, néphrite, albuminurie, urémie, etc.), il peut encore se manifester, à la suite de l'opération, des accidents diathésiques, des attaques de goutte ou de rhumatisme (affections congénères de la gravelle), qui semblent éveillés ou provoqués, sinon produits, par l'ébranlement, la commotion ou le choc, comme on voudra l'appeler, de l'opération elle-même, que cette opération soit la taille ou la lithotritie. (Le travail de M. Courty sera publié dans la GAZETTE.)

Société médicale des hôpitaux.

SEANCE DU 28 JUILLET 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LABOULDÈNE.

PÉRICARDITE SURVENUE CHEZ UN SUJET ATTEINT DE KYSTES HYDATIQUES MULTIPLES DE L'ABDOMEN. — EMPYÈME. — SCLÉRODERMIE. — ESTHIONIÈME DE LA VULVE. — FIÈVRE TYPHOÏDE TERMINÉE AU DIXIÈME JOUR PAR PERFORATION INTESTINALE. — PROPRIÉTÉS TOXIQUES DE LA GLYCÉRINE. — MALADIES RÉGNANTES DU DEUXIÈME TRIMESTRE DE L'ANNÉE.

M. Lereboullet communique l'observation d'un sujet qui était atteint de kystes hydatiques multiples développés dans l'abdomen. Plusieurs ponctions furent faites sans résultats favorables, puis on eut recours aux caustiques. Le malade ayant succombé, on constata à l'autopsie l'existence d'une péricardite : aucun kyste n'existait dans le poumon,

tandis qu'il y en avait dans la rate, lesquels n'avaient pu être soupçonnés pendant la vie.

M. Guyot présente une malade qui, pour une pleurésie, fut ponctionnée trois fois, puis subit l'opération de l'empyème suivie de lavages à l'eau chloralée, phéniquée ou chargée d'eucalyptol. Au bout d'un certain temps, on crut devoir suspendre les lavages et enlever le tube qui pénétrait dans la poitrine. Malheureusement de nouveaux accidents survinrent et l'on dut réintroduire un drain en pratiquant une contre-ouverture. Quatre mois après, un phlegmon péri-utérin se déclara et la suppuration se fit jour spontanément dans le vagin.

La malade guérit cependant grâce aux soins méticuleux qui l'entourèrent et l'on peut constater aujourd'hui qu'il n'y a pas de retrait de la paroi thoracique. M. Guyot fait remarquer que la thoracocentèse déterminait chez cette malade une douleur extrêmement vive.

M. Moutard-Martin pense que cette douleur, si commune pendant ou après la thoracocentèse, provient de l'amplication complète du poumon et il conseille de suspendre momentanément l'écoulement du liquide lorsqu'elle commence à se produire.

M. Siredey présente une femme de trente ans qui est atteinte de sclérodémie généralisée avec rétraction de l'aponévrose palmaire. Cette malade, qui n'a aucun antécédent pathologique appréciable dans sa famille, semble avoir eu pendant deux de ses nombreuses grossesses de l'asphyxie locale des extrémités. Ce n'est que plus tard que la sclérodémie s'est manifestée.

M. Siredey montre encore une autre femme qui est atteinte d'esthionième de la vulve. Agée de trente ans, bien conformée et de bonne santé apparente, n'ayant eu qu'une fièvre typhoïde dans sa jeunesse, cette femme est entrée à Lariboisière pour une hypertrophie considérable de la grande lèvre gauche avec ulcération à la fourchette. L'ulcération a guéri par l'application de l'iodoforme, mais l'hypertrophie avec induration de la vulve persiste.

M. Ern. Bessier n'est pas convaincu de l'existence, comme entité pathologique, de l'esthionième vulvaire qu'a décrit Huguier. Il lui semble qu'il s'agit là d'une hypertrophie simple.

M. Lailler, d'accord avec M. Siredey, reconnaît chez cette malade, tous les caractères de l'esthionième de la vulve ; cependant il se demande si la scrofule n'a pas joué un rôle considérable dans la production de cette lésion hypertrophique.

M. Lépine montre des pièces anatomiques recueillies chez un sujet de vingt-quatre ans mort de perforation intestinale au dixième jour d'une fièvre typhoïde dont les caractères cliniques avaient été nettement dessinés.

L'autopsie a permis de constater l'existence d'une péritonite purulente, consécutive à la perforation, laquelle s'était produite au niveau du diverticulum de l'intestin grêle.

Les plaques de Peyer n'étaient pas tuméfiées; elles étaient toutefois très-visibles et avaient l'aspect d'une barbe récemment faite. Sur l'une de ces plaques, voisine de la valvule iléo-cœcale, on voit une petite ulcération peu profonde de trois millimètres de diamètre, laquelle a mis à nu les fibres circulaires de l'intestin. Les follicules clos étaient sains.

La rate était tuméfiée; les ganglions mésentériques étaient gonflés et rouges.

Il s'agit donc là d'un fait authentique d'ulcérations de plaques de Peyer non tuméfiées.

M. Lereboullet dit avoir observé trois cas analogues au Val-de-Grâce.

M. Dujardin-Beaumetz lit un mémoire intitulé : Des propriétés toxiques de la glycérine.

Ce mémoire fait en commun avec M. Audigé est basé sur une série d'expériences qui démontrent :

1^o Que la glycérine pure, introduite sous la peau des animaux, cause la mort, lorsqu'on injecte 8 à 10 grammes de cette substance par kilogramme du poids du corps.

2^o Que les accidents du *glycérisme* aigu sont comparables à ceux de l'alcoolisme aigu.

3^o Que les lésions déterminées par le glycérisme sont analogues dans une certaine mesure à celles de l'alcoolisme.

4^o Enfin, que, au point de vue thérapeutique, il peut y avoir danger à introduire dans l'organisme de trop grandes quantités de glycérine.

(Voyez sur cette question le compte rendu de la séance de la Société de thérapeutique du 26 juillet. — *Gaz. hebdom.*, page 402).

MM. Guyot et Desnos font remarquer que M. Beaumetz s'est placé, pour ses expériences, dans des conditions très-différentes de celles où l'on se trouve en clinique. Les doses qu'il a injectées chez les animaux sont énormes et jamais on n'a fait prendre une telle quantité de glycérine à des malades. Aucun des accidents toxiques indiqués par M. Beaumetz n'a été observé chez les individus traités par la glycérine, et d'ailleurs ce médicament n'est que très-rarement employé en injections hypodermiques.

M. Beaumetz répond à cela que certains médecins étrangers prescrivent dans le diabète la glycérine à la dose quotidienne de 180 à 300 grammes et qu'il faut être en garde contre les accidents que cela peut déterminer.

— M. Ern. Besnier lit le rapport des maladies régnantes pour le deuxième trimestre de l'année.

Nous avons donné de ce rapport un important extrait concernant l'isolement des maladies contagieuses (voyez page 482). Nous n'insisterons pas davantage (faute de place) sur ce nouveau document fourni par l'infatigable secrétaire général de la Société.

A. L.

REVUE DES JOURNAUX

Des lésions syphilitiques des bourses séreuses, par le docteur KEYES, professeur au Collège médical de Bellevue.

La littérature médicale est relativement pauvre sur ce sujet. A part un mémoire du professeur Verneuil et une thèse de Moreau, on trouve peu de travaux qui aient trait aux lésions syphilitiques des bourses séreuses. Dans son récent article de la *ZWISSEN CYCLOPEDIA OF MEDICINE* (édition américaine), Daumier dit que « dans la syphilis, les bourses peuvent devenir le siège d'un épanchement séreux et que leurs parois peuvent se tapisser de productions gommeuses », mais cet auteur ne cite aucun fait précis pour appuyer son assertion. Dans son mémoire publié dans la *GAZETTE HEBDOMADAIRE* (10 janvier 1873) et qui est le complément d'un autre travail publié dans le même journal en 1868, M. Verneuil rapporte deux cas d'inflammation syphilitique tertiaire des bourses et un troisième cas dans lequel les os étaient atteints en même temps que la bourse qui est située au-dessus de l'olécrâne. Les cinq autres observations qui sont rapportées dans la thèse de Moreau (Paris, 1873) ont été recueillies dans le service de M. Verneuil ou communiquées par M. H. Petit.

M. le docteur Keyes publie aujourd'hui sept observations nouvelles d'inflammation syphilitique des bourses séreuses, qui jointes à celles recueillies par les auteurs français forment un nombre de cas assez considérable pour servir de base à une bonne description de cette manifestation de la syphilis tertiaire. Il arrive aux conclusions suivantes :

1^o La syphilis tertiaire se manifeste généralement d'une manière insidieuse lorsqu'elle atteint les bourses séreuses ; le

symptôme douleur ne se montre que lorsque les téguments voisins sont atteints.

2^o Dans la moitié des cas le traumatisme a été la cause occasionnelle de la manifestation syphilitique ; dans les sept observations rapportées plus haut, la lésion syphilitique s'est produite sans cause occasionnelle.

3^o Lorsque deux bourses étaient lésées chez le même malade, elles étaient toujours symétriques. L'intervalle moyen entre le chancre primitif et l'apparition de la lésion tertiaire des bourses est de cinq années (le plus court était de dix-huit mois ; le plus long de huit ans).

4^o L'âge moyen des malades était de trente-cinq ans. Les deux sexes ont été également atteints ; mais, chez la femme, la lésion affectait principalement les bourses prérotuliennes.

5^o Le traitement spécifique a toujours donné de bons résultats. On a employé dans quelques cas le mercure en même temps que l'iodure de potassium ; mais ce dernier médicament, qui a été administré seul dans la majorité des cas, a suffi pour procurer une rapide guérison. (*The American Journal*, avril 1876 ; *Archives générales*, août 1876.)

De l'action physiologique du nitrite d'amyle et de son emploi dans le traitement de l'épilepsie, par M. BOURNEVILLE, mémoire lu à la Société de biologie, juin 1875.

Ce mémoire repose sur vingt-sept observations d'épilepsie et d'hystéro-épilepsie, où les inhalations de nitrite d'amyle ont été faites. Toutes ces observations montrent, dit M. Bourneville, combien sont profondes les modifications que le nitrite d'amyle apporte non-seulement dans la circulation, mais aussi selon toute probabilité dans la composition du sang : les changements si remarquables qui surviennent du côté de la face, des muqueuses de la bouche et des yeux, nous paraissent en fournir une preuve sérieuse.

Après avoir étudié les propriétés physiologiques du nitrite d'amyle sur la circulation, la respiration (le ralentissement de cette fonction est un phénomène primitif, l'accélération au contraire serait un phénomène consécutif), le système nerveux, et les sécrétions urinaire et salivaire, M. Bourneville aborde la question de thérapeutique, il divise son mémoire en trois chapitres : les faits relatifs à l'épilepsie, les faits relatifs à l'état de mal épileptique, et les faits relatifs à l'hystéro-épilepsie et à l'hystérie.

L'action physiologique du nitrite d'amyle est la suivante : « Chez les animaux auxquels on fait respirer du nitrite d'amyle, on voit se produire : 1^o une rigidité générale qui fait que les membres se placent dans l'extension (chats, lapins) ; 2^o de petites secousses tétaniques très-rapides qui se manifestent par accès.

Chez l'homme, le nitrite d'amyle détermine une sensation de vertige, coïncidant avec la période de chaleur et de congestion de la face ; puis, quand ces derniers phénomènes diminuent, la tête est lourde, l'intelligence paresseuse, la vue obscurcie. Ces phénomènes n'ont toujours eu, chez nous, qu'une durée éphémère ; mais les malades auxquels nous avons fait respirer des doses relativement considérables (50, 40 gouttes et même davantage, nous ont assuré qu'elles n'étaient remises complètement que le lendemain, c'est-à-dire après avoir dormi.

De tous les sens, seul celui de la vue offrait quelques troubles. Pick a signalé, entre autres, le suivant : Si, après avoir respiré du nitrite d'amyle, on fixe un point sur un mur éclairé, ce point paraît entouré de deux cercles ; l'un, central, est jaune ; le second, périphérique, d'un violet bleuâtre, est entouré lui-même d'une bordure trouée ou sinueuse. Pick pense qu'il s'agit là d'une projection de l'*area lata* de l'œil.

Notons que la sécrétion urinaire n'a jamais présenté de sucre, excepté une fois cependant, bien que cette substance

ait été recherchée avec soin par M. Regnard. Ce fait est donc contraire aux affirmations de Hoffmann, Rutherford et Guttman.

Ne pouvant analyser complètement ce mémoire intéressant, nous en résumons les conclusions :

1^o Sous l'influence du nitrite d'amyle, on observe presque toujours des mouvements des mâchoires, du frémissement des lèvres, du mâchonnement, etc.

2^o L'abaissement de la température, qui a été noté dans tous les cas où il a été recherché, fait voir que, sous ce rapport, les effets du nitrite d'amyle sont les mêmes chez les animaux que dans l'espèce humaine.

3^o A partir du début de l'inhalation, on peut, sans inconvénient, débarrasser le malade de tous les liens qui le maintiennent. Pour s'opposer au retour des grandes convulsions cloniques, il suffit de recommencer l'inhalation.

4^o Comme phénomènes consécutifs, nous citons : a. une céphalalgie plus tenace et plus intense que celle qu'éprouvent les malades après la terminaison naturelle de leurs attaques ; b. une sensation de vertige compliquée d'un peu d'hébétéude ; c. des troubles de la vue ; quelques malades voient le visage des personnes qui les entourent mi-partie jaune et noir ; d'autres s'imaginent voir tomber des flocons de neige jaune, des milliers d'étincelles, ou encore elles voient des animaux tout noirs, ayant des figures hideuses, des cercles de différentes couleurs, etc.

5^o D'une façon générale, quand l'inhalation avait été convenablement faite, les malades, une fois revenues à elles, n'étaient plus reprises de leurs attaques dans la même journée.

6^o L'accoutumance se produit si promptement qu'on est obligé d'augmenter la dose à chaque inhalation. Il sera donc prudent de s'abstenir pendant quelque temps de l'emploi du nitrite d'amyle chez les malades auxquelles on l'aura donné plusieurs fois, dans un laps de temps assez court.

7^o Le nitrite d'amyle a sur les accès d'épilepsie, ou sur les attaques d'hystérie et d'hystéro-épilepsie, une action incontestable. Mais exerce-t-il une influence sur la marche des accidents convulsifs ? Dans les cas heureux, s'agit-il d'une amélioration due au médicament ou d'une simple coïncidence ? Tel est un point sur lequel M. Bourneville n'ose pas se prononcer maintenant ; de nouvelles expériences sont nécessaires pour répondre à ces questions. Nous espérons voir bientôt un nouveau mémoire de M. Bourneville apporter des conclusions plus définitives que celles qu'il vient de nous donner dans son savant travail. (*Gazette médicale de Paris*, n^{os} 13, 17, 21, 30, 31, 33, 1876, et *Société de biologie*, juin 1875.)

BIBLIOGRAPHIE

Index bibliographique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES KYSTES HYDATIQUES COMPRIMANT LA MOELLE ÉPINIÈRE, par le docteur BELLECONTRÉ. In-8 de 66 pages. — Paris, 1876. G. Masson.

L'auteur divise son mémoire en deux parties. La première comprend l'étude des hydatides développées en dehors du canal rachidien et ayant ensuite pénétré dans ce canal ; la seconde se rattache aux hydatides développées d'emblée dans le canal rachidien ou dans le tissu propre de la moelle épinière. Cette division est du reste purement anatomique et ne semble pas pouvoir être appliquée à la pathologie de ces affections.

Parmi les seize observations que rapporte M. Bellecontré dans son mémoire, la première, qui est inédite, présente un grand intérêt. Nous en donnons un court résumé. Il s'agit d'un déchargeur de navires âgé de trente-neuf ans qui, après une chute suivie de contusions sur tout le côté gauche du corps, éprouva des douleurs continues sur le côté gauche de la poitrine pendant quatorze mois. Signes stéthoscopiques anormaux dans le thorax, fourmillements,

crampes, faiblesse, contracture temporaire, puis permanente dans les membres inférieurs, légers phénomènes d'hyperesthésie et d'anesthésie ; paraplégie, mort. A l'autopsie on trouve un kyste hydatique uniloculaire intrathoracique accolé aux sixième, septième et huitième vertèbres dorsales et aux côtes correspondantes. Lésion osseuse, pénétration du kyste dans le rachis par les trous de conjugaison ; myélite au niveau de la compression avec induration grise au-dessus et au-dessous du ramollissement ; lésion des nerfs intra-rachidiens.

Les quinze autres observations prises dans la pratique de Chausier, Jamoulin, Cruveilhier, Olivier (d'Angers), Liouville, etc., sont résumées avec soin et sévèrement analysées par M. Bellecontré. Elles montrent que les kystes hydatiques avant de pénétrer dans le rachis ne trahissent leur présence par aucun symptôme élatant. On observe cependant une douleur sourde qui a pour caractère spécial d'apparaître avant tout autre symptôme, d'occuper précisément les points où siège la tumeur kystique, d'être continue avec exacerbation et de persister pendant toute la durée de la maladie. Plus tard surviennent les symptômes de compression de la moelle, les troubles de la motilité et de la sensibilité. L'incertitude du diagnostic peut du reste se résumer par ce fait que la maladie n'a jamais été reconnue que par l'ouverture du kyste soit par une opération, soit à l'autopsie. Sa terminaison a toujours été fatale et la durée de l'affection a varié entre plusieurs mois et plusieurs années.

M. Bellecontré a ajouté à cet excellent mémoire deux planches très-bien faites se rapportant à l'observation inédite que nous avons résumée plus haut.

PRÉCIS ÉLÉMENTAIRE DE L'ART DES ACCOUCHEMENTS, SOUS FORME DE DEMANDES ET RÉPONSES, par le docteur C. GIRARD. 1 vol. in-8 de 576 pages. — Paris, Lauwereyns. Prix 6 francs.

Parmi le grand nombre d'ouvrages récemment publiés sur l'obstétrique et la gynécologie, il y avait certainement place pour un livre pratique et élémentaire spécialement destiné aux étudiants. Le précis que M. Girard offre à la jeunesse studieuse doit être placé entre le *menement* trop court et le long traité ; c'est un livre sagement conçu dans lequel on ne trouvera rien d'inutile, mais où rien d'important n'a été omis.

Le lecteur paraîtra surpris à première vue de la forme adoptée par l'auteur. L'étude des accouchements semble en effet devoir être traitée assez difficilement par demandes et par réponses, mais il est facile de se convaincre que, pour l'enseignement élémentaire, la forme du questionnaire présente des avantages réels. Les catéchismes ont souvent l'inconvénient de présenter les faits sous une forme un peu sèche et d'éviter à l'élève les efforts de la réflexion ; mais nous sommes heureux de constater que M. Girard, se conformant à la promesse contenue dans sa préface, a su donner la vie à son questionnaire et y mêlant les opérations de deux intelligences : l'une qui pose le problème, l'autre qui cherche à le résoudre en faisant entendre à chaque instant la parole du maître à côté de celle de l'élève ; en établissant, par suite, entre les deux une communication intellectuelle permanente. Telle qu'elle est appliquée dans ce livre, la forme du questionnaire a encore l'avantage de fixer les idées par des explications précises et d'arrêter la pensée sur les faits essentiels. Pour la distribution de son ouvrage l'auteur a suivi l'ordre même d'évolution des phénomènes naturels. Après avoir donné quelques développements sur l'anatomie et la physiologie des organes génitaux et des mamelles, il traite avec soin le diagnostic de la grossesse et termine le chapitre de la grossesse normale par un excellent exposé des préceptes d'hygiène qui se rapportent à la gestation. Quelques pages sont ensuite consacrées à la grossesse extra-utérine, aux maladies de la femme enceinte et à l'avortement.

Le classement des présentations et des positions sert d'introduction au chapitre de l'accouchement normal dans lequel sont décrits avec soin les phénomènes relatifs au travail et à la délivrance. Nous avons surtout remarqué le passage où, sous le nom d'assistance pendant le travail, l'auteur a tracé la ligne de conduite de l'accoucheur et de la sage-femme. Vient ensuite l'histoire sommaire des maladies plus ou moins graves de la puérpéralité.

L'auteur a du abandonner la forme du questionnaire pour traiter les opérations obstétricales qui se trouvent résumées à la fin de l'ouvrage. Il a donné peu de développement à cette partie de son travail, pensant que, dans les moments difficiles, l'accoucheur a tout avantage à trouver sa ligne de conduite tracée par un petit nombre de règles courtes et précises.

Les quelques détails que nous venons d'exposer sont suffisants

pour montrer que l'ouvrage de M. Girard est appelé à rendre de véritables services dans l'enseignement de l'obstétrique, puis également dans les écoles préparatoires et dans les maternités. Ce livre est du reste bien soigné dans la forme et l'exécution typographique, il contient un nombre suffisant de gravures et nous paraît réunir toutes les conditions pour être accueilli avec faveur par les étudiants.

VARIÉTÉS

NÉCROLOGIE. — La Faculté de médecine de Paris vient de perdre un de ses professeurs dans la personne de M. le docteur Axenfeld, que son savoir étendu et sûr, ses travaux si remarquables et une aptitude particulière à l'enseignement public avaient élevé, bien jeune encore, à la position éminente qu'il a occupée si peu de temps. Frappé, il y a quatre ans, d'une affection cérébrale dont le caractère n'a pas été clairement déterminé, il a été tout d'un coup et définitivement enlevé à sa chaire et à sa clientèle : corps et esprit n'ont plus cessé de dépérir. La mort a eu lieu le 25 août.

Ses obsèques ont été dépourvues de tout appareil et aucun discours n'a été prononcé sur la tombe.

Le nom d'Axenfeld se recommande principalement par une étude consciencieuse et approfondie des névroses et des névralgies.

— Une grande célébrité chirurgicale, Joseph de Chelius, vient de mourir à Heidelberg, à l'âge de quatre-vingt-deux ans. Son œuvre principale est son *MANUEL DE CHIRURGIE*, qui a eu de très-nombreuses éditions.

— On annonce aussi la mort de M. le docteur Putégnat (de Lunéville), de qui nous venons de publier un mémoire sur la fistule colo-vésicale; de M. François-Joseph Daval, élève des hôpitaux de Paris, âgé de vingt-sept ans, décédé à Aix (en Savoie), et de M. le docteur Padieu, directeur honoraire de l'École de médecine d'Amiens.

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret en date du 23 août, ont été promus ou nommés :

Au grade de commandeur: M. le professeur Ambroise Tardieu, membre de l'Académie de médecine, président du comité consultatif d'hygiène publique de France.

Au grade de chevalier: MM. le docteur Le Due, médecin-vaccinateur à Versailles; Rigaud, fabricant de produits pharmaceutiques à Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — Pendant la durée des vacances, la bibliothèque de la Faculté de médecine restera ouverte aux étudiants les mardis et vendredis, de midi à quatre heures.

LE NOUVEL HÔTEL-DIEU. — Les travaux du nouvel Hôtel-Dieu sont toujours poussés avec la plus grande activité; les bâtiments de l'ancien Hôtel-Dieu seront démolis avant l'ouverture de l'exposition de 1878, et le square qui ornait la place du parvis Notre-Dame sera également terminé pour cette époque. On construit en ce moment les fontaines qui doivent décorer les cours du nouvel hôpital.

*** ASSOCIATION GÉNÉRALE.** — M. le docteur de Puisaye, médecin inspecteur de l'établissement d'Enghien, dont nous avons annoncé la mort, a fait un legs de la somme de DIX MILLE FRANCS à la Caisse des pensions viagères de l'Association générale.

LES AMBULANCES EN CAMPAGNE. — On fait en ce moment, dans le jardin de l'hôpital militaire de Vincennes, une école d'installation des ambulances en campagne. Des ouvriers d'administration sont dressés à ce service spécial, qui est certes l'un des plus importants en temps de guerre. Ils apprennent à installer une tente d'ambulance avec ses lits et tous les objets nécessaires au service médical. Ces tentes ont la forme conique et ont à leur base un diamètre assez grand pour recevoir plusieurs blessés à la fois.

ÉTABLISSEMENT THERMAL DE LUCHON. — Un sinistre est venu jeter l'alarme dans Luchon dans le courant de la nuit du 25 au 26 août. Le feu a pris à l'établissement thermal et en a détruit une portion dont heureusement l'absence n'interrompt nullement le service des bains. La lingerie a brûlé, mais tout le linge a été sauvé, et, le matin à sept heures, les employés de l'établissement, malgré leur nuit de fatigue, étaient tous à leur poste pour recevoir les baigneurs comme à l'ordinaire. (*Union médicale.*)

DEMANDE D'UNE UNIVERSITÉ A MONTPELLIER. — On sait que la création d'une Université à Montpellier est encore douteuse; tandis que la ville de Toulouse paraît avoir obtenu du ministre de l'instruction publique la promesse de la création d'une Faculté de médecine, complétant les quatre facultés. Le Conseil général de l'Hérault, ému du bon droit de cette situation, vient d'émettre le vœu : 1^o Que le ministre de l'instruction publique désigne au plus tôt le personnel nécessaire pour le fonctionnement immédiat de la Faculté de droit à Montpellier; 2^o qu'en suite de cette création, il propose aux Chambres l'établissement d'un centre universitaire à Montpellier.

NOUVEAU JOURNAL. — *L'Indépendante*, journal de médecine et de chirurgie pratique, vient de paraître à Turin. C'est la continuation de la *Gazzetta medica di Torino*.

I. DROIT D'EXERCICE DE LA MÉDECINE A GENÈVE. — Dans la séance du Grand Conseil de Genève, du 23 avril dernier, le docteur Gosse a donné lecture d'un projet de loi, modifiant la loi du 12 octobre 1861 sur l'art de guérir, par suite du fait nouveau de l'existence d'une Faculté de médecine dans l'Université de Genève. L'article 4 porte que les diplômés de la Faculté donnent droit à l'exercice immédiat de l'art de guérir. La partie modifiée de l'article 5 est ainsi conçue : « Les règlements de la Faculté adoptés par le Conseil d'Etat et se rapportant aux examens que doivent subir les médecins, chirurgiens, dentistes, sages-femmes et aides-chirurgiens, remplaceront les règlements postérieurs établis par le Conseil d'Etat. »

— On demande un médecin non marié âgé de quarante à cinquante ans, pour être attaché par un traité à un malade. S'adresser, par lettre, à M. Bouisson, 25, quai Voltaire.

État sanitaire de Paris :

Du 18 au 24 août 1876, on a constaté 1221 décès, savoir :
 Variété, 11. — Rougeole, 30. — Scarlatine, 7. — Fièvre typhoïde, 82. — Erysipèle, 7. — Bronchite aiguë, 14. — Pneumonie, 53. — Dysentérie, 1. — Diarrhée cholériforme des enfants, 103. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 3. — Angine couenneuse, 12. — Group, 14. — Affections puerpérales, 6. — Autres affections aiguës, 383. — Affections chroniques, 395, dont 145 dus à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 56. — Causes accidentelles, 44.

SOMMAIRE. — PARIS. — TRAVAUX ORIGINAUX. Physiologie pathologique : Sur un névrose vaso-motrice se rattachant à l'état hystérique; guérison par les courants intermittents. — CORRÉSpondances. Association française pour l'avancement des sciences (Séances de Clermont-Ferrand). — Association médicale anglaise. — Sociétés SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — REVUE DES JOURNAUX. Des lésions épileptiques des hémisphères. — De l'action physiologique du nitrate d'amyle et de son emploi dans le traitement de l'épilepsie. — BIBLIOGRAPHIE. — Index bibliographique. — VARIÉTÉS. — FEUILLETON. Musée de l'hôpital Saint-Louis.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Étude clinique sur le cancer du corps et de la cavité de l'utérus, par F.-L. Pichot. In-8 de 151 pages. Paris, H. Rey. 3 fr.
Accouchement prématuré artificiel, choix du procédé, indications multiples remplies par le double ballon élastostatique et dilateur utérin, rétention du placenta, diagnostic intra-utérin, placenta prævia, hémorragie post partum, etc., par le docteur Chassagny. In-8 de 30 pages. Paris, G. Masson. 1 fr. 50

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 7 septembre 1876.

LE PURPURA HÉMORRHAGIQUE ET LES MALADIES PÉTÉCHIALES.
— LA FACULTÉ DE LILLE.

Il y a quelques mois (*Gaz. heb.*, p. 289), dans un article destiné à montrer les difficultés que présente l'interprétation pathogénique des symptômes de *purpura hæmorrhagica*, nous avons signalé les efforts tentés par quelques histologistes pour essayer d'élucider, en faisant connaître les lésions qui les précèdent, le mécanisme suivant lequel se produisent les hémorragies cutanées. Nous avions rappelé les recherches de MM. Hayem et Huchard pour faire voir qu'une altération des vaisseaux capillaires pouvait être constatée dans un assez grand nombre de cas de *maladie de Werthof* et expliquer les accidents qu'elle détermine; mais nous nous étions surtout efforcé de bien faire comprendre que les troubles pathologiques observés dans le *purpura*, aussi bien que ceux que l'on a considérés comme servant à caractériser l'empoisonnement aigu par le phosphore, paraissent être le résultat de conditions multiples et ne pouvaient être regardés comme toujours déterminés par une irritation analogue à celle que pourrait provoquer un empoisonnement.

Plus récemment, M. Hayem communiquait à la Société de biologie (voy. *Gaz. heb.*, p. 444) l'observation très-intéressante d'un malade qui, après quinze jours seulement de prodromes, fut atteint d'hémorragies de la peau et des muqueuses et succomba au bout de trois semaines. L'examen du sang avait montré pendant la vie l'existence d'un grand nombre de globules blancs, différant des leucocytes par leur forme et leurs réactions, et plus semblables aux éléments embryonnaires. M. Hayem, en constatant leur abondance dans le sang, avait été conduit à penser que les hémorragies pouvaient

être dues à des infarctus produits par l'accumulation dans les artérioles de ces éléments anormaux. L'autopsie sembla donner raison à cette hypothèse, puisque l'on constata au niveau des ecchymoses cutanées une inflammation de la tunique interne des artérioles et leur obturation par des caillots au milieu desquels on retrouvait de nombreux éléments blancs. Toutefois M. Hayem ne put décider si l'endarterite avait été primitive ou si elle ne s'était développée que consécutivement à l'obturation du vaisseau par les éléments embryonnaires précédemment observés dans le sang. Ce qu'il pensa pouvoir admettre, après l'examen histologique du foie, c'est que, les lésions observées se rapprochant beaucoup de celles que l'on constate dans les septicémies, il était naturel de penser que certains cas de *purpura* devaient être rapprochés de ces affections et consistaient essentiellement en une altération du sang donnant naissance à des endarterites desquamatives.

Ces faits étaient bons à signaler; ils montrent, en effet, que l'altération du sang joue un rôle très-important dans la pathogénie des accidents observés au cours de la *maladie de Werthof*, mais ils ne prouvent nullement que tous les cas de *purpura* puissent être interprétés de la même façon. C'est pour faire comprendre combien il est nécessaire de bien envisager toutes les faces d'un problème clinique, et pour montrer une fois encore toutes les difficultés d'une semblable étude que nous avons voulu, en appelant tout spécialement l'attention sur le remarquable travail que nous devons aujourd'hui à l'un de nos élèves les plus distingués du Val-de-Grâce, et dont nous commençons plus loin la publication, exposer en quelques mots l'état actuel de cette question si controversée.

Tous les médecins connaissent les divisions, aussi nombreuses qu'artificielles, établies par les divers auteurs qui ont essayé de classer les différentes formes de *purpura* en ne tenant compte que des caractères extérieurs présentés par la maladie. Les *purpura simplex, minima, diffusa, hæmorrh-*

FEUILLETON

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Leçons sur l'hygiène et la prophylaxie des maladies vénériennes.

(Suite. — Voyez les numéros 29, 30, 32 et 34).

J'arrive aux questions relatives à la syphilis qui débute ou qui est contractée après le mariage.

A partir du début, jusqu'à la fin de l'accident primitif, vous exigerez une continence absolue. Si la femme est coupable, vous serez obéi : car elle trouvera facilement mille prétextes successifs pour motiver ses refus, et ne manquera pas, soyez en sûrs, de découvrir quelque sujet de mécontentement qui l'armera, contre son mari, d'une sévérité inaccoutumée. Pour l'homme la situation est plus perplexe et véritablement

pitoyable; vous serez, plus d'une fois, obligés de lui venir en aide.

Après la cicatrisation complète de l'ulcère primitif, le coït est possible, mais à la condition de n'être pas fécondant. Vous n'aurez qu'à formuler l'indication, sans entrer dans plus de développements. Il est des pratiques conjugales qu'il ne vous conviendrait pas de recommander; vos malades les découvriront sans grand effort d'imagination; elles sont tellement répandues, que les prédicateurs qui les flétrissent souvent du haut de la chaire sont toujours compris à demi-mot. Si vous êtes mis en demeure de formuler votre opinion, vous préférerez, sans doute, à cette pratique répugnante que Devay nommait l'onanisme conjugal, la précaution d'éviter le coït aux environs de la période menstruelle.

Lors de l'apparition des accidents secondaires, de nouvelles précautions deviennent indispensables; la sphère de la contagion s'agrandit et se multiplie; la bouche, le scrotum, la vulve surtout deviennent dangereux. Votre intervention

gica, urticans, etc., etc., ne se rencontrent jamais chez un même malade avec la simplicité et la régularité qu'on leur assigne d'ordinaire. Les macules, les papules, les pétéchies, etc., se montrent chez le même malade; le *purpura urticans* n'est que l'exagération du premier stade de l'hémorrhagie (Laget), et les nodosités que l'on observe ne sont dues qu'à une hémorrhagie intra-dermique ou sous-épidermique (Vallin). Il faut donc chercher une autre division, et déjà, en 1874, dans un intéressant travail (1), M. Humbert Mollière l'avait essayé en faisant voir que, dans un grand nombre de cas, les taches pétéchiales paraissent dues à une fragilité anormale des vaisseaux capillaires qui, sous l'influence d'une cause insignifiante en apparence, une émotion morale vive par exemple ou l'action subite du froid, peuvent se rompre et donner naissance à l'hémorrhagie. M. H. Mollière en avait conclu que la maladie de Werlhof n'était pas une entité morbide « puisque les éruptions de purpura peuvent se rencontrer dans un très-grand nombre de maladies et chez des sujets présentant la constitution et l'état général les plus variés depuis la santé parfaite jusqu'aux cachexies les plus avancées. » Or la *maladie de Werlhof*, M. H. Mollière le dit lui-même dans l'introduction de son mémoire, se caractérise, ainsi que Gauthier Bellefonds l'a fait remarquer, par trois symptômes essentiels à peu près constants, les taches de la peau, les hémorrhagies qui se font par les muqueuses, l'apyrexie. La maladie est progressivement continue et de plus en plus grave; la mort est rapide. Quelquefois il est vrai au lieu d'évoluer sans fièvre, la maladie est pyrétiq. Elle se rapproche alors, par sa marche, ses symptômes et ses lésions, de ces maladies septicémiques ou putrides, qui elles-mêmes ont la plus grande analogie avec les empoisonnements aigus par le phosphore et les poisons stéatogènes et sont caractérisées anatomiquement par la tuméfaction trouble et la dégénération graisseuse des éléments cellulaires, liés à des phénomènes d'hyperhémie et d'exsudation. Mais, pyrétiq. ou non, cette maladie est nettement définie par ses symptômes, sa marche, ses lésions. Le mécanisme pathogénique de celles-ci et leur cause intime nous échappent, sans doute, mais nous ne connaissons pas davantage ceux qui caractérisent l'ictère grave ou certaines fièvres malignes. Cette *maladie de Werlhof* est primitive ou secondaire; dans ce dernier cas elle s'observe toutes les fois que la lésion d'un organe hématopoiétique cutraîne à sa

(1) Recherches cliniques sur la nosographie du *purpura hæmorrhagica* et des affections pétéchiales, par le docteur H. Mollière, Lyon, 1874.

deviendra active; vous devrez faire subir au malade un traitement général énergique, un traitement local incessant; vous lui imposerez l'obligation des onctions avant le coït et vous lui ferez comprendre qu'il doit obtenir ce l'autre conjoint pratique plus que jamais les ablutions immédiates après le rapprochement.

Si l'un des époux est atteint de syphilis actuellement latente, vous devrez lui faire subir un traitement presque continu jusqu'à la limite de la guérison probable et maintenir strictement l'obligation du coït non fécondant.

Si, malgré vos instructions la conception s'effectue, vous devrez immédiatement traiter la mère, même si le père seul est syphilitique; vous n'aurez que ce moyen d'influencer le germe et de retarder ou d'empêcher en lui l'éclosion du mal. Cependant, dans les débutés de la grossesse, vous devrez agir avec modération. De Blégué disait qu'on doit attendre pour commencer le traitement que la grossesse soit avancée.

suite une lésion du sang: mais, primitive ou secondaire, fébrile ou apyrétique, elle ne saurait être confondue avec ces formes de *purpura d'origine nerveuse*, dont M. Couly a si consciencieusement étudié les symptômes et dont il a cherché à élucider la pathogénie. On lira avec un grand intérêt la discussion à laquelle il s'est livré pour s'efforcer d'expliquer tous les symptômes de la maladie, mais on retiendra surtout, après avoir pris connaissance des nombreuses observations qu'il a citées, ce fait, aujourd'hui indiscutable, que la maladie décrite par Werlhof et Gauthier Bellefonds se distingue nettement, par ses causes, ses symptômes, sa marche et sa terminaison, de ces formes de purpura d'origine nerveuse, que l'on a trop souvent et très-inutilement cherché à différencier les unes des autres en ne tenant compte que de leurs caractères extérieurs, si variables cependant, et, au point de vue nosologique, d'une si minime importance.

L. LEREDOULET.

On verra plus loin que la Faculté de médecine de Lille, créée par le décret du 12 novembre dernier, vient d'être constituée par un nouveau décret. M. le ministre de l'instruction publique et M. l'inspecteur général Chauffard ont fait les plus louables efforts pour opposer promptement et énergiquement l'action de l'Etat à celle du parti puissant qui fonde à Lille une Faculté catholique. On remarquera que, parmi les dix professeurs jusqu'ici nommés, un seul n'appartient pas à l'ancienne école préparatoire de la localité: c'est notre très-distingué confrère de Paris M. Coyne, directeur adjoint du laboratoire d'anatomie pathologique de la Charité. Les autres nominations ne se feront sans doute pas attendre, et nous pourrions alors, au besoin, montrer, par l'exemple même de Lille, que si la constitution d'un nouveau corps enseignant de l'Etat ne va pas toujours de soi, le choix des professeurs dans les Facultés libres et les conditions auxquelles on les obtient attestent, de ce côté, des difficultés encore plus grandes. (Voy. p. 576.)

C'était l'application de ce précepte d'Hippocrate: Que le fœtus doit être respecté pendant les quatre premiers mois, sa constitution encore débile le rendant incapable de résister aux agents énergiques. Le mercure peut assurément provoquer l'avortement; mais il faut savoir qu'il produit moins que la syphilis ce fâcheux résultat. Il y a là une question de mesure sur laquelle les auteurs se partagent; tandis que M. Hugnier accuse le mercure, MM. Guérin et Vannou montrent qu'il rend plus rares les avortements qui résultent de la syphilis intra-utérine. Les doses du médicament doivent être soigneusement déterminées. Vingt centigrammes de proto-iodure hydrargyrique administrés chaque jour à la mère sont dangereux pour la vie de l'enfant; cinq centigrammes sont insuffisants pour le préserver. On s'est arrêté aux doses moyennes de huit à dix centigrammes par jour. C'est le mercure seul qui sera administré et non l'iodure de potassium qui est aussi inefficace pour prévenir la syphilis infantile que pour la guérir et qui a de plus cet inconvénient,

TRAVAUX ORIGINAUX

Dermatologie.

ÉTUDE SUR UNE ESPÈCE DE PURPURA D'ORIGINE NERVEUSE, par le docteur COUTY, médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

Il s'est présenté récemment, dans le service de clinique de M. le professeur Villemin, au Val-de-Grâce, un cas de purpura qui n'a paru se rattacher à aucune des nombreuses formes de purpura étudiées ou indiquées par différents auteurs. Sur les conseils de M. Villemin, que nous ne saurions trop remercier de toute sa bienveillance, nous avons recherché dans la littérature médicale, et nous avons trouvé un assez grand nombre d'observations analogues. Nous allons rapporter les plus probantes; nous montrerons ensuite, par l'analyse des symptômes, la nécessité de créer une nouvelle espèce de purpura, espèce qui comprendra plusieurs variétés, dont quelques-unes ont déjà été décrites sous d'autres dénominations; enfin nous terminerons en discutant, à l'aide de faits physiologiques, la pathogénie des troubles si divers présentés par nos malades.

Obs. I. — Charles G..., treize ans, enfant de troupe, entre le 20 mars 1876, salle 24, lit 49, hôpital du Val-de-Grâce, service de M. Villemin. Pas d'antécédents héréditaires, hémiphiques ou autres, pas de maladie antérieure, pas de diathèse, scrofule, etc.; mais l'enfant est peu musclé; pâle, d'aspect anémique; muqueuses légèrement décolorées; pas de bosses cardiaque ou vasculaires; viscéres normaux, hormis le corps thyroïde, qui forme une masse bilobée, légèrement douloureuse à la pression, sans consistance spéciale et assez volumineuse, environ comme un petit œuf de poule étalé; cette tumeur aurait toujours existé, d'après l'enfant. L'état général est bon, l'appétit conservé; pas de fièvre; temp., 36° 8; pas de céphalalgie, pas de troubles viscéraux. On constata sur la peau des taches rouges violacées à bords nets, environ de 5 à 15 millimètres de diamètre, ne disparaissant pas par la pression et ne faisant pas de saillie appréciable, taches assez abondantes mais bornées aux membres inférieurs et supérieurs. Cette éruption de purpura s'est faite la veille, 19 mars, dans l'après-midi, sans cause appréciable, hygiénique ou autre, sans prodromes; elle ne s'est accompagnée d'aucun autre trouble; toutes les muqueuses sont saines, uniformément colorées. Pas d'albumine dans les urines.

Le 21 et le 22 l'état général reste bon; le malade mange avec appétit, se promène, etc. Les taches, déjà jaunâtres, sont en voie de résorption quand, le soir du 22, l'enfant est pris brusquement de coliques violentes qui empêchent le sommeil. Pas d'évacuation alvine; pas de vomissements.

Le 23, plus de coliques; le malade est un peu fatigué. Le 24 et le 25 l'état général est redevenu très-bon, les taches ont disparu, quand, dans la nuit du 25, se produit une nouvelle poussée de purpura, moins abondante que la première, et comme elle survient sans prodromes ni symptômes spéciaux.

en activant la désassimilation, de hâter l'élimination du mercure.

Mais la mère aussi peut être contaminée; l'infection chez elle peut se produire de deux manières: ou par un chancre ou par l'influence générale exercée sur elle par le fœtus primitivement atteint.

Si la mère contracte la syphilis par un chancre à la façon habituelle, elle sera traitée immédiatement et énergiquement sans attendre l'apparition des accidents généraux.

Si elle est infectée par le fœtus, l'intervention thérapeutique est moins urgente, elle ne peut être utile que pour la mère, elle sera à peu près illusoire pour le fœtus qui est déjà profondément atteint; l'avortement aura lieu, on ce qui est presque équivalent, l'enfant viendra au monde avec la syphilis congénitale.

Si un chancre se développe à la vulve chez une femme enceinte dans les derniers temps de la grossesse, on agira au moment de l'accouchement comme si l'enfant était sain,

Le 26 on constate, outre ces taches, un œdème périmalleolaire mal limité, peu rouge, qui persista quatre ou cinq jours, rendant les mouvements des pieds douloureux sans empêcher la marche. Le soir, nouvelles coliques assez violentes et quelques vomissements verdâtres.

Le 28, taches nouvelles, œdème presque disparu. L'état général est bon, l'appétit revient.

Le 4 avril on croyait l'enfant guéri. Quatrième éruption de purpura considérable sur les membres et portant aussi sur le tronc, sans modification marquée de l'état général.

Le 8, coliques très-violentes durant toute la journée; vomissements répétés. La nuit, sommeil.

Le 9, plus de coliques. Température, 37° 7. Le soir, quatrième éruption de purpura très-abondante sur les membres, le prépuce et même la face et le tronc.

Le 10, on constate cette éruption. Pouls normal, appétit. Température, matin 36° 8, soir 37° 2.

Le 11 matin, température 36° 4.

Le 12 matin, température 36° 9. Toujours absence de toute sorte de troubles généraux pendant ou après les accès; les crises intestinales seules ont paru fatiguer un peu momentanément le malade.

Le 12, cinquième éruption de purpura datant de la veille. Poignets enflés et douloureux. Température: matin, 36° 9; soir, 38° 2.

Le 13, température: matin, 36° 6; soir, 37° 6. Dans la nuit, coliques violentes et vomissements verdâtres qui persistent le 14 au matin. Le ventre est très-rétracté, douloureux à la pression légère ou profonde. Il y a eu une seule selle, solide, normale. Pouls, 76. Pas de céphalalgie ni d'autres troubles. Température: matin, 37° 6; soir, 37 degrés.

Le 15 les coliques persistent. Ventre toujours rétracté mais soulagé par une large pression. Température: matin, 36° 4; soir, 37 degrés.

Le 16, plus de coliques. Inappétence. Température: matin, 36° 8; soir, 37° 8.

Le 17, appétit. Dans la nuit deux selles glaireuses, jaunâtres, mêlées de 30 à 40 grammes de sang très-rouge. Le soir, très-légère épistaxis. Température: matin, 37 degrés; soir, 37° 8.

Le 18, coliques violentes accompagnées de vomissements; deux selles demi-solides, très-noires, mélaniques.

Le 20 matin, meilleur état. Le soir, coliques et vomissements. Dans la nuit légère éruption de purpura sur les bras.

Le 21, pas d'accidents. On fait une piqûre à la pulpe de l'index, et l'on compte les globules avec l'appareil Malassez: 2 800 000.

Le 22, coliques violentes et vomissements. Œdème léger, indolore des papillères.

Le 24 et le 25, plus de coliques. L'appétit revient.

Le 26, coliques et vomissements abondants. Nouvelle numération faite avec soin: 2 350 000 globules.

Le 27, coliques persistantes.

Du 28 avril au 15 mai le malade, un peu fatigué les jours précédents, va mieux. L'appétit revient, le facies est meilleur; un peu de constipation.

Le 20 avril, le 1^{er} et le 3 mai, trois poussées très-peu abondantes de purpura. Température: le 1^{er} mai: matin 36° 2, soir 36° 8; le 2: matin 36° 4, soir 36° 8; le 3: matin 36° 4, soir 36° 8.

Le 5 mai, coliques violentes, vomissements bilieux, urines légèrement louches, donnant par l'ébullition un précipité dissous par

et de fait il le sera le plus souvent; on devra alors chercher à le préserver au passage; on cautérisera superficiellement le chancre pour s'opposer à toute sécrétion contagieuse pendant la durée du travail; on pratiquera des injections chlorurées suivies d'injections huileuses.

Si l'enfant né d'un père ou d'une mère syphilitiques vient au monde sans présenter de signes de syphilis congénitale, on agira comme s'il avait nécessairement en lui le germe héréditaire d'une maladie qui ne doit pas tarder à se développer. On traitera l'enfant dès sa naissance; on exigera qu'il soit nourri par sa mère, qu'elle soit infectée ou non; car le lait n'ajoute rien à l'infection, et l'on traitera la mère. C'est là une prophylaxie tardive sur laquelle on ne doit fonder qu'un médiocre espoir, mais qu'il serait pourtant imprudent de dédaigner. Le traitement mercuriel administré à la mère pour prévenir la syphilis héréditaire est presque illusoire pendant l'allaitement, peu efficace pendant la grossesse, incontestablement utile avant la conception. On compte

l'acide azotique. Température : le 4 mai : matin 36°,4, soir 37°,2 ; le 5 : matin 37°, soir 38°.

Le 8 et le 9, meilleur état. Un peu d'appétit, légère constipation. Le 9, légères coliques, quelques taches.

Le 10, éruption très-peu abondante.

Le 11 le malade se promenait, quand il est pris subitement, à trois heures du soir, de coliques atrociement douloureuses. Je pus l'observer à trois heures trois quarts et je constate une éruption de *taches très-nombreuses rouge vif, légèrement saillantes* la vue ou à la palpation, siégeant sur tout le corps et principalement au niveau des articulations. Les coliques, excessives, arrachent des cris au malade, qui est replié sur lui-même, couché sur le côté, le facies étiré, presque abdominal; le ventre est rétracté, surtout vers l'épigastre ; la face est pâle, les extrémités froides et l'aisselle à 36°,6. Le pouls est ralenti, 56 à 60, et surtout très-irrégulier. Du reste pas de soufflé cardiaque. Une heure après, même état; le ventre est devenu douloureux à la pression; l'éruption n'a pas augmenté; les coliques, accompagnées de vomissements, persistent plusieurs heures.

Le 12, plus de coliques. Les taches, devenues violettes, ne sont plus saillantes.

Le 13, bon état. Toux légère.

Le 15, taches devenues jaunes.

Le 17, éruption légère aux jambes.

Le 18, nouvelle éruption sur les membres assez abondante. A trois heures, l'enfant s'est levé, après avoir regardé ses membres, sur notre recommandation ; à quatre heures, un peu las, il se recouche et constate l'éruption.

Le 20, coliques et vomissements.

Le 21, bon état. Urine claire, donnant par l'ébullition un précipité redissous par l'acide azotique. Le soir, nouvelle éruption peu abondante.

Le 22, précipité par l'ébullition de l'urine moins abondant.

Le 23, on recherche la réaction de l'urine : elle est alcaline. Léger précipité toujours dissous.

Le 26, urine acide, sans précipité. Le soir, éruption bornée aux membres inférieurs.

Le 27, urine alcaline.

Le 28, urine acide sans précipité. Le soir, éruption peu considérable. Il aurait eu le soir, au niveau des malléoles, un léger œdème non douloureux.

Le 29, urine alcaline, précipité dissous par l'acide azotique.

Le 30, urine acide, sans précipité.

Le 4 juin, éruption légère, plus abondante aux bras qu'aux membres inférieurs. Plus d'œdème malléolaire.

Le 8 les taches ont disparu presque complètement. L'état général de l'enfant, qui avait été un peu modifié, surtout en mai, par suite des coliques répétées et des vomissements, est redevenu très-bon. La face reprend ses couleurs; les traits sont moins tirés, mieux remplis; l'appétit, qui n'a jamais complètement disparu dans l'intervalle des coliques, devient très-bon. Il n'y a du reste jamais eu, même à l'époque où la persistance des accidents intestinaux a fait craindre une terminaison fatale, ni troubles intestinaux graves; jamais de troubles nerveux et de céphalalgie.

Le 11 on constate dix à quinze nouvelles échymoses sur les jambes, et cet accident est le dernier, l'état général se rétablit encore plus complètement, et l'enfant est envoyé en convalescence

le 23 juin en aussi bon état qu'à son arrivée. Ses globules, comptés le 21 mai, ont donné 3 100 000 par millimètre cube.

On a appris depuis que la santé de ce malade est restée excellente, quoiqu'il ait eu encore trois poussées de purpura à des intervalles assez éloignés.

— Nous avons rapporté assez complètement l'histoire de ce malade pour qu'on puisse se rendre un compte exact de la nature et surtout de l'irrégularité des accidents, irrégularité dans leur intensité, irrégularité dans leur marche, leurs intervalles.

Nous étions fort embarrassé pour rattacher cette trilogie symptomatique à : purpura, crises intestinales, gonflements articulaires, à une espèce morbide déjà décrite, quand M. Lereboullet voulut bien nous indiquer quelques cas analogues à notre contenu dans un travail allemand (Henoch, *Berliner Klin.*). Malheureusement M. Henoch n'a noté sur les quatre malades qu'il a observés ni la date des éruptions, ni même leur nombre, ni leurs rapports avec les autres accidents. Aussi nous contentons-nous de rapporter en entier la moins incomplète de ses observations.

Obs. II. — Demeille de onze ans, fille d'un de mes collègues les plus estimés, bien portante hormis des battements cardiaques irréguliers, sans rien autre chose d'anormal.

En été 1872, douleurs rhumatismales tibio-tarsiennes et à la hanche droite, qui disparaissent rapidement.

En juillet 1873, douleurs rhumatismales des mains et des pieds, sans gonflement; bientôt après, éruption de purpura aux membres inférieurs. Fièvre modérée et aussi anorexie; vomissements; coliques; selles solides mêlées de sang; urines normales. En cinq semaines trois attaques analogues, avec des intervalles de huit à neuf jours; la troisième apyretique, la première légèrement fébrile. Nous vîmes la malade à cette troisième attaque et prescrivîmes de la glace qui fit beaucoup de bien; l'éruption pâlit. Subitement il se développa des douleurs dans le bras gauche et le coude droit, et la nuit suivante, du 23 au 24 juillet, coliques des plus terribles, plusieurs vomissements verdâtres, selles orangées mêlées de coagula sanguins. Jour suivant : pouls régulier, 104; température normale; langue nettoyée.

Le 25 juillet, selle liquide, noire; pouls irrégulier, 60.

Jusqu'au 30, amélioration complète.

On observe encore quelques restes de purpura et tout se maintint jusqu'en septembre, où il y eut une cinquième attaque qui, comme me l'annonça son père, fut plus intense encore.

Depuis, autant que je sache, pas de nouveaux accidents.

Voici le résumé des autres observations de Henoch.

Obs. III. — Garçon de quinze ans : ictere léger gastro-duodénal. Quelques jours après, douleurs des mains sans gonflement; autre intervalle de quelques jours, puis purpura, et aussitôt après, sécrétions muqueuses de l'intestin, coliques intenses, vomissements et selles toutes noires; grande sensibilité du ventre à la pression, surtout au niveau du colon transverse gonflé et tympanique. Température, 48°,6. Au bout de cinq jours ces accidents avaient disparu,

bon nombre d'exemples où la crainte efficace de la transmission syphilitique ayant déterminé le père ou la mère à subir pendant les premiers temps du mariage un traitement régulier, le premier enfant engendré dans ces conditions est venu au monde sans apporter avec lui le germe de la maladie. Ce succès donnant une assurance trompeuse, le traitement cesse d'être administré et de nouvelles grossesses donnent le jour à d'autres enfants qui deviennent syphilitiques.

Je viens de toucher incidemment à l'un des points qui concernent l'allaitement des enfants nés de parents syphilitiques; vous me permettrez d'aborder cette question avec quelques développements; car ici un nouvel intérêt entre en jeu, l'intérêt d'une personne qui étrangère à la famille va cependant faire pendant quelque temps partie de la famille: je veux parler de la nourrice.

Je suppose que le père seul est syphilitique, la mère est saine, l'enfant paraît sain. Confier à sa mère pour qu'elle le nourrisse, cet enfant qui est nécessairement suspect, c'est

créer un danger pour la mère. Je n'hésite pas à dire qu'il convient d'exposer la mère à ce danger. La maternité qui suspend sur la tête de la femme tant de menaces de mort ou de maladies, crée à la mère des obligations auxquelles elle ne doit pas se soustraire même si elles sont périlleuses; on ne pourrait l'en affranchir que si l'allaitement artificiel, au moins tel qu'il peut être pratiqué dans les villes, n'était pas un danger de mort pour l'enfant. Le médecin ne devra jamais consentir pour préserver la mère à exposer une nourrice étrangère. Mais il peut se faire que la mère soit dans l'impossibilité de nourrir; on aura alors recours à l'alimentation par le biberon, à moins que par une fortune inespérée le médecin puisse disposer actuellement d'une nourrice qui a été syphilitique et qui est guérie de sa maladie.

Je ignore pas que la solution rigoureuse que je formule n'est pas acceptée par tous les médecins. M. Diday conseille d'examiner chaque jour la bouche du nouveau-né et de le retirer à la mère dès que l'on percevra l'apparition des premiers

puis quatre autres récidives semblables ayant la même marche, les mêmes intervalles. La maladie se montra donc cinq fois en sept semaines.

Les deux observations suivantes sont encore plus incomplètes :

Ons. IV. — Enfant de quatre ans. Deux poussées de purpura en trois semaines ; deux crises intestinales, la première survenue avant le purpura : coliques intenses, diarrhée un peu sanguinolente, puis constipation. Pas d'accidents artériels observés.

Ons. V. — Fille de douze ans. Douleurs rhumatismales articulaires avec gonflement des mains et des pieds et fièvre légère ; peu de jours après éruption considérable de purpura ; en même temps coliques effroyables, vomissements répétés, selles mêlées de sang impur. Tout avait disparu au bout de quatre à cinq jours ; quatre récidives semblables les quatre semaines suivantes.

Malgré le peu de précision avec laquelle ses malades paraissent avoir été observés, M. Henoch n'hésite pas à établir entre les accidents une succession constante ; il y aurait : 1° douleurs articulaires, 2° purpura, 3° troubles intestinaux. Or, nous n'avons constaté rien de semblable sur le malade de M. Villemin, et nous allons voir aussi les observations suivantes présenter de grandes irrégularités dans la marche ou l'intensité des divers symptômes.

Ons. VI (Ollivier, d'Angers, *Arch. gén. de méd.*, 1827, t. XV, p. 206). — Fille de trois ans, forte, bonne santé. Le 20 juillet dans la nuit, pieds douloureux, gonflés ; ecchymoses multiples ; peau sèche, brûlante ; ventre douloureux.

Le 22 juillet je vois la malade. Face bouffie, paupières très-œdématées, avant-bras œdématéux ; conjonctives et muqueuses saines ; pas de soif ; ecchymoses sur les membres, les uns verdâtres, les autres rouges ; 120 pulsations ; ventre douloureux, constipation, anorexie.

Le 23 juillet, disparition de l'œdème, nouvelles taches. Mains et avant-bras nouvellement œdématiés ; peau chaude.

Le 25 et le 26, mieux prononcé, plus d'ecchymoses cutanées.

Le 27, avant-bras-gauche œdématié ; quelques ecchymoses ; un peu plus tard pieds et jambes gonflés et douloureux et aussi ecchymoses.

Le 28, nouvelles ecchymoses. On a constaté, sur ma demande, que ces épanchements sanguins se formaient presque instantanément. Puls., 132 ; douleur de ventre, anorexie.

Le 29 et le 30, disparition des ecchymoses ; enfant gai, jouant ; sommeil ; anorexie.

Le 31, démangeaisons aux jambes, recouvertes de larges taches, les unes blanches ortiées, les autres rouges ; soif nulle ; nuit calme.

Le 1^{er} août, appétit. Toutes les plaques sont devenues rouges ; joues gonflées, douloureuses (4 grammes de calomel), puis coliques, évacuations sanguinolentes (4 grammes calomel) ; nouvelles coliques ; plus de gonflement.

Le 4, disparition des taches. Gonflement œdématéux à la moitié droite de la lèvre supérieure et à la paupière gauche ; sommeil ; anorexie.

symptômes de la syphilis infantile ; il concède qu'on pourra le confier à une nourrice pendant toute cette période où le mal est encore latent ; il recommande l'alimentation par le biberon dès que la maladie s'est élevée. D'autres médecins n'hésitent pas à faire courir à la nourrice des dangers encore plus sérieux ; ils croient être en droit de lui confier à ses risques et périls, moyennant une rétribution équitable, l'enfant de parents syphilitiques, à la condition d'avertir cette nourrice des accidents auxquels elle va s'exposer. MM. Fournier, Chauffard, Roger, Jacquemier ont proposé cette solution. Je n'ai pas à m'exprimer sur la convenance et la moralité d'un tel contrat ; l'infirmité intellectuelle de l'une des parties intéressées crée à son préjudice une inégalité manifeste et l'on ne saurait contester que dans la grande majorité des cas les nourrices telles que nous les connaissons, placées entre la crainte d'un danger hypothétique et l'appât d'une prime assurée, ne se détermineraient pas avec une parfaite liberté d'esprit ou une complète intelligence de la situation.

Le 6 au soir, nouvelles ecchymoses, coliques, ténésme, selles demi-liquides ; huit ecchymoses devenues verdâtres, coliques sans nouvelle éruption.

Les coliques devinrent moins vives, moins fréquentes, puis disparurent vers le 21. Les œdèmes et les ecchymoses se reproduisaient de temps en temps, mais l'état général était bon, l'appétit revint, quand tous les accidents reparurent : coliques, tuméfaction des paupières et du front, ecchymoses larges.

A la fin d'août, nouveaux accidents très-passagers ; depuis guérison complète.

Dans les cinq premières observations, es troubles intestinaux ont été considérables, et les accidents œdématéux peu marqués et bornés aux articulations : au contraire chez le malade d'Ollivier et chez ceux qui vont suivre les œdèmes cutanés, variables de siège, deviennent le phénomène le plus important, après le purpura.

Nous avons rapporté assez complètement l'observation d'Ollivier, car les dates étant indiquées montrent l'irrégularité des accidents : nous allons simplement résumer les suivantes.

Ons. VII. (Vernier, *Sur le purpura hæmorrhagica*, etc., thèse 1873, n° 21. (Obs. I.) — Eug. B..., quinze ans. 11 février, œdème douloureux des jambes ; soir, purpura aux membres ; 14 purpura ; 17, pouls lent, irrégulier ; vomissements ; 21, nouveau purpura ; 27, œdème des pieds, purpura ; 1^{er} mars, épanchement du genou, purpura ; 8, 10, poussées de purpura ; 11, poussée, genou gonflé, douloureux ; plus tard encore quelques œdèmes passagers du poignet, du genou, pas d'autre hémorrhagie, pas d'altération des muqueuses ; bonne santé dans les intervalles.

L'observation suivante, quoique n'ayant présenté que des accidents peu durables, nous paraît devoir être rapprochée des précédentes.

Ons. VIII. (Rilliet et Barthez, *Maladie des enfants*, t. II, p. 316.) — G. François, trois ans, bonne santé, 30 mars, douleurs dans les pieds qui enfant ainsi que les bourses ; caractère devenu intraitable et méchant ; 2 avril, anasarque, plaques de purpura, appétit conservé ; 3, vomissement, extrémités supérieures œdématiées, douloureuses ; taches, les unes vives, saillantes, les autres jaunâtres. Puls 112 ; peau chaude ; abdomen normal ; 5 avril, trois ou quatre vomissements. Les jours suivants disparition de l'œdème, du purpura.

Nous avons trouvé dans Willan un cas assez analogue.

Ons. IX. (Willan, *on cutaneous diseases*, London, p. 457.) — Femme, trente-six ans, 17, 18, 19, vomissements violents, bilieux, et douleurs très-vives d'intestin ; 20, quelques selles noires, plus de vomissements ; jusqu'au 25, diarrhée, peau froide, pouls dépressible, langue saburrale ; 25, sueurs froides, respiration laborieuse, etc., puis éruption de purpura sur tout le corps ; 27, 28, éruption devenue livide ; maux d'entée, non douloureux, jusqu'au 2 mai l'état devint meilleur ; ce jour, les taches avaient disparu, hormis deux aux mains terminées par une plaque gangré-

Si la syphilis se manifeste chez un enfant nourri par une mère saine, vous aurez toujours grande répugnance, je crois, à supprimer l'allaitement maternel, et vous n'autoriserez à y substituer le biberon que si vous êtes assurés de disposer toujours de lait parfaitement pur, fourni par le même animal ; que si vous êtes enfin dans des conditions exceptionnellement favorables, analogues à celles où se trouvent les femmes de la Normandie qui retirent de l'allaitement artificiel des avantages inespérés. Vous serez le plus souvent réduits à chercher à protéger la mère par l'usage des bontés de sein artificiels, ou plus simplement, comme l'a conseillé M. Guérard, par des onctions pratiquées sur le mamelon avant chaque repas de l'enfant.

Je suppose une autre circonstance : la mère est syphilitique ; l'état du père importe peu ; l'enfant est sain en apparence. Vous pouvez confier l'enfant à sa mère à la condition de la maintenir sous l'influence du traitement ; mais vous surveillerez incessamment l'état du mamelon, prêt à retirer

neuse. Il y eut ensuite encore quelques gonflements œdémateux des pieds et des mains, sans purpura.

Signalons seulement un cas rapporté par Rayer (*Maladies de la peau*, t. II, p. 504), observé sur une femme de soixante-dix ans, et qui nous paraît se rapprocher des précédents; seulement les accidents œdémateux ont affecté une forme quasi érysipélateuse, et les troubles intestinaux ont été peu marqués.

Le travail de H. Mollière dont nous reparlerons contient aussi deux observations analogues.

Tous les faits que nous venons de rapporter ont été très-bénins: l'état général est resté bon dans l'intervalle des accès, et l'appétit a pu persister même pendant la production des œdèmes ou du purpura. Au contraire dans les cas suivants, les accidents plus intenses ou plus rapides ont entraîné la mort.

Obs. X. (Stiefdorf, *Essai sur le purpura hemorrhagica*, 1864, thèse de Strasbourg, n° 794.) — Schumacher, vingt-deux ans, lymphatique, bonne santé, hormis des épistaxis fréquentes.

Le 12 avril, sans prodromes, purpura aux membres inférieurs.

Le 17, mains enflées, douloureuses; il cesse son travail.

Le 21, syncope après une promenade.

Le 22, mains toujours gonflées; nouvelle éruption échyino-tique.

Le 24, jambes tuméfiées, douloureuses; le malade se promène.

Le 25, face, paupières tuméfiées; éruption.

Le 26, œdèmes douloureux des membres supérieurs; il entre à l'hôpital; 100 pulsations. Face, cou, membres supérieurs œdémateux, douloureux; taches variables; constipation, nausées.

Le 27, vomissements, puis douleur épigastrique atroce le matin; ventre plat et très-douloureux; plus d'œdème; dépôt d'acide urique et d'urate de soude dans l'urine.

Le 28, vomissements, ventre ballonné. Température 37 degrés.

Le 30, délire, œdème palpébro-facial; vomissements, ventre douloureux, deux selles sanguinolentes; taches conjonctivales et gingivales; 700 grammes d'urine riche en acide urique et urate. Analyse du sang, fibrine 2,49, albumine 63, globules 135, sels 14, matières extractives 4,5.

1^{er} mai, amélioration, plus d'œdème, etc.

Le 2, température 37,8, œdème de la face et du cou; selles diarrhéiques; un vomissement.

Le 3, température: matin 38 degrés; soir: 40 degrés, verge enflée, douloureuse, ténésie vésical; urine mêlée de sang, quelques crachats sanguinants.

Le 4, bonne nuit, puis éruption généralisée; 2900 grammes, urine contenant 120 grammes de sang, 11,84 d'urée, 1,26 matières extractives, 1,50 sels inorganiques, 0,70. Dents fuligineuses, ventre ballonné, indolore.

Le 5, température 38,8, plus de sang dans l'urine, diarrhée, hémostisie.

Le 6, t. 39°. Plus d'œdème, râles fins au sommet droit.

Le 7, 8, t. 39°. Nouvelle éruption généralisée; œdème douloureux de la face de la verge.

Le 9, bon état général, malgré la fièvre (température: matin, 38,5, soir 40 degrés), sommeil, moins d'œdème.

Le 10, 11, le malade se lève, vertiges; il mange, vomissements. Température 39°, soir 39,5.

Le 12, température 38,8. Eruption; soir 39,5.

Le 13, 14, température 38 degrés. Crachats pneumoniques, submatité des deux bases.

Le 15, t., matin, 38 degrés, soir, 40° 4.

Le 16, t., matin, 40 degrés, soir, 40,5. Œdème de la face et des membres supérieurs, langue gonflée, salive acide, éruption généralisée, délire, suffocation.

Le 17, température: matin 40 degrés, soir 39 degrés. Abdomen douloureux, pied enflé.

Le 18, délire, langue sale, haleine fétide.

Le 19, température 30 degrés. Submatité droite, somnolence, intelligence parfaite; mangreur; gencives ramollies, ascite; œdème douloureux généralisé.

Le 20, température: matin 39 degrés, soir 38 degrés. Eruption, diarrhée, œdème moindre, plus de submatité thoracique.

Le 21, délire la nuit, suffocation; ventre douloureux, tendu; diarrhée sanguinolente; œdème de la face et de la verge, poussée de purpura. Poids 120, température 39 degrés.

Le 22, face livide, dents déchaussées; taches livides énormes.

Température: matin 39 degrés, soir 40 degrés; poids 120.

Le 23, température, matin, 39,5. Taches s'étendant progressivement; ineisives inférieures commençant à se carier; œdème moindre, frottement périardique, toux continuelle, agonie et mort.

Autopsie. — Echymoses cutanées ne dépassant pas le derme; ecchymoses dans les muscles pectoraux, les pèvres, le péritoine, la vessie, sur les reins; cœur, rate, reins normaux; deux à trois litres de liquide jaune citrin dans les pèvres; quatre litres de liquide ascitique; intestins offrant partout une teinte noire assez prononcée. Pas de lésion microscopique appréciée.

L'histoire de ce malade est très-intéressante, nous voyons un individu être pris, au milieu d'une santé parfaite, de purpura, puis d'œdèmes variés, enfin de coliques violentes; son état général d'abord peu modifié, s'aggrave, la fièvre devient constante, et même alors les accidents, interrompus par des améliorations considérables comme, le 9, 10 mai, restent brusques et réguliers: l'œdème erre et disparaît; le purpura procède par poussées; le ventre est tantôt indolore, tantôt douloureux; nous sommes donc autorisé à rapprocher ce fait des cas précédents.

Chez les malades qui suivent, la mort s'est produite plus rapidement, mais la marche des accidents est restée la même.

Obs. XI. (Vernier, deshe déjà citée, p. 54.) — Employé cachectique. Le 21 mars, douleurs articulaires. — 22, purpura. — 23, douleur épigastrique, vomissements; poignets, genoux douloureux. — 1^{er} avril, purpura généralisé. — 2, vomissements porracés. — 3, douleurs articulaires, poids épigastrique, selles noirâtres. — 4, délire, épistaxis légère. — 5, purpura, poignets douloureux. — 6, pétéchies devenues phlyctéolides, selles sanguinolentes. — 8,

l'enfant à sa mère s'il survient non-seulement des accidents spécifiques sur les seins, mais même de simples gerçures. Vous serez réduits alors à l'emploi du biberon.

Dans tous les cas, l'enfant soupçonné de syphilis sera traité. S'il ne reçoit plus le médicament par l'intermédiaire du lait de la mère; si l'on a dû le soumettre à l'allaitement artificiel ou lui administrer encore les préparations mercurielles à faible dose avec l'aliment, ou, au besoin, on aura recours à la méthode endermique. Vous devrez toujours surveiller avec la plus grande attention la manière dont s'effectue l'alimentation; trop insuffisante ou mal tolérée elle amènerait une débilitation qui ôterait au nouveau-né toute force de résistance au moment de l'écllosion de la maladie. Si le biberon n'est pas accepté on aura recours à la cuiller; si le lait ainsi introduit dans la bouche est rejeté, on pratiquera l'alimentation par les narines.

L'alimentation par les narines n'est pas nouvelle, mais je crois pouvoir dire qu'elle a été totalement oubliée, et vous me

sauvez peut-être gré de m'écartier un moment du programme de cet enseignement pour vous la décrire sommairement; la digestion ne sera pas longue, j'espère qu'elle sera utile. Le procédé de Henriette s'était égaré, Loraïn l'a retrouvé par hasard. A l'une de ses visites de l'hôpital il déplorait son impuissance en présence d'un petit enfant qui, incapable d'avaler le lait qu'on lui déposait dans la bouche, allait mourir d'inanition. Un confrère qui assistait à cette visite et dont Loraïn a ignoré le nom approcha de l'une des narines de l'enfant une cuiller remplie de lait et les assistants furent grandement étonnés quand ils virent le liquide nourricier entraîné par l'air de l'inspiration, quitter graduellement la cuiller, s'écouler dans les fosses nasales et provoquer dans le pharynx des mouvements évidents de déglutition sans amener ni toux ni suffocation. Loraïn a pu vérifier bien des fois, depuis cette révélation fortuite, l'excellence, l'efficacité, l'innocuité de cette méthode; il l'a répandue autour de lui dans un cercle restreint, il lui a dû même une des grandes

diarrhée, eschare fessière. — 13, douleur dans le mollet gauche. — 15, cuisse gonflée, volumineuse. — 19, gangrène du mollet, ecchymoses phlycténoides en d'autres points. — 20, subdélirium. Mort.

Obs. XII. (Wagner, *Arch. der Heilkunde*, tome X.) — Homme de vingt-deux ans, bien portant. — Le 10 février 1863, pied droit tuméfié, puis douloureux. — Les 12, 14, 15, douleur dans l'avant-bras droit, puis le bras gauche, le poignet, enfin le cou-de-pied et le rachis; appétit jusqu'à 12, altité le 13, il se lève le 14, vient à l'hôpital le 15. Homme vigoureux; muqueuses, organes thoraciques normaux, ventre gonflé, douloureux, taches hémorrhagiques nombreuses de dates différentes; poignet gonflé, douloureux, ainsi que le coude et le genou, peu de sommeil, fièvre légère, pas d'alburnurie. — Le 18, douleurs de ventre, selles constantes. — Le 19, vomissements verdâtres, selles abondantes, striées de sang, muqueuses, sans membranes. Les jours suivants, selles moins abondantes, douleurs articulaires intenses. — Le 21, purpura. — Le 25, lambeaux membraneux dans les selles. — 26, amélioration générale qui persiste jusqu'à 4 mars. Ce jour, fièvre intense, dyspnée. — Le 5, ventre ballonné, douloureux, trois selles liquides, un peu d'alburnurie. — Le 6, fièvre moindre; dans l'urine, albumine plus abondante, cylindres fibrineux et globules sanguins. — Le 7, météorisme intense, soir, mort. Diagnostic: diathèse hémorrhagique.

Autopsie. — Corps amaigri, pie-mère tendue et louchée au niveau du chiasma, substance cérébrale normale; quelques infarctus hémorrhagiques de la grosseur d'une cerise à la partie postéro-inférieure des poumons, normaux ailleurs; cœur normal. Quelques onces de liquide jaune verdâtre, louelle dans le péritoine. Infractuosités entre les intestins remplis d'une masse purulente: surface intestinale d'aspect gris bleuâtre et grasseuse. Foie de grosseur normale recouvert d'une couche jaunâtre purulente; bile vert sombre, épaisse dans la vésicule. Rate normale; deux petites rates accessoires. Reins normaux dans leur capsule et leur parenchyme. Muqueuse stomacale grise, recouverte d'un mucus épais, formés en certains points injectés.

Toute la séreuse de l'intestin est louchée, la muqueuse à la partie supérieure est normale, hormis en certains points, gros comme une lentille, hyperhémisés et dépourvus d'épithélium, vers le milieu de l'intestin: surfaces grises, pilées, sèches, sans replis ni villosités, tranchant sur le reste de la muqueuse un peu tuméfiée, ces surfaces après étendues vers le colon sont parsemées de points hyperhémisés avec perte de l'épithélium.

Pollucules solitaires du gros intestin, gonflés, très-proéminents; en aucun endroit de l'intestin on ne trouve d'hémorrhagie. Ganglions mésentériques tuméfiés, grisâtres à la coupe, gros comme une cerise. Vessic normale.

Les trois observations qui précèdent nous paraissent suffisantes pour montrer la marche des accidents dans les cas mortels: nous indiquerions seulement deux autres observations publiées, la première, par Cazalis dans la REVUE MÉDICALE de 1831, et la seconde par Cruveilhier dans la GAZETTE DES HÔPITAUX de 1832; chez ces deux malades la marche des accidents a été très-rapide: l'œdème cutané s'est accompagné de rougeur vive des téguments, et sur celui de Cruveilhier,

l'œdème s'est terminé par une eschare de la joue et du nez. Zimmerman a publié aussi (*Archiv. für Heilkunde*) un cas qui paraît avoir été observé assez complètement, cas dans lequel les accidents ont duré plusieurs mois et se sont terminés par des lésions assez analogues à celles constatées chez le malade de Wagner.

(A suivre.)

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Association française pour l'avancement des sciences.
(Session de Clermont-Ferrand.)

(Fin.)

(Correspondance particulière de la GAZETTE HEBDOMADAIRE.)

SEANCE DU 24 AOUT (MATIN). — PRÉSIDENCE DE M. CHAUVÉAU.

RECHERCHES DE LÉCACTION DES NERFS SENSIBLES. M. FRANÇOIS-FRANCK.
— LA SCLÉROTIQUE: M. GAYET (DE LYON). — BÉZARDS: M. PRUNIÈRES. — MORSURE DE LA VIPÈRE: M. FREDET. — FIÈVRE INTERMITTENTE DANS LA LIMAĞE: M. POMEROT. — CANCER DES LÈVRES: M. FLEURY. — MORTALITÉ DES ENFANTS: M. DUBEST. — BROMURE DE POTASSIUM: M. PERRAULT. — PRODUCTION DE L'URÉE DANS LE TRAVAIL MUSCULAIRE: M. BLAÏN FILS. — DU COUP DE PIED: M. VERNEUIL. — VARIATIONS ÉLECTRIQUES DES NERFS DES MUSCLES, DU CŒUR: M. MAREY. — LA SENSIBILITÉ DANS LA CONTRACTURE DES EXTRÉMITÉS: M. MANOUVRIER FILS.

M. François-Franck expose quelques résultats de ses recherches sur les effets cardiaques et vasculaires des excitations des nerfs sensibles. (Cette communication sera publiée en extenso dans un prochain numéro de la Gazette.)

— M. Gayet (de Lyon) développe quelques points de l'anatomie et de la pathologie de la sclérotique. (Voy. aux Travaux originaux.)

— M. Prunières rapporte une observation intéressante de bézards hordacés chez un homme soumis médicalement, mais d'une façon intermittente, à l'usage du pain d'orge. Il s'agit de l'examen de la section un certain nombre des concrétions recueillies dans les déjections de ce malade.

M. Prunières présente en outre des pièces osseuses d'un grand intérêt au point de vue de la chirurgie préhistorique.

Nous espérons donner à nos lecteurs cette double communication en extenso dans l'un des prochains numéros de la Gazette.)

— M. Fredet (de Clermont) lit un travail important sur la morsure de la vipère dans le département du Puy-de-Dôme. Nous en rapportons les conclusions telles que les a données l'auteur:

1. La vipère grise, noire ou rouge (aspic ou pléide) du département du Puy-de-Dôme, peut quelquefois, assez souvent même,

joies de son existence. J'ai pu aussi contrôler fréquemment la réalité du fait quand j'étais chargé du service médical à la Direction municipale des nourrices, et j'ai eu la satisfaction de voir naître des nouveau-nés qui étaient arrivés à l'agonie de l' inanition et chez lesquels toute autre tentative d'alimentation avait absolument échoué. Rappelez-vous, Messieurs, que grâce à cette méthode, tout enfant, pour peu qu'il ne soit pas mort, pour peu qu'il respire, peut être alimenté et médicamenté.

J's reviens à la prophylaxie familiale de la syphilis. Si en dehors de votre intervention ou malgré vos obligations un enfant syphilitique ou menacé de syphilis a été confié à une nourrice saine, vous pourriez protester, vous pourriez même vous retirer; mais vous serez retenus souvent par cette pensée qu'une telle rupture serait préjudiciable surtout aux intérêts que vous voulez sauvegarder. En tout cas l'obligation du secret professionnel vous interdit de révéler à cette nourrice le danger qu'on lui fait courir. Au moins devez-vous pour

compenser le tort que lui cause votre silence exercer la surveillance la plus attentive, et dès qu'un accident constitutionnel apparaît dans la bouche de l'enfant, ordonner impérativement la cessation de l'allaitement.

On doit avec la même rigueur s'opposer à l'admission d'une nourrice syphilitique dans une famille saine; l'indication est souvent plus facile à formuler qu'à réaliser. Facile quand la peau est couverte de manifestations spécifiques, le diagnostic de la syphilis latente chez la femme est hérissé de difficultés; le plus habile se laisse fréquemment tromper. L'examen de la peau du cuir chevelu, de la bouche et de la gorge, même des organes génitaux, des ganglions du cou et de l'aîne, peut donner une sécurité trompeuse. On ne doit pas négliger quand la chose est possible d'examiner l'enfant de la nourrice; mais il peut se faire que cet enfant soit encore dans la période d'incubation. Au surplus, cet examen de l'enfant est bien souvent illusoire, et je ne crois pas faire de calomnie en disant qu'il vous arrivera plus d'une fois dans les bureaux de

comme je le démontre par quelques observations, par sa morsure déterminer la mort de l'homme et des animaux.

2° Quand la morsure n'est pas mortelle, elle détermine néanmoins constamment des accidents généraux plus ou moins graves, pouvant persister pendant plusieurs mois, accidents se traduisant par de la faiblesse, de l'atonie musculaire, des syncopes, des hémorrhagies, de l'anémie, des phénomènes gastriques, etc.

3° Dans le traitement de ces accidents, il importe d'agir immédiatement et énergiquement par la ligature, la succion, la cautérisation et l'administration aux blessés de boissons chaudes, aromatiques et alcooliques, poussées même jusqu'à l'ivresse.

4° Il serait important de vulgariser, par la voie administrative ou tout autre, parmi les populations des campagnes qui sont le plus exposées à ce genre d'accidents, les moyens les plus simples, les meilleurs et les plus pratiques à employer contre la morsure de ce reptile.

M. Chauveau croit que l'un des moyens les plus pratiques serait le rétablissement de l'ancienne prime dans les départements où elle a été supprimée, et son augmentation dans ceux où elle existe encore.

M. Vernet appuie cette motion et rappelle l'exemple de la forêt de Fontainebleau, autrefois infestée de vipères, et dans laquelle on n'en trouve plus aujourd'hui qu'un très-petit nombre.

— M. Pommerol communique un travail sur la *fièvre intermittente dans la Limagne* et pose quelques règles pratiques au sujet du meilleur mode d'administration du sulfate de quinine. Il s'étend sur la provenance végétale du miasme paludéen et rappelle spécialement les recherches de Salisbury sur les végétaux microscopiques, dont l'introduction dans les voies respiratoires et digestives détermine l'intoxication paludéenne. L'auteur expose sur la cause de l'intermittence et la théorie de l'accès de fièvre quelques réflexions intéressantes dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer ici ; nous dirons seulement que les phénomènes de fermentation subis par les végétaux introduits dans l'économie paraissent à M. Pommerol devoir être pris en sérieuse considération.

— M. Fleury (de Clermont) lit une note sur le *cancer des lèvres à Clermont*.

L'auteur a été frappé de la fréquence du cancer épithélial des lèvres en Auvergne, spécialement chez les montagnards. Cette lésion était beaucoup moins fréquente chez les habitants de la plaine, très-rare chez les ouvriers des villes. La cause de cette répartition du cancer des lèvres ne pouvait être l'abus de la fumée de tabac, puisque les montagnards, qui sont le plus fréquemment affectés, ne fument pas, et qu'au contraire les ouvriers des villes, le plus rarement atteints, sont tous fumeurs. M. Fleury dut donc s'élever, dans un article adressé à la GAZETTE MÉDICALE (1856), contre les conclusions du travail de M. Buisson, qui attribuait à la fumée de tabac le cancer

des lèvres désigné par lui sous le nom de *cancer des fumeurs*. L'auteur a vérifié par une statistique de plus de trente ans (1843 à 1876) les faits précédents, et arrive à rapprocher l'étiologie du cancer des lèvres de l'étiologie du cancer des ramoneurs. La malpropreté chez les montagnards et chez les ramoneurs lui paraît être la cause commune du cancer épithélial chez les uns et les autres. On sait que M. Manouvriez a invoqué l'action de la suie chez les ouvriers des manufactures de houille.

M. Fleury est du reste d'accord avec M. Buisson sur la moins grande fréquence du cancer épithélial chez la femme et sur sa localisation à la lèvre inférieure. Il pense qu'avec une hygiène mieux entendue et des soins de la plus vulgaire propreté on pourrait, sinon faire disparaître, du moins diminuer une maladie qui fait tous les ans de nombreuses victimes.

— M. Dubest : *Mortalité des enfants du premier âge dans les campagnes*. La diminution de la population rurale dans le Puy-de-Dôme reconnaît d'autres causes qu'allaitement par des mercenaires. L'industrie nourricière n'existe pas dans la Limagne. C'est à l'alimentation prématurée des enfants qu'il faut attribuer la plus large part dans cette mortalité ; mais il ne faut pas oublier non plus que le côluc égoïste est aussi pour beaucoup dans la diminution du nombre des enfants : à mesure que le paysan voit grossir son avoir et augmenter son aisance, il se préoccupe de diminuer le nombre de ses enfants.

Les conseils donnés verbalement ou même adressés aux habitants des campagnes sur des feuilles imprimées ne sont ni écoutés ni lus. Un moyen assuré pour les forcer à prendre connaissance des plus rigoureuses prescriptions de l'hygiène et des exigences sociales, serait d'annexer aux livres de piété qui sont entre les mains de toutes les mères de famille quelques pages renfermant les indications relatives à l'hygiène du premier âge.

— M. Perraut (de Libourne) : *Propriétés caustiques du bromure de potassium*. L'emploi du bromure de potassium, soit en solution concentrée, soit en poudre, a donné à M. Perraut d'excellents résultats contre certaines tumeurs ulcérées des maxillaires : les cautérisations répétées amènent la destruction du tissu pathologique et n'ont causé de douleurs qu'au voisinage des points d'implantation. L'auteur a été conduit à utiliser les propriétés caustiques du bromure de potassium examinant les effets produits sur la peau des animaux par l'injection sous-cutanée de solutions concentrées de bromure.

M. Perraut a montré après la séance, à quelques membres de la section, la vésication produite par le chloral incorporé dans une pâte molle formée de gomme adragante, etc. Le vésicatoire au chloral agit au bout de douze à quatorze heures d'application, et les ampoules ne sont complètement formées que quelques heures après qu'on a enlevé le vésicatoire. La même bande peut servir plusieurs fois.

nourries de voir au bras d'une femme qui n'a plus de lait un enfant magnifique qu'elle a emprunté à une camarade comme un accessoire favorable pour un placement avantageux. On a conseillé aussi de faire porter les investigations sur le mari de la nourrice, mais je dois confesser que ce précepte m'a toujours paru difficilement réalisable. Quand vous aurez adipsé dans une famille une nourrice qui vous paraissait saine, vous ne devez pas négliger de faire de temps à autre l'inspection de la peau du thorax et de la muqueuse buccale, et vous n'hésitez pas à lui retirer l'enfant s'il vous arrive quelque jour de découvrir une lésion suspecte.

Il est un autre danger contre lequel vous devez vous prémunir : si quelque symptôme extérieur, dont seul vous saisissez la signification, vous fait reconnaître la syphilis chez un parent, un serviteur ou un familier de la maison, vous devez sans retard l'avertir du péril qu'il peut faire courir à l'enfant et lui concilier d'éviter les baisers dont on est généralement trop prodigue envers ces petits êtres.

J'ai terminé, Messieurs, l'exposé de ce qui a trait à la prophylaxie familiale. Nous n'avons rien trouvé d'analogue dans l'antiquité ; non pas seulement parce que la syphilis était inconnue, mais parce que la pathologie des maladies vénériennes y était à peine ébauchée. Chacun de ces détails si précis par lesquels la science contemporaine cherche à opposer un obstacle à la propagation du mal a pour origine la connaissance exacte des caractères de cette maladie ; l'hygiène tout entière a été déduite de la pathologie.

D^r BOUCHARD,
Agrégé de la Faculté de Paris.

(A suivre.)

— **M. Blatin** fils (de Clermont) : *Rapports entre le travail musculaire, la chaleur et la production d'urée.* Ce travail, dont les matériaux ont été laborieusement recueillis par l'auteur sur des sujets soumis à une gymnastique raisonnée, renferme un grand nombre de déductions physiologiques et pathologiques :

Nous nous bornerons par nécessité à rappeler quelques points particulièrement intéressants.

L'exercice musculaire augmente l'oxydation des matières albuminoïdes, et quand on pousse cet exercice jusqu'à la courbature on voit la proportion d'urée s'élever quelquefois jusqu'à 75 grammes au lieu de 30 grammes, chiffre moyen. De là cette opinion de M. Blatin que les arthritiques chez lesquels l'excès d'acide urique entraîne des accidents variés, devraient se soumettre, dans la mesure du possible, à la courbature d'abord, à l'entraînement de la gymnastique ensuite. Il cite le cas d'un confrère qui, sujet aux coliques néphrétiques avant l'exercice de la gymnastique, se vit débarrassé de ses accès pendant tout le temps de l'entraînement; il dut suspendre douze jours et fut repris d'une nouvelle colique.

M. Blatin s'étend ensuite sur les rapports de la nutrition du muscle et de sa circulation; il insiste sur la rénovation totale de la fibre musculaire par l'exercice régulier.

— **M. Verneuil** : *De certaines formes graves du coup de foudre.* Une série d'observations a permis au professeur Verneuil de constater la gravité des accidents qui accompagnent quelquefois le coup de foudre. Le simple résumé des observations qu'il rapporte permettra d'en juger.

1^{re} obs. — Varices profondes des deux jambes; écorchure légère de la jambe gauche dégénérant en ulcère. Coup de foudre dans les deux mollets: plébite de tout le membre inférieur gauche d'abord, s'étendant bientôt au membre opposé; phénomènes généraux graves; guérison lente.

2^{de} obs. — Coup de foudre chez un variqueux: gonflement général de la jambe avec ecchymose très-étendue; longue convalescence; persistance du gonflement et de la faiblesse du membre au bout d'un an.

3^{de} obs. — Coup de foudre: plébite consécutive; mort trois mois après l'accident.

4^{de} obs. — Coup de foudre chez un variqueux: manœuvres intempestives exercées sur le membre malade pendant la convalescence; mort subite.

Il ressort de ces observations que les malades, prédisposés par l'état variqueux des veines du membre inférieur, ont été atteints de ruptures veineuses et ont subi tous les accidents consécutifs (plébite, thrombose, embolie quelconques).

Il faut donc aggraver dans certains cas le pronostic du coup de foudre, car il y a loin de ces lésions à la rupture du planétaire grêle, que personne n'a jamais pu constater. Sédillot (l'ancien) avait bien parlé de rupture musculaire, et Elleaume de rupture vasculaire, mais on n'avait point précisé la lésion véritable, celle qui peut donner lieu aux accidents si redoutables et trop peu redoutés du coup de foudre. De là l'indication formelle d'un repos rigoureux, d'une immobilisation complète, et l'abstention de toute manœuvre mécanique, du massage recommandé par Sédillot, etc.

M. Chauveau a été lui-même victime d'une rupture musculaire avec vaste épanchement sanguin dans le mollet; il porte encore sur le jumeau interne la trace d'une rupture profonde.

M. Chibret rappelle quelques faits qui appuient l'opinion de M. Verneuil.

— **M. François-Franck**, au nom du professeur Marey : *Inscription photographique des variations électriques des nerfs, des muscles, du cœur, avec l'électromètre de Lippmann.* Le professeur Marey a fait à ce sujet deux communications à l'Académie des sciences dans le courant de cette année. Rappelons seulement que les oscillations de la colonne de mercure renfermée dans l'extrémité capillaire du tube de l'électromètre, obéissant avec une instantanéité parfaite aux variations qui se produisent dans l'état électrique du muscle cardiaque pendant ses mouvements, ont pu être enregistrées par M. Marey, grâce à un dispositif spécial: une plaque impres-

sionnable chemine régulièrement au-dessus de la colonne oscillante fortement éclairée, et les oscillations, grandes par la lentille d'un petit microscope, sont ainsi recueillies et fixées. M. François-Franck présente deux épreuves photographiques, l'une montrant les variations électriques de l'oreille d'un cœur de grenouille, l'autre celles du ventricule d'un cœur de tortue.

M. Chauveau rappelle qu'il avait essayé de photographier les oscillations de l'aiguille du galvanomètre, mais que l'inertie de cette aiguille l'empêchant d'indiquer instantanément une variation électrique rapide, il utilisera désormais l'électromètre de Lippmann, dont le principal avantage est d'obéir avec une instantanéité presque absolue.

— **M. Maouricq** fils (de Valenciennes) : *Recherches sur les troubles de la sensibilité dans la contracture idiopathique des extrémités.* De 6 observations de contracture idiopathique des extrémités, dont 4 portent sur des femmes dans l'état puerpéral, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1^o Outre divers troubles sensitifs (sensations douloureuses ou seulement anormales), il existe constamment dans le tétanic, en dehors des accès et après leur cessation définitive, une paralysie plus ou moins accentuée des sensibilités au contact, à la douleur, à la température et au chatouillement, de la peau et souvent même des muqueuses, paralysie ayant son siège de prédilection dans les parties affectées de contracture, et ne s'accompagnant qu'exceptionnellement d'altération des sens. Ces altérations de sensibilité, accompagnées d'ailleurs de troubles circulatoires, justifient l'emploi du bromure de potassium, qui a été heureusement tenté par l'auteur contre cette maladie.

2^o Dans l'étude des paralysies sensitives, l'œsthésiomètre est indispensable pour apprécier rigoureusement l'état de la sensibilité tactile.

3^o Cliniquement, l'analgésie se dédouble en *analgésie* proprement dite, ou perte de la sensibilité à la douleur pour ainsi dire *physiologique, immédiate ou provoquée*, et en *anodynisme*, ou abolition de la sensibilité à la douleur pour ainsi dire *pathologique, consécutive ou spontanée*. (Dans une observation, en effet, la brûlure, qui n'avait pas été sentie immédiatement en tant que traumatisme, le fut consécutivement en tant que processus pathologique.)

4^o Les diverses espèces de sensibilité (œsthésie, algésie, odynie, pallesthésie, thermesthésie, sensibilité musculaire et même sens du goût) peuvent être altérées indépendamment les unes des autres. Peut-être sera-t-il possible un jour de démontrer qu'à ces sensibilités correspondent des conducteurs spéciaux, ou tout au moins des corpuscules terminaux périphériques anatomiquement distincts pour chacune d'elles.

SEANCE DU 25 AOUT. — PRÉSIDENTIE DE M. CHAUVEAU.

DÉGÉNÉRESCENCE DES POPULATIONS RURALES : M. PLANAT. — MYOPIE PROGRESSIVE : M. CHIBRET. — GOITRE OPHTHALMIQUE ET CHORÉE : M. GAGNON. — TRAITEMENT DES FISTULES DIABÉTIQUES : M. CORNILLON. — ULCÈRES TUBERCULEUX : M. LEDENTU. — OŒCUIE TRAUMATIQUE : M. NEPVEU. — ACTION DE L'ARNICA : M. IMBERT-GOURBETRE.

M. Planat : *Causes et effets des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales dans les populations rurales.* (Nous ne pouvons analyser ici ce travail consciencieux, qui renferme des vues philosophiques d'un grand intérêt, mais qui ne se prête guère à un résumé purement médical.)

— **M. Chibret** (de Clermont) : *I. Myopie progressive avec diminution de l'acuité visuelle.*

Conclusions. — 1^o gravité de la myopie chez la femme; 2^o nécessité de faire porter préventivement des verres appropriés, aux femmes atteintes d'une myopie supérieure à quatre dioptries; 3^o utilité grande et incontestable d'un traitement rationnel, destiné à arrêter le progrès de la myopie et à améliorer l'acuité en voie de décroissance.

II. *Modification au procédé d'Adams pour la guérison de l'ectropion.*

III. *Conservation des collyres à l'atropine par l'addition de bitorate de soude.*

— M. Gagnon (de Clermont) : *Rapports du goitre exophthalmique et de la chorée.* (Cette communication sera publiée comme travail original dans un prochain numéro.)

— M. Verneuil : 4^e au nom de M. Cornillon (de Vichy) : *Des ulcères et fistules diabétiques et de leur traitement par les eaux alcalines.* Ce travail ajoute une chapitres nouveaux aux indications du traitement général dans les lésions chirurgicales. M. Bourgade a déjà insisté sur l'importance de la glycosurie dans le phimosus avec balanoposthite. Les observations de M. Cornillon viennent à l'appui des conclusions ci-dessus relatées. Mais si le traitement du diabète par les eaux alcalines peut rendre de grands services, il est des cas (comme l'a rappelé au sujet de cette communication M. Bourgade), dans lesquels les diabétiques avancés éprouvent les plus fâcheuses conséquences d'une cure à Vichy. De là la nécessité d'insister, ainsi que l'a fait M. Verneuil, sur les variétés des indications et de faire la part, dans les traités de pathologie, de toutes ces lésions chirurgicales dont le traitement relève en grande partie de celui des affections générales.

— 2^e Au nom de M. Ledentu : *Note sur un cas d'ulcère tuberculeux des gencives, de la joue et des deux lèvres.*

Il s'agit, dans l'observation de M. Ledentu, d'un homme de trente-trois ans, né d'un père phthisique, et ayant présenté dans son enfance des accidents de délire à la suite d'une lésion de l'oreille. Il toussa depuis longtemps, avait la voix voilée, et après son entrée à l'hôpital il eut deux hémoptyses. Ce malade portait sur les lèvres des ulcérations, sans induration à la base, sans saillies papilliformes, mais avec élevures granuleuses, d'aspect jaunâtre. Aux environs de ces ulcérations, on voyait sur la muqueuse labiale de petites saillies acuminées, avec un point jaunâtre au sommet.

Un premier traitement local avec la teinture d'iode n'ayant pas amené d'amélioration, on badigeonna les surfaces ulcérées avec une solution concentrée de chlorate de potasse. Survint une violente inflammation, et plus tard les ulcérations s'étant détergées présentèrent l'aspect d'une plaie borgeonnante avec limbe cicatriciel. Mais pendant ce temps l'état général du malade s'est aggravé et la phthisie pulmonaire ne tardera pas à l'emporter.

Les lésions ulcéreuses des lèvres, d'après l'existence d'une tuberculose pulmonaire héréditaire et d'après l'ensemble des signes locaux, sont donc de nature tuberculeuse, et les saillies jaunâtres avoisinantes sont dues à des dépôts tuberculeux de la muqueuse.

M. P. Reclus fait remarquer que ces petites saillies papilliformes avoisinant les ulcères tuberculeux, et remarquables par le point jaunâtre de leur sommet, ne sont point, comme on l'a pensé, le résultat de l'oblitération des canaux excréteurs de glandules muqueuses : ce sont de véritables bourgeons avec dégénérescence granulo-graisseuse de l'extrémité.

— 3^e Au nom de M. Noyeu : *Oligurie traumatique.* Cette communication dont l'intérêt, au point de vue de la pathologie générale, n'échappera à personne, sera insérée *in extenso* dans un prochain numéro de la Gazette; nous nous bornerons donc à rappeler qu'un blessé présenté, à la suite de la lésion d'un *uretère*, un défaut presque complet de sécrétion urinaire. En admettant que l'uretère divisé versât l'urine du rein gauche dans la cavité péritonéale, le rein droit devait sécréter encore une certaine quantité d'urine, et cependant la quantité retirée de la vessie était absolument insignifiante.

M. Verneuil attribue cette suspension de la sécrétion rénale à un acte réflexe d'arrêt et insiste sur l'importance de ces actions suspensives, ainsi que sur la nécessité de leur consacrer des études physiologiques spéciales.

M. François-Franck ajoute que ces effets réflexes entre deux organes symétriques, ce retentissement de l'impression reçue par l'un sur la circulation de l'autre, ont été observés par MM. Brown-Séquard et Tholozan dans leurs expériences sur l'influence croisée du froid appliqué à une main, la température de l'autre main étant interrogée; il a lui-même, avec Mosso (de Turin), pu suivre d'une façon beaucoup plus directe les effets réflexes des nerfs sensibles sur les nerfs vasculaires, en étudiant la conséquence immé-

diante du resserrement des vaisseaux; la diminution du volume de la main.

— M. Imbert-Gourbeyre lit un travail sur les propriétés de l'arnica dans les traumatismes. Il insiste sur la valeur réelle du moyen populaire.

— M. Chauveau, président, propose d'émettre un vote sur la subdivision de la section des sciences médicales en sous-sections, subdivision qui semble nécessaire par la surcharge des ordres du jour. Il ne demande pas que la séparation soit complète, mais que l'anatomie et la physiologie, par exemple, puissent constituer une sous-section dont les séances se tiendraient à des heures différentes des heures de réunion de la section principale (médecine et chirurgie), en sorte que chacun pourrait bénéficier des communications de tous les autres membres, ayant la faculté d'assister à toutes les séances.

Après quelques réflexions de MM. Leudet, Verneuil, Bergeron, etc., la section délègue M. Verneuil, membre du conseil d'administration, pour présenter les considérations sur lesquelles est appuyée la demande de subdivision; mais la section des sciences médicales émet le vœu formel de conserver son unité réelle, malgré la scission que paraît nécessiter l'abondance des communications qui lui sont apportées.

— La séance est levée après quelques paroles de M. le président Chauveau, déclarant terminés les travaux de la section et remerciant les membres du concours qu'ils lui ont prêtés en réduisant leurs communications de manière à ce que les ordres du jour si chargés pussent être complètement épuisés.

D^r FRANÇOIS-FRANCK.

Congrès annuel de l'Association médicale anglaise (British Medical Association).

Section de médecine.

SÉANCE DU 4 AOUT 1876. — PRÉSIDENT DE M. CHADWICK

HÉMIATROPIE FACIALE PROGRESSIVE : N. W. HIME. — EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DE L'ALCOOL : N. NORMAN KERR. — DIAGNOSTIC DU VENTRE ADDITIF : M. GOWEINS.

HÉMIATROPIE FACIALE PROGRESSIVE. — Le docteur W. Hime désigne sous ce titre l'affection qui est généralement décrite sous le nom d'atrophie unilatérale progressive de la face. L'hémiatrophie est très-rare et n'avait pas été étudiée avant 1825. Elle commence d'abord par les parties molles, mais elle peut atteindre les cartilages et même les os. Les auteurs ne sont pas d'accord sur la nature exacte de l'affection. Est-elle produite par une altération du système nerveux et, s'il en est ainsi, quels sont les nerfs affectés? La théorie qui attribue la maladie à une diminution de la quantité de sang fournie aux régions affectées est tout à fait improbable et ne s'accorde pas avec les données de l'anatomie pathologique. Il est plus rationnel d'admettre, avec Vulpius, Pfäfer et Erb, que l'atrophie est due à une lésion des dernières ramifications nerveuses qui régularisent la nutrition des cellules.

Dans beaucoup de cas il n'y a pas de lésions particulières des muscles et les rameaux nerveux importants, tels que le trijumeau, le nerf facial, sont indemnes. Après avoir cité plusieurs cas dans lesquels les fonctions de ces nerfs étaient intactes malgré une atrophie unilatérale très-marquée, le docteur Hime conclut que la lésion n'occupe ni les nerfs vaso-moteurs ni les gros rameaux nerveux de la face, mais les fibres nerveuses qui régularisent la nutrition.

EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DE L'ALCOOL. — Le docteur Norman Kerr combat l'usage si répandu aujourd'hui de prescrire l'alcool dans le traitement des fièvres, de la pneumonie, du

choléra, de la pyohémie, etc. Il pense que l'alcool devrait être prescrit avec autant de soin que les toxiques les plus énergiques. Cet agent est la plupart du temps inutile et souvent dangereux. L'auteur entre ensuite dans quelques détails sur le traitement non alcoolique des hémorragies et principalement des hémorragies *post partum*; sur cinquante cas qu'il a eu à traiter, il n'a jamais employé l'alcool et s'en est fort bien trouvé. Le docteur Kerr cite le cas d'une jeune dame qui s'adonna à l'usage des boissons alcooliques à la suite des prescriptions de son médecin, et pense que l'habitude de prescrire des stimulants alcooliques est en grande partie cause de la fréquence de l'ivrognerie en Angleterre.

Il est avéré que ce vice est plus répandu chez les femmes du peuple en Angleterre que dans beaucoup d'autres pays, et il est loin d'être rare chez les femmes appartenant à un milieu social plus relevé. Il est difficile de fournir des renseignements précis sur ce point; mais si l'on considère le nombre considérable de maisons de santé destinées à donner asile aux femmes dipsomanes et à les guérir, on est en droit de croire qu'il en existe un nombre relativement considérable.

Le docteur *Drysdale* exprime la même opinion que M. Kerr, mais il pense que l'alcool peut néanmoins trouver quelques applications en thérapeutique. Il ne croit pas à la valeur de l'alcool dans les fièvres et il ne le considère pas comme un aliment, mais il pense qu'il est utile dans la dysménorrhée et autres affections où les stimulants sont indiqués. Dans tous les cas il pense que l'alcool est plutôt nuisible qu'utile chez l'homme sain.

Le docteur *Law* remarque que l'expérimentation a donné des résultats contradictoires. A Edimbourg, Mackintosh traitait ses fièvres par la saignée et prescrivait l'alcool, tandis que dans la *Royal Infirmary* de la même ville on ne saignait jamais et on employait l'alcool à haute dose. Les résultats obtenus par les deux méthodes étaient à peu près les mêmes.

DIAGNOSTIC DU VERTIGE AUDITIF. — Le docteur *Gowers* remarque que cette forme de vertige semble quelquefois dépendre des fonctions gastriques plutôt que de l'oreille, ce qui peut conduire à des erreurs. Il y a plusieurs circonstances dans lesquelles les symptômes gastriques peuvent obscurcir la véritable nature de l'affection. Le vertige est souvent accompagné de vomissements; il y a quelquefois une attaque de dyspepsie à laquelle on attribue l'étourdissement. On a en effet remarqué que la plus légère interruption des fonctions digestives peut produire ce vertige et que l'observance d'un régime bien entendu est le meilleur moyen de s'en préserver. Les caractères suivants peuvent faire reconnaître l'origine de l'affection: Lorsque le vertige est très-marcué et se répète souvent, on doit soupçonner une origine auriculaire; le vertige auditif est très-défini, tandis que celui produit par l'estomac est le plus souvent indéfini. L'auteur rapporte deux cas. Dans le premier, un vertige auditif caractéristique coïncidait avec quelques lésions des nerfs crâniens qui se manifestait par une altération dans les fonctions des sens et le malade souffrait également d'un ulcère chronique de l'estomac; les désordres gastriques étaient le point de départ de vertiges très-intenses. Quoique la lésion de l'estomac fût tout à fait accidentelle, le diagnostic était néanmoins très-difficile. Dans le second cas, le malade avait une dyspepsie à laquelle il attribuait des vertiges qui en réalité étaient dus à une affection du labyrinthe. L'auteur termine sa communication en signalant les quelques points de rapprochement qui existent entre les symptômes du vertige et ceux de certaines formes légères d'apoplexie et du *petit mal*.

D^r LUTAUD.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 28 AOÛT 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. LE VICE-ANIMAL PARIS.

La dernière séance ne renfermait rien de relatif à la science médicale.

Nous devons réparer un oubli échappé au rédacteur du compte rendu de la séance du 14 août.

M. Larrey ayant présenté à l'Académie, dans cette séance (voy. *Gazette hebdom.*, p. 489), un mémoire de M. Minich « sur la cure antiseptique des plaies et sur un nouveau mode de pansement », MM. *Polli* et de *Pietra-Santa* ont, dans la séance du 14 août, revendiqué la priorité de l'idée qui a inspiré le mémoire de M. le docteur Minich. Ils ont adressé à l'Académie une série de documents concernant leurs travaux sur les maladies par ferment morbifique, et surtout, dans leur cinquième conclusion, que « les maladies dans lesquelles on a constaté l'action bienfaisante des sulfites sont les affections déterminées par un ferment pathologique : fièvres paludéennes, fièvre puerpérale, affections par absorption purulente, diphtérie, phthisie pulmonaire aux périodes de ramollissement et de fonte des tubercules, solutions de continuité à sécrétion ichoreuse, plaies de mauvaise nature et ulcères variqueux. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 5 SEPTEMBRE 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. CHATIN.

M. le Président annonce la mort de M. *Putegnat* (de Lunéville), membre correspondant, et celle de M. *Gobley*, trésorier et membre du conseil d'administration de l'Académie.

La séance est levée immédiatement en signe de deuil.

Société médicale des hôpitaux.

ERRATUM. — Le compte rendu de la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux (voy. page 557) doit être modifié comme il suit :

M. *Lereboullet* présente à la Société, au nom et de la part de M. le docteur *Widal*, médecin principal à l'hôpital du Gros-Caillois, les pièces anatomiques provenant de l'autopsie d'un sujet qui était atteint de kystes hydatiques multiples développés dans l'abdomen. Ce malade était entré à l'hôpital de Versailles, dans le service de M. *Widal* qui, après avoir diagnostiqué un kyste hydatique du foie et inutilement essayé de le vider par la ponction, eut recours à l'application des caustiques. La tumeur du foie se vida et le kyste se cicatrisa peu à peu. On reconnut ensuite l'existence de nombreux kystes développés dans les replis du mésentère, et l'on soupçonna l'existence d'un kyste de la rate en raison des douleurs vives accusées par le malade au niveau de cet organe. Après plusieurs semaines de séjour à l'hôpital, le malade succomba à une péricardite strimigüe. Il n'existait cependant aucun kyste hydatique dans le poumon, le péricarde ou le cœur. La maladie ne s'était développée que dans les régions du corps situées au-dessous du diaphragme.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 9 AOUT 1876. — PRÉSIDENCE DE M. MARJOLIN.

CORRESPONDANCE. — SUR LA CURE DES ANÉVRYSMES. — DE LA RÉSECTION DE LA HANCHE. — FIBROMES NASO-PHARYNGIENS. — HÉMATOCÈLE DE L'ÉPIDIDYME. — PRÉSENTATION DE MALADE.

La correspondance comprend : 1° une thèse de M. Thomas sur la température dans le tétanos; 2° les MÉMOIRES DU CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL DE BRUXELLES; 3° un volume : LA GRAVELLE ET LA PIERRE ÉTUDIÉES À CONTREXÉVILLE, par M. Debout.

— M. Verneuil fait un rapport sur un mémoire adressé à la Société de chirurgie par M. Asello Caselli (de Bologne). Il s'agit d'un procédé d'excision appliqué à la cure d'un anévrisme. Un homme avait, au tiers-moyen de la cuisse, un anévrisme d'origine traumatique. La compression avec le doigt, avec les appareils, avec le cachet, etc., la diète, les saignées, etc., avaient été employées sans résultat pendant deux mois. Cherchant à soulever la poche anévrysmale entre les mains et la tordant sur son axe (torsion d'un quart de cercle), M. Caselli remarqua que les battements cessaient. Le chirurgien fixa l'anévrisme dans cette nouvelle position avec deux attelles de bois. En trois jours l'anévrisme était guéri. M. Verneuil analyse ensuite une brochure de M. Clementi (de Catane), parue en juillet 1875. Elle traite de l'ischémie artificielle dans les opérations chirurgicales. Walter Reid vient de publier un travail sur le même sujet, et il relate un cas de guérison d'anévrisme par l'application de la bande d'Esmark pendant quelques heures. Dans sa brochure, Clementi recommande ce traitement, mais ne donne pas d'observation à l'appui. Le travail de Reid est de septembre 1875.

— M. Lucas Championnière lit un rapport sur un mémoire de M. Brudon, médecin-major : DE LA RÉSECTION DE LA HANCHE DANS LES COXALGIES SUPPURÉES AVEC FISTULES ANCIENNES.

— M. Ollier présente un malade atteint de fibrome naso-pharyngien. Voilà dix ans que ce malade est en traitement. Il a subi l'opération de Nélaton, deux fois l'opération de M. Ollier; il a été cautérisé dix-sept fois par Richard. Maintenant le tissu fibreux est devenu spongieux et érectile.

M. Ollier avait déjà rencontré des fibromes anévrysmatiques, mais jamais un tissu aussi pulsatile. Les pulsations existent à un degré extraordinaire et la tumeur est réductible. Ayant creusé un trajet dans la masse avec un fer rouge, il en résulta une hémorrhagie; le sang cessa de couler après que M. Ollier eut bouché le trajet avec une flèche de caustique de Canquoin. La tumeur fut détruite en partie avec ce caustique.

Le malade a vingt et un ans. Les récidives sont moins rapides; M. Ollier espère un bon résultat.

— M. Ollier fait une communication sur une affection non décrite, l'hématocèle de l'épididyme, consistant en une tumeur sanguine développée dans l'épididyme ou contre l'épididyme. L'un des malades observés avait douze ans, l'autre quatorze. Dans les deux cas il y eut traumatisme : coup de pied et contusion. Les deux sujets avaient une inversion testiculaire.

Les malades accusaient une douleur vive ; un épanchement considérable existait dans les tuniques du scrotum. Dans le premier cas la tumeur siégeait à la tête de l'épididyme; dans le second cas près de la queue. La première avait le volume d'un petit œuf, était assez dure, mais laissait deviner un contenu liquide; la seconde avait à peu près les mêmes caractères.

M. Népveu a rencontré souvent de petites hématocèles de l'épididyme, soit dans la tête, soit près de la queue, chez des sujets d'ailleurs sains.

M. Ollier a diagnostiqué la nature de la tumeur; trauma-

tisme, masse arrondie, non transparente; par la ponction, écoulement d'un liquide sanguinolent ou couleur chocolat.

Quelle est l'origine de ces tumeurs? Elles peuvent venir des restes d'organes fœtaux qui se trouvent dans la région de l'épididyme, ou bien d'un kyste ignoré qui se transformerait en hématocèle sous l'influence du frottement. La paroi de la tumeur ne renferme pas d'épithélium. C'est sur des sujets de quatorze à quinze ans que Népveu a remarqué ces kystes sanguins; ils se développent peut-être sous l'influence du mouvement vital qui se produit dans les testicules à cette époque de la vie. Enfin, on peut encore soutenir que l'hématocèle vient d'un kyste formé dans le canal épiddymaire à la suite d'une contusion.

Comment traiter ces tumeurs? Il faut les énucléer, les disséquer avec soin pour ménager les conduits spermatiques. Le siège au niveau de l'épididyme est démontré par les deux pièces que présente M. Ollier.

M. Tillaux. Sont-ce des hématocèles de l'épididyme? L'épididyme est un conduit très-fin; le kyste est-il dans ce tube fin ou dans le tissu cellulaire péri-épididymaire? Le départ doit être dans un tube préexistant : l'hydrocèle enkystée spermatique a précisément ce siège.

M. Nicaise donnerait volontiers à ces tumeurs le nom de kystes sanguins de l'épididyme; peut-être que dans l'examen attentif des parois on trouvera des vaisseaux nouveaux donnant l'explication du contenu.

M. Guyon a observé trois exemples d'hydrocèles enkystées spermatisées transformées en hématocèles. Un premier cas à la Clinique, en 1868; la ponction donna du sang; une seconde ponction donna un liquide moins foncé; on fit alors une injection iodée et le malade guérit.

Dans les deux autres cas, M. Guyon put faire l'autopsie, car l'un des malades mourut de la rupture d'un anévrisme et l'autre d'un phlegmon des bourses.

M. Ollier. M. Verneuil a vu sur un chien le canal déférent et l'épididyme criblés de petites ampoules, formant comme le premier degré de l'hématocèle; il faut conserver ce mot, parce que la pathogénie de l'affection n'est pas démontrée.

M. Larrey a vu, il y a dix-huit ans, au Val-de-Grâce, un militaire qui portait à la tête de l'épididyme un kyste du volume d'un œuf; une ponction donna issue à du sang.

— M. Lucas Championnière présente un enfant de six semaines né avec le pied renversé sur la jambe. M. Trélat pense qu'il s'agit d'une fracture intra-utérine. Les membres de la Société de chirurgie présents pensent qu'il serait bon de briser le col difforme pour ramener le pied dans sa position normale.

REVUE DES JOURNAUX

Observation d'hémianesthésie consécutive à la fièvre typhoïde suivie de réflexions sur les troubles sensitivo-moteurs qu'on remarque dans la convalescence de cette maladie, par le docteur E. CALMETTE, médecin aide-major à l'hôpital du Dey (Alger).

Dans les articles publiés par la GAZETTE HEBDOMADAIRE sur l'hémianesthésie, l'étude était faite principalement au point de vue de la localisation cérébrale; l'auteur, recherchant les causes diverses de ces troubles de la sensibilité, n'avait pas cité d'exemple d'hémianesthésie consécutive à la fièvre typhoïde; M. Calmette vient d'en publier une observation, observation qui vient montrer à combien de causes variées est dû ce symptôme, l'hémianesthésie. Voici le résumé de cette observation :

Le malade entre à l'hôpital du Dey le 16 avril 1875; le jour même on constate les signes classiques d'une fièvre

typhoïde parvenue à son second septénaire; la température axillaire était de 39°,6, et le malade présentait, comme troubles nerveux, des spasmes musculaires, des soubresauts des tendons et un subdelirium presque continu. Parole embarrassée.

Le 22, l'ataxie des jours précédents fait place à une adynamie profonde: les soubresauts des tendons ont disparu, mais le malade est dans un état de somnolence continue. Le délire ne reparait plus qu'à des intervalles éloignés.

Le 27, on constate du côté de l'appareil sensitivo-moteur les troubles suivants :

Motilité. — Légère hémiplegie du membre supérieur droit; de ce côté on trouve un léger épiphora, la pupille est légèrement dilatée, la lœtte est déviée à gauche, les mouvements de déglutition sont gênés à droite, mais les mouvements réflexes sont normaux des deux côtés du corps.

Sensibilité. — Hémianesthésie de tout le côté droit, il y a diminution de la sensation de contact (anesthésie), de douleur (analgésie), de température (thermo-analgésie), aucune altération de la vision, si ce n'est cependant une fatigue de l'œil droit. L'audition était presque complètement abolie à droite, de même pour l'olfaction et la sensibilité gustative du côté droit. « Du tabac inure moi dans la narine droite et enfoncé profondément dans l'intérieur du nez ne provoquait ni éternement ni sensation quelconque. Une pincée de sulfate de quinine ou de sel placée sur la moitié droite de la langue ne donnait lieu à aucune impression. »

La parole était embarrassée, « elle ressemblait tout à la fois au balbutiement de l'enfant qui s'essaye à parler et à la lenteur traînante du vieillard qui ne possède plus les organes nécessaires à l'articulation des mots. »

Le malade éprouvait une vive douleur localisée en un point situé au tiers moyen de la région temporo-occipitale gauche; cette douleur était continue, mais avec exacerbation nocturne.

Le 3 mai l'hémianesthésie a complètement disparu, mais on trouve encore de la déviation de la lœtte et l'altération de la parole. Les mouvements d'élevation et de flexion dorsale de la langue ne se font pas. Ces deux phénomènes morbides, joints à la douleur céphalique localisée, persistent avec opiniâtreté. Le 24 septembre 1875, jour où le malade a été examiné pour la dernière fois, il ne reste que quelque chose d'insolite dans l'articulation des mots.

M. Calmette fait suivre cette observation d'un historique de la localisation de l'hémianesthésie, nous n'avons pas à en parler parce qu'il a été fait plus complètement dans la GAZETTE (n° 10, 23 et 24, 1876); mais rapprochant son observation d'autres observations publiées par Gubler (1860), par Baillif (*Des paralysies consécutives à quelques maladies aiguës*, Paris, 1872), par Fritz (*Etude clinique sur les divers symptômes spiniaux observés dans la fièvre typhoïde*, 1864), de Chédevigne (*De la fièvre typhoïde et de ses manifestations congestives, inflammatoires et hémorrhagiques vers les principaux appareils de l'économie*, 1866), M. Calmette donne les conclusions suivantes :

1° L'hémianesthésie consécutive à la dothiéntérie est un phénomène très-rare, mais que l'on peut assimiler aux autres troubles du système nerveux observés au début de la convalescence.

2° Les troubles correspondent souvent à des altérations portant sur les centres nerveux, moelle épinière et encéphale.

3° Ces altérations peuvent être congestives, inflammatoires et hémorrhagiques.

(*Union médicale*, n° 86, 89 et 92, juillet et août 1876.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité clinique des maladies de l'utérus, par J.-N. DEMARQUAY, chirurgien des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine et M. le docteur O. SAINT-VEL. In-8 de 600 pages, avec figures intercalées dans le texte. — V. Adrien Delahaye et C. Paris 1876.

Quand une mort prématurée est venue surprendre Demarquay dans la force de l'âge et la plénitude de son talent, le livre que nous avons entre les mains était depuis longtemps conçu; avec l'aide de M. le docteur Saint-Vel, son ami, il en avait colligé les matériaux, préparé le plan et commencé la rédaction. En mourant, il a confié à son collaborateur le soin d'achever ce travail depuis si longtemps caressé. Celui-ci a rempli sa tâche avec dévouement. Pendant toute la période préparatoire il avait travaillé avec Demarquay; chaque chapitre important avait été l'objet de longues conférences, et par une pieuse condescendance il a, dans bien des points, reproduit presque textuellement les opinions de Demarquay dans leurs plus minutieux détails. Mais il ne s'est pas effacé devant le maître, et c'est bien un travail fait en commun et non pas un ouvrage de Demarquay, publié par M. Saint-Vel que le lecteur a devant lui.

Les maladies utérines, depuis dix ans, ont été l'objet de bien des publications importantes, de bien des livres devenus classiques; et cependant nous ne craignons pas de le dire, au milieu de tous ces travaux remarquables, l'ouvrage de MM. Demarquay et Saint-Vel prendra une place à part, surtout par son côté clinique. Il faut en effet qu'on se souvienne que les matériaux en ont été puisés à la Maison municipale de santé, là où viennent aboutir bien des cas compliqués, non-seulement de Paris, mais de la France entière et même de l'étranger.

C'est, en effet, surtout au point de vue clinique que ce travail est conçu, et dans bien des chapitres il sera facile de reconnaître que la description de la maladie remet le malade devant les yeux.

Nous ne prendrons pas le livre chapitre par chapitre; nous nous bornerons à signaler quelques passages qui offrent un intérêt plus nouveau, et en négligeant les détails nous ne manquerons pas à notre tâche, croyons-nous, car la plupart de nos lecteurs liront tôt ou tard le livre lui-même.

L'étude de la *Métrite* ne comprend pas moins de 140 pages, et l'on peut dire que ce sujet est traité complètement. C'est pendant la période d'activité sexuelle, alors que l'utérus est le siège d'une action nutritive extrême que se montre la métrite. Aucune affection n'a peut-être donné lieu à plus de divergences entre les auteurs, à des discussions plus passionnées. La cause en est que les divers tissus qui composent l'organe de la gestation, non-seulement sont fort disparates et peuvent ainsi reprendre d'une façon différente aux agents d'irritation, mais plus encore peut-être, qu'un même tissu, une même membrane, s'enflammera d'une manière ou d'une autre, sécrètera à un moment, proliférera à un autre, suivant l'état physiologique dans lequel elle est au moment où elle est touchée par l'agent vulnérant.

Outre ces divergences dont on trouve la cause dans l'utérus lui-même, il y a encore l'influence des causes générales, de la manière d'être du sujet qui retentit sur l'utérus comme sur les autres organes. Ajoutons que soumis à des causes quasi traumatiques et bien souvent répétées, l'utérus doit souvent s'enflammer. La métrite, si l'on se laisse guider par le simple raisonnement, doit donc être une maladie fréquente; or la clinique vient ici vérifier les prévisions théoriques et MM. Demarquay et Saint-Vel croient quelle est de toutes les affections utérines de beaucoup la plus répandue. Cette opinion n'est pas admise sans conteste par tous les praticiens, et nous devons signaler, comme ayant un grand intérêt, le passage dans lequel les auteurs plaident

avec éloquence et conviction la cause de la métrite, et cherchent à établir que beaucoup d'affections qu'on regarde comme étrangères à l'inflammation ne reconnaissent pas d'autres causes. Mais en même temps ils croient que dans l'étude de la métrite les divisions ont été beaucoup trop multipliées, et qu'en étudiant quelques types bien définis, il devient facile d'y faire rentrer tous les cas particuliers si l'on tient compte des circonstances dans lesquelles ils se sont développés, des causes qui les ont produits et plus encore peut-être de l'état général des malades.

Ceci dit, nous laisserons de côté tout le chapitre consacré aux métrites, et nous nous bornerons à rendre compte de la très-intéressante étude que les auteurs ont consacrée aux inflammations utérines développées chez les vierges.

La métrite peut-elle exister chez les vierges ? C'est là une question qui n'est pas absolument résolue pour tout le monde, mais hâtons-nous de dire que MM. Demarquay et Saint-Vel se prononcent franchement pour l'affirmative.

« L'état de virginité ne prévient pas le développement des maladies utérines, disent les auteurs ; or chez la vierge ce sont les troubles de la menstruation et la métrite qui dominent. » La métrite du corps et celle du col, la métrite catarrhale, s'observent chez les vierges aux différentes phases de la vie sexuelle, coïncidant avec l'établissement difficile ou douloureux de la menstruation, avec les désordres que des causes variées amènent dans le cours de la fonction, et avec les troubles qui souvent précèdent sa cessation. La métrite est sans doute plus rare chez elles puisque les causes principales qui l'occasionnent, les conséquences des rapports sexuels et les modifications de la grossesse suivies des accidents de la parturition, sont rayées de l'étiologie ; elle est toutefois moins rare qu'on ne pourrait le penser.

Bien que l'assertion repose sur les statistiques, on peut dire que les corps fibreux, les kystes abdominaux et le cancer sont relativement aussi fréquents chez les vierges que chez les multipares. Pourquoi chez les premières ces lésions du déclin d'une fonction seraient-elles fréquentes, tandis que celles correspondant à l'établissement et à la période active de cette même fonction, comme les métrites ? ne le seraient pas ? La cause productrice principale de la métrite virginalo provient des troubles de la menstruation. Or ils sont loin d'être rares chez la jeune fille. Elle présente souvent la dysménorrhée et la ménorrhagie liées à la chloro-anémie. La dysménorrhée sans lui être exclusive est presque son apanage, et se modifie souvent d'une manière complète sous l'influence des rapports sexuels et de la parturition. Ne peut-on pas se demander avec la réserve exigée par une question à laquelle on ne saurait répondre, si les réactions physiques et morales d'un état contre nature, en définitive, comme la virginité qui se prolonge, réactions qui ne sont pas sans exercer de fâcheuses influences sur la menstruation, n'ont pas une certaine part dans la production des métrites, comme plus tard dans celle des tumeurs fibreuses et du cancer ?

Ce qui a fait croire à la rareté de la métrite virginalo, et qui l'a fait souvent méconnaître, c'est qu'elle n'est pas comme ses dernières affection, aisément visible et tangible.

Après l'étude de la métrite virginalo, les auteurs dans un long chapitre nous donnent un exposé complet des divers traitements des métrites ; les méthodes sont exposées dans leur ensemble, puis chaque agent médicamenteux, chaque procédé opératoire est l'objet d'une étude détaillée. On voit donc que le chapitre des métrites est aussi complètement exposé qu'il était utile.

Les corps fibreux de l'utérus, les myomes, forment l'objet du chapitre suivant. L'étude anatomique, la genèse, le développement de ces tumeurs sont analysés et souvent appuyés sur des faits particuliers du plus haut intérêt ; les rapports des corps fibreux avec la grossesse et la parturition ne sont pas négligés. Enfin les auteurs arrivent à la question si importante du traitement.

On peut dire qu'il y a seulement quelques années le traitement des corps fibreux utérins n'existait pas. Depuis, des tentatives sérieuses et rationnelles ont été tentées, et si dans beaucoup de cas les moyens employés ont complètement échoué, on peut cependant dire qu'on possède assez de cas de guérison pour que les méthodes doivent être étudiées davantage et souvent appliquées. L'ergot de seigle qui permet d'espérer la contraction, puis l'atrophie des tumeurs, est un agent thérapeutique qui a rendu bien des services ; et la gastrotonie a, entre les mains de chirurgiens habiles, délivré bien des femmes de tumeurs réputées incurables. Ces procédés de traitement sont dans l'ouvrage de MM. Demarquay et Saint-Vel l'objet d'une étude approfondie et qui restera encore longtemps le dernier mot sur la question.

Il est une variété de corps fibreux de l'utérus qui avait surtout fixé l'attention de Demarquay ; nous voulons parler de ceux qui se vascularisent d'une manière excessive, et se transforment en quelque sorte en tissu érectile. Demarquay avait voulu que ces tumeurs occupassent dans son livre une place d'honneur. M. Saint-Vel a donné à cette étude tous les développements qu'elle pouvait comporter. Le point le plus nouveau de ces recherches consiste à établir que les myomes caverneux peuvent devenir une variété de ces polypes connus sous le nom de polypes intermittents. Deux observations recueillies dans le service de Demarquay montrent le mécanisme de cette intermittence. Dans ces deux cas il s'agissait de tumeurs musculaires, dont le tissu était dans tous les sens sillonné de cavités vasculaires, tapissées par la membrane interne des vaisseaux. Quand la tumeur était gorgée de sang elle triplait de volume, quand au contraire on la comprimait de manière à faire disparaître autant que possible les cavités des vaisseaux, il en résultait une très-notable diminution. On comprend que si sur le vivant la tumeur pouvait tantôt être gorgée de sang, tantôt vide, elle pouvait ou bien faire saillie dans la cavité du col, ou bien se cacher profondément dans la cavité utérine, et être ainsi tantôt accessible, tantôt inaccessible quand on la recherchait. Mais pouvait-il en être ainsi ? La disposition des faisceaux musculaires qui forment la plus grande partie de ces tumeurs, prouve qu'au moins elle pouvait dans certains cas notablement diminuer.

Autour des cavités vasculaires, les fibres musculaires étaient disposées en anneau sous une forme concentrique, de sorte que quand elles venaient à entrer en contraction, il devait en résulter un effacement notable des vaisseaux et par conséquent une diminution de la tumeur. On voit donc que pour certains cas, au moins, l'explication des polypes intermittents est fournie par ces faits.

Nous ne pouvons pas nous étendre, comme nous l'eussions désiré, sur les chapitres suivants ; l'histologie des polypes muqueux de l'utérus, celle si intéressante des tumeurs cystiques de cet organe, nous fourniraient à elles seules plus de développements que n'en comporte cette revue.

Dans un chapitre fort important les auteurs entreprennent l'histoire des déviations utérines et des déplacements de la matrice. L'étiologie est traitée très en détail, car les auteurs montrent que c'est le plus souvent en se tenant en garde contre les causes qui produisent ces accidents qu'on évite ces infirmités si pénibles pour les femmes ; la prophylaxie constitue ainsi un chapitre important du traitement. L'énumération et l'examen critique des diverses variétés de pessaires méritent encore l'attention et les détails dont ils sont l'objet.

Enfin l'étude des affections utérines se termine par celle du cancer. Au point de vue clinique, diagnostic et traitement, c'est là un des meilleurs chapitres de l'ouvrage ; il ne peut se résumer, il faut le lire pour en comprendre l'intérêt.

L'ouvrage tel qu'il était conçu devait comprendre deux volumes, et le second être consacré aux maladies des annexes. M. Saint-Vel a ajouté au premier volume le chapitre

vaginisme que nos lecteurs connaissent (voy. *Gaz. hebdomadaire*, 1875), et qui montre dans quel esprit cette seconde partie eût été conçue.

Nous ne nous sommes étendu que sur deux points; c'était pour nous une nécessité; mais que nos lecteurs se persuadent que les autres chapitres sont analogues à ceux-là, et nous sommes convaincu qu'ils accepteront cet ouvrage comme un des meilleurs qui aient jamais été écrits sur ce sujet.

H. CHOUPEL.

VARIÉTÉS

M. GOBLEY.

Lundi dernier une réunion d'amis et de collègues rendait les derniers honneurs à M. Gobley. L'Académie était représentée par MM. H. Bouley, vice-président, H. Roger, secrétaire annuel (le président et le secrétaire perpétuel étaient absents de Paris). Aucun discours n'avait été préparé au nom de l'Académie, et c'est seulement à la sortie de l'Église que les collègues du défunt ont prié l'un d'eux de prendre la parole sur la tombe.

M. le docteur Delpécha su trouver dans les souvenirs de sa vieille amitié les principaux traits d'une chaleuruse improvisation dans laquelle il a retracé en quelques paroles émus la carrière scientifique et professionnelle de M. Gobley et rappelé les qualités éminentes de l'homme de bien que nous regrettons.

M. E. R. Perrin, au nom de la commission d'hygiène, M. Blondeau, au nom de la Société de pharmacie, ont successivement pris la parole.

M. Gobley avait dirigé pendant longtemps avec un succès complet une des pharmacies les plus connues de Paris. Il avait profité des rares loisirs que lui laissaient ses occupations professionnelles pour se livrer à des recherches scientifiques importantes et qui lui ouvrirent les portes de l'Académie. Nous citerons parmi ses travaux les plus importants et les plus originaux, ses RECHERCHES CHIMIQUES SUR LES MATIÈRES GRASSES CONTENUES DANS LE SANG VEINEUX DE L'HOMME (1852), (il avait le premier retiré du sang la lécitine et la cérébrine); ses RECHERCHES CHIMIQUES SUR LE JAUNE D'ŒUF (deux mémoires, 1856); ses ÉTUDES SUR LES CHAMPIGNONS DE COUCHE (*Annales de chimie*, 1856); quelques recherches antérieures sur les œufs de poisson (1850).

Ces diverses études portaient toutes le cachet de sagacité et d'observation consciencieuse qui distinguaient tous les travaux de M. Gobley. Leur valeur fut rapidement appréciée par les juges compétents, et la récompense ne se fit pas attendre.

Membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, Gobley était un des dignitaires de la société savante à laquelle il appartenait.

Atteint depuis longtemps de manifestations arthritiques, il était allé, à la fin de juillet, renouveler à Bagneres-de-Luchon une saison qui lui avait été fort profitable l'année dernière. C'est à la station thermale même qu'il contracta la pneumonie à laquelle il devait succomber, et qui prit l'effort le début un caractère alarmant. Cependant vers le douzième jour de la maladie une amélioration sensible et soutenue avait donné quelques espérances au docteur Barrié, qui lui prodiguait ses soins, à M. le docteur Delpécha, accouru de Paris au secours de son ami. Ces espérances ont été trompées, et la maladie, poursuivant son cours, a marqué rapidement à son terme, élevant à sa famille un chef aimé et respecté, et à ses amis et collègues le plus bienveillant des hommes et le plus modeste des savants.

Cette famille déjà si éprouvée avait su par un soin pieux, cachet à M. Gobley un affreux malheur qui eût certainement hâté sa fin et cruellement troublé ses derniers moments. Un

de ses gendres appelé à Luchon par la maladie de son beau-père, était tombé dans un précipice où il y avait trouvé la mort. M. Gobley n'a rien su de ce terrible événement.

BL.

Chronique de l'étranger.

AMÉRIQUE. — DISCOURS INAUGURAL DE M. MARION SIMS. LA PROFESSION MÉDICALE. — CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHILADELPHIE. — PARTIE MÉDICALE DE L'EXPOSITION UNIVERSELLE. — ÉTAT SANITAIRE DE LA VILLE. — LE COMMERCE DES DIPLOMES. — PRIX DE L'UNIVERSITÉ D'HARVARD. — NOUVEAU JOURNAL.

Le discours inaugural lu par le docteur Marion Sims à la séance d'ouverture du congrès de l'Association médicale américaine, et dont nos lecteurs ont pu lire un extrait dans la GAZETTE (n° 28, 1876), a soulevé de vives récriminations en Amérique. Dans ce passage de son discours, M. Sims critiquait les lois sévères de la déontologie médicale, qui interdisaient à un médecin le droit de retirer les bénéfices pécuniaires de ses propres inventions. « Qu'un médecin invente un instrument nouveau, le galvanocautère par exemple, et, d'après le code professionnel, il ne pourra pas, il n'osera pas prendre un brevet. Pourquoi donc le priver de la juste récompense de son travail? Quel bien fait au public le tort qu'on lui impose et qui ne sert qu'à enrichir un fabricant d'instruments? Si quelques membres honorables de notre profession avaient le courage de passer outre, leur exemple établirait un précédent qui ferait tomber la loi en désuétude. » La plupart des journaux américains critiquent ces paroles du docteur Sims. Si l'on autorise le médecin à prendre un brevet pour un instrument, disent nos confrères, on devra également lui permettre de prendre un brevet pour les médicaments. Nous partageons certainement cette manière de voir; nous désirerions vivement qu'elle fût mise en pratique sur le continent américain, où le commerce des *Patent medicines* est plus florissant que partout ailleurs.

Un autre point de l'Adresse de M. Sims n'a pas obtenu l'approbation de la profession médicale. Parlant de l'Association américaine, il dit que « cette corporation n'a pas réussi à exercer une influence dirigeante sur les écoles de médecine, bien que ce fût l'objet spécial de son organisation. » Tout en reconnaissant l'infériorité des études médicales en Amérique, nous pensons que l'Association a eu une influence notable sur l'enseignement de la médecine et qu'elle a été pour beaucoup dans les derniers perfectionnements introduits dans les écoles; elle a en outre contribué à la fondation d'un grand nombre de sociétés savantes locales, et son influence rayonne sur tout le territoire des États de l'Union.

— Il ne faut pas confondre ce congrès annuel de l'Association médicale américaine, qui a eu lieu au mois de juin dernier sous la présidence de M. Marion Sims (voy. *Gaz. hebdomadaire*, 1876, n° 28), avec le Congrès médical international, dont nous avons fait connaître le programme depuis longtemps et qui doit avoir lieu au milieu de septembre, à Philadelphie, sous la présidence du docteur Samuel Gross. Ce dernier Congrès a un caractère tout à fait international et sera constitué par les délégués des sociétés savantes du monde entier. Il nous suffira de citer quelques noms pour donner une idée de l'importance de cette réunion. Parmi les visiteurs anglais nous nommons au hasard M. Tufnell et William Stokes (de Dublin); Simpson et Finlay (d'Édimbourg), Morell Mackenzie, Lauder Brunton, Henri Power et William Adams (de Londres). Nous citerons encore parmi les visiteurs étrangers, MM. Warlomont, Brown-Séquard, Engelsted et Hansen (de Copenhague). Le professeur Lebert, qui de vait présider une des sections, a fait savoir qu'il ne pourrait se rendre au meeting pour des motifs de santé.

— Nous constatons avec plaisir que les sciences médicales sont très-bien représentées à la grande exposition de Philadelphie. Le gouvernement américain a exposé un hôpital-modèle de 24 lits, construit sur le même plan que les hôpitaux actuellement en usage dans l'armée. On trouve dans ce petit hôpital une collection des appareils les plus nouveaux et les plus perfectionnés pour le transport des blessés. On y remarque également le modèle d'un vaisseau-hôpital très-ingénieux. Les salles des étages supérieurs contiennent un arsenal très-complet de la chirurgie contemporaine.

Un autre hôpital a été installé dans l'exposition, non pas comme curiosité, mais dans le but plus pratique de donner des soins immédiats aux blessés et aux malades. Il fonctionne admirablement bien, et tous les visiteurs sont unanimes à reconnaître l'excellent fonctionnement du service médical de l'Exposition qui a été confié au docteur William Pepper.

— Quelques bruits alarmants ayant été répandus sur l'état sanitaire de Philadelphie, M. Pepper vient de publier quelques statistiques intéressantes qui indiquent le chiffre de la mortalité dans les principales cités du monde pendant ces quatre ou cinq dernières années :

	Nombre d'années.	Population.	Mortalité.	Moyenne par 1000.
Vienne.....	5	648 550	20 424	31,42
New-York.....	5	904 458	29 601	29,93
Berlin.....	4	950 000	28 420	29,91
Londres.....	5	3 284 488	76 741	23,33
Paris.....	4	1 851 792	42 724	23,06
Philadelphie...	5	744 831	16 573	22,27

À ce tableau, qui est tout en faveur de Philadelphie, il faut ajouter que cette ville a récemment présenté des conditions sanitaires qui n'avaient jamais été observées dans une grande cité. En 1871, alors que la population était de 775 000 habitants, le chiffre de la mortalité n'était que de 14 906, ce qui fait une moyenne de 19,3 pour 1000. Cet état sanitaire est attribué à l'abondance et à l'excellence des eaux, à la quantité de squares et de parcs, qui permettent aux habitants les plus pauvres de respirer un air pur, et enfin à l'absence d'agglomération et d'encombrement. Les 745 000 habitants de Philadelphie sont, en effet, renfermés dans une aire de 129 milles carrés, ce qui constitue un espace considérable pour chaque habitant.

— Nous avons si souvent entretenu nos lecteurs de l'université américaine qui faisait le commerce des diplômés, que nous croyons leur être agréable en leur annonçant que le propriétaire-fondateur de cette université, — un certain docteur Buchanan, — vient de se retirer des affaires et d'abandonner son établissement, qui est maintenant fermé. Cet habité industriel, écossais d'origine, a acquis dans le commerce des diplômés une fort jolie fortune; mais on nous assure que depuis quelques années, grâce aux indiscrétions de la presse médicale, les affaires avaient cessé d'être prospères. Le prix des diplômés avait baissé, et l'on pouvait être docteur pour 100 francs au lieu de 500 francs; mais malgré cette notable diminution des tarifs les demandes étaient de plus en plus rares. Il est donc peu probable que le docteur Buchanan ait rencontré un successeur.

— Les prix fondés par M. Boylston et distribués par l'université d'Harvard ont été décernés cette année à M. Gill Wylie pour son mémoire sur la construction des hôpitaux, et à madame Marie Putnam Jacobi pour son mémoire intitulé : « Le repos physique et mental est-il nécessaire à la femme pendant la période menstruelle ? »

Ces prix, de la valeur de 1000 et de 2000 francs, sont annuels. Voici les sujets mis au concours pour l'année 1877 : 1° « Les épidémies et les affections contagieuses sont-elles causées par l'introduction d'un agent toxique dans l'estomac ou par toute autre cause ? » ; 2° « Influence de la gymnastique sur la santé ». Nous rappelons que les mémoires peuvent être écrits en langue française et doivent être adressés à l'université d'Harvard.

— L'Association américaine pour l'avancement des sciences sanitaires (*American public health Association*) tiendra son congrès annuel à Boston du 3 au 6 octobre 1876. Les sujets suivants seront l'objet d'une discussion spéciale : dispositions et réglementation des abattoirs; mesures préventives de la fièvre jaune; règles d'hygiène qui doivent présider à la construction des maisons et édifices publics; influence du gaz d'éclairage sur la santé. Le docteur Austin Flint doit prononcer un discours inaugural sur « les aliments et leurs relations avec la santé publique », et le docteur Charles Adams doit présenter une série de propositions tendant à augmenter la sécurité des voyageurs sur les chemins de fer et les bateaux à vapeur.

— Nous terminons cette chronique en signalant l'apparition à New-York d'un nouveau journal : THE ARCHIVES OF CLINICAL SURGERY, publié sous la direction du docteur Edward Berrington. Le premier numéro contient des mémoires originaux des docteurs Gaillard Thomas, Stimson, Stephen Smith. Une série de collaborateurs aussi distingués est une excellente garantie de viabilité pour ce nouveau journal, qui semble réunir toutes les conditions désirables de succès.

J. L.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'ANTHROPOLOGIE. — Le Congrès international d'anthropologie préhistorique a été ouvert lundi matin, à dix heures, à Saint-Petersbourg, sous la présidence de M. Pluszki. À la presque unanimité, le Congrès a décidé que le français serait la seule langue parlée dans les séances.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE.

Décret du 31 août 1876.

L'enseignement de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille est constitué comme il suit :

Une chaire de physiologie; une chaire d'anatomie; une chaire d'anatomie pathologique et histologie normale élémentaire; une chaire de pathologie et thérapeutique générale; une chaire de pathologie interne; une chaire de pathologie externe; une chaire de médecine opératoire; une chaire de matière médicale et thérapeutique; une chaire d'histoire naturelle; une chaire de chimie organique; une chaire de chimie médicale; une chaire de physique; une chaire d'hygiène; une chaire de médecine légale; une chaire de pharmacie; deux chaires de clinique interne; deux chaires de clinique externe; une chaire de clinique obstétricale et accouchements.

Décret du 1^{er} septembre 1876.

Sont nommés à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille : Professeurs de clinique interne. — MM. Cazeneuve et Wannebroeck.

Professeurs de clinique externe. — MM. Parize et Houzé.
 Professeur de pathologie externe. — M. Morisson.
 Professeur de clinique obstétricale et accouchements. — M. Pillat.
 Professeur de médecine opératoire. — M. Paquet.
 Professeur de chimie minérale. — M. Grareau.
 Professeur de matière médicale et thérapeutique. — M. Joire.
 Professeur d'anatomie pathologique et histologie normale élémentaire. — M. Coyne.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort de sir Edward Hilditch, qui occupait une haute position en Angleterre et avait été médecin de l'hôpital maritime de Greenwich. Sir Edward était médecin honoraire de la Reine depuis 1859 et le *Knighthood* lui avait été conféré en 1865.

— Une autre sommité médicale anglaise, le docteur Rayny vient de mourir à Glasgow à l'âge de quatre-vingt-trois ans. Rayny avait occupé pendant de longues années la chaire de médecine légale à l'Université de cette ville; il était l'ami de Lockart et le genre de Walter Scott.

— Nous avons encore à annoncer la mort d'un médecin anglais distingué, le docteur Francis Edwards.

— En France, nous signalerons la mort de M. Haulshalter, médecin très-estimé de Sierck, et de M. le docteur Jean, membre de l'Association des médecins du Salvador. Ce dernier a succombé à la suite d'une angine couenneuse contractée au lit d'un malade.

— La Belgique vient de perdre M. le docteur Breyer, un des rédacteurs de l'ART MÉDICAL BELGE.

CORRESPONDANCE. — À M. le docteur P., à Pragues. L'ouvrage en question n'est pas à la disposition de la GAZETTE HEBDOMADAIRE. Écrire au secrétaire de la Société, à l'École pratique.

État sanitaire de Paris :

Du 25 au 31 août 1876, on a constaté 1054 décès, savoir : Variole, 7. — Rougeole, 25. — Scarlatine, 5. — Fièvre typhoïde, 78. — Erysipèle, 4. — Bronchite aiguë, 26. — Pneumonie, 40. — Dysentérie, 6. — Diarrhée cholériforme des enfants, 54. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 1. — Angine couenneuse, 12. — Croup, 18. — Affections puerpérales, 5. — Autres affections aigües, 357. — Affections chroniques, 351, dont 151 dus à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 46. — Causes accidentelles, 19.

SOMMAIRE. — PARIS. Le purpura hémorrhagique et les maladies pétéchiales. — La Faculté de médecine de Lille. — TRAVAUX ORIGINAUX. Dermatologie : Étude sur une espèce de purpura d'origine nerveuse. — CONGRÈS SCIENTIFIQUES. Association française pour l'avancement des sciences (Session de Clermont-Ferrand). — Association médicale anglaise. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — REVUE DES JOURNAUX. Observation d'hémianesthésie consécutive à la fièvre typhoïde. — BIBLIOGRAPHIE. Traité clinique des maladies de l'utérus. — VARIÉTÉS. M. Goble. — Chronique de Pétranger. — FEUILLETON. Leçons sur l'hygiène et la prophylaxie des maladies vénériennes.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

HISTOIRE ET CRITIQUE

DE L'OBÉSITÉ.

La GAZETTE HEBDOMADAIRE, par la plume de M. Blachez, s'est déjà occupée de l'obésité (1875, p. 33). Nous allons y revenir en prenant plus particulièrement pour base de cette étude : la thèse de M. le docteur Philbert (*Du traitement de l'obésité et de la polysarcie*), son mémoire sur le traitement de l'obésité par les eaux de Brides, la thèse de M. Glais (*De la grosseur adipeuse*), et enfin la thèse de M. le docteur Worthington (*De l'obésité*). A propos de la thèse de M. Philbert, M. Blachez, après avoir décrit les symptômes successifs de cette affection, examinait les divers traitements préconisés. Nous n'avons pas l'intention de revenir sur les troubles physiologiques et pathologiques qu'entraîne avec elle l'obésité, troubles variables selon le degré de l'accumulation de la graisse dans les tissus ; nous ne pouvons que renvoyer au tableau qu'en trace notre savant collaborateur ; mais l'importance de la question thérapeutique n'ôte rien à celle de la question anatomo-physiologique. Il est intéressant de savoir où et comment se forme le tissu pathologique. C'est sur quoi M. Philbert a trop légèrement passé ; c'est ce que M. le docteur Worthington a étudié avec soin dans sa thèse inaugurale, et c'est ce que nous allons examiner après lui.

Et d'abord doit-on faire une distinction entre l'obésité et la polysarcie ? M. Philbert commence par dire nettement que le but de son travail est de séparer deux affections différentes qui jusqu'ici ont été confondues à tort sous le même nom, et il considère la polysarcie comme une affection spéciale de l'adolescence ; quelques lignes plus loin il ajoute, il est vrai, et nous sommes alors complètement de son avis, que l'obésité et la polysarcie sont une même affection, que la première précède la seconde ; que la polysarcie est, en un mot, la

seconde période de cette affection. M. Worthington n'admet pas plus que nous la distinction de M. Philbert ; au point de vue pathologique, l'obésité et la polysarcie étant déterminées par la même lésion, une hypertrophie du tissu adipeux, il est donc inutile de donner un nom différent à chacune des périodes de cette hypertrophie.

Nous n'avons pas à examiner le rôle des matières albuminoïdes ou azotées neutres dans la production de la graisse, ni le mode de formation des matières grasses aux dépens des principes amyloïdes et sucrés, ni l'importance de leurs transformations dans la production du tissu adipeux ; on trouvera cette étude dans tous les ouvrages de physiologie. Mais un point intéressant est de savoir où se forment ces cellules adipeuses qui, par leur reproduction incessante et par leur augmentation de volume, constituent l'état pathologique qu'on nomme l'obésité.

On sait que normalement les cellules adipeuses sont des cellules à parois transparentes, extrêmement minces ; les unes contiennent un noyau dans l'épaisseur même de la paroi, noyau gris ovoïde, qui fait saillie plutôt à sa face interne que sur sa face externe ; les autres n'en contiennent plus. « La cellule, dit M. Ranvier (*Traité technique d'histologie*, p. 344), présente la forme d'un vaste utricule limité par une membrane à double contour. La graisse, reconnaissable à sa réfringence, n'occupe qu'une portion de sa cavité ; le reste est rempli par du protoplasma finement granuleux et un liquide transparent ; eu un point se montre un noyau vésiculeux muni d'un ou deux nucléoles. » Quelquefois, mais rarement, une cellule contient deux noyaux. On pensait autrefois que ces cellules s'accumulaient dans le tissu lamineux, mais il est démontré aujourd'hui qu'elles sont distinctes de ce tissu ; elles forment par leur réunion le tissu adipeux, dans lequel les fibres du tissu lamineux ne jouent qu'un rôle secondaire. Leur diamètre est de 3 à 8 centièmes de millimètre ; elles s'agglomèrent et forment par leur réunion de petites masses

FEUILLETON

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Leçons sur l'hygiène et la prophylaxie des maladies vénériennes.

(Suite. — Voyez les numéros 29, 30, 32, 34 et 35).

Messieurs,

J'ai consacré les deux dernières leçons à l'indication des moyens que la science moderne a proposés pour arriver à la préservation personnelle et à la préservation familiale des maladies vénériennes. Plusieurs de ces moyens sont communs aux trois maladies ; la plupart d'entre eux sont spéciaux à la syphilis. La spécialisation des procédés prophylactiques, leur précision, leur adaptation non-seulement aux maladies diverses, mais encore aux formes, aux périodes, aux circonstances d'une même maladie, voilà la caractéristique de l'hy-

giène moderne. Je le répète, vous ne trouverez rien de semblable chez les anciens. Leur prophylaxie plus générale dédaignant, ou plutôt ignorant les conditions particulières des maladies contagieuses, tenait pour suspect tout contact, quel qu'il fût, et déclarait tout coït impur. De là les mesures universelles que la sagesse de quelques-uns avait sous forme de prescriptions religieuses, fut adopté par tous dans les rapprochements sexuels, même les plus légitimes. Ce danger, toujours présent à leur esprit, ils le voyaient de loin ; ils se prémuissaient contre lui de longue date. Tout homme qui naît étant prédestiné au coït, ils n'hésitaient pas à le mettre dès sa naissance à l'abri des périls futurs par la pratique de la circoncision. Chez nous où le progrès des mœurs a relevé la dignité et restreint la défiance, où même tout accusé est réputé innocent, la prophylaxie perd ce caractère universel pour devenir individuelle ; et les moyens que chacun peut employer à son gré varient suivant les cas, se déduisent des particularités du mal et des conditions où il peut être contracté, exi-

de 1 à 6 millimètres de diamètre, sur lesquelles se jettent les capillaires, dont la distribution et le nombre indiquent assez leur importance dans la nutrition de ces cellules. Non-seulement les capillaires se répandent en réseau fin autour de ces masses de cellules adipeuses, mais presque toujours quelques-uns, extrêmement fins, pénètrent les cellules elles-mêmes; aussi la richesse de ce réseau capillaire permet-elle d'expliquer facilement la nutrition de ces cellules, et non-seulement l'augmentation rapide de leur volume, mais encore de leur nombre. Si, par suite d'un trouble dans le système capillaire, la circulation ne se fait pas ou se fait mal, on voit apparaître l'atrophie de la cellule grasseuse, et par suite du tissu adipeux. « Dans l'amaigrissement, dit M. Ranvier, il s'accumule à l'intérieur de la membrane une grande quantité de liquide séreux, tandis que la graisse diminue progressivement; c'est notamment ce que l'on observe dans les appendices épiloïques de la grenouille à la fin de l'hiver: les cellules adipeuses sont alors remplies d'un liquide séreux, au milieu duquel nage librement une granulation ayant la réfringence de la graisse et dont la couleur est jaune ambré » (*Loco citato*, p. 347). M. le professeur Robin est plus explicite encore: « Chez les sujets émaciés ou amaigris, on peut remarquer souvent une coloration rougeâtre ou orangée de ce tissu. Ce fait coïncide avec cette particularité que les cellules adipeuses ont perdu une grande partie de la graisse qui les remplissent et que les gouttes huileuses qui existent encore dans les cellules détries ont une teinte d'un jaune orangé très-vif. Étant accumulées, ces cellules forment des lobules qui n'ont plus cette coloration jaunâtre franche et nette du tissu normal, mais bien une couleur rougeâtre qui est plus ou moins prononcée, selon le degré d'atrophie des cellules. » (Article ADIPEUX, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, p. 25.)

Tandis que dans l'atrophie des cellules adipeuses on voit disparaître peu à peu le contenu de la cellule dont les parois s'affaissent et finissent parfois par disparaître, dans l'obésité, au contraire, non-seulement il y a formation de nombreuses cellules adipeuses dans le tissu lamineux, mais augmentation de la goutte de graisse qui la remplit. « On voit de la sorte, dit M. le professeur Robin (art. ADIPEUX, *Dict. des sc. méd.*), apparaître, par suite de l'association des lobules adipeux, un changement complet de texture au sein de ces régions du tissu lamineux, et se produire un tissu différent de celui-ci, bien qu'ayant la même espèce d'éléments pour partie constituante fondamentale. » La production de la graisse a lieu dans l'épaisseur même des éléments anatomiques, et non entre les

fibres ou entre les faisceaux du tissu lamineux. « C'est, ajoute M. Robin, l'analogie de ce qui se passe, mais dans un sens différent, lors de la production des tissus tendineux, fibreux et séreux. »

Quelquefois on trouve, même à l'état pathologique, des vésicules volumineuses n'ayant aucun rapport direct avec les capillaires, malgré l'opinion de Tood et de Bowman, qui soutiennent que chaque cellule a son vaisseau propre; mais la nutrition n'en est pas moins active; elles se nourrissent en empruntant aux cellules voisines, à celles qui sont en rapport avec les capillaires, les matériaux nécessaires à leur conservation. Si, au contraire, au lieu de rester dans ces limites qui sont les limites que l'on trouve à l'état normal, ces vésicules augmentent de volume jusqu'à devenir trois et quatre fois plus volumineuses; lorsque, de plus, tout le tissu adipeux de l'organisme, ou simplement même le tissu adipeux d'un organe, comme nous le verrons dans ce que l'on a décrit sous le nom de grosseuse adipeuse, participe à cette hypertrophie, que ce tissu adipeux se forme dans des points de l'organisme où normalement on ne doit pas en rencontrer [comme par exemple au milieu du tissu conjonctif lâche, qui est situé entre les fibres musculaires striées (Frey, *Traité d'histol.*)] et se multiplie, — l'état pathologique commence et l'on a l'obésité; obésité qui peut très-bien ne s'accompagner alors d'aucun trouble fonctionnel, mais qui si elle augmente amène avec elle tous les symptômes sur lesquels M. Blachez a insisté. Mais quant à dire, comme l'a répété M. Worthington, que tant que la masse de graisse, qui à l'état normal représente à peu près la vingtième partie du poids du corps, n'en dépasse pas la seizième partie, on n'a pas affaire à une obésité morbide; que si, au contraire, cette limite est dépassée, on remarque un trouble fonctionnel de tout l'organisme, — c'est là, croyons-nous, une hypothèse qui repose sur un fait erroné, à savoir que la production du tissu adipeux se fait également dans tout l'organisme. Nous verrons, au contraire, tout à l'heure que cette exagération de tissu adipeux peut avoir lieu sur un organe déterminé dans des profondeurs plus grandes que dans le reste de l'organisme; qu'il n'est donc pas besoin, pour qu'il y ait polysarcie, de l'augmentation indiquée par M. Worthington. Ainsi, par exemple, chez des individus obèses, mais dont l'obésité n'est pas excessive cependant, si l'on voit survenir une accélération des mouvements du cœur, des sueurs abondantes, de l'étouffement, une gêne croissante de la respiration, on doit immédiatement craindre une surcharge grasseuse du cœur, et à sa suite tous les

geant ou supposant l'intervention médicale; et s'il y a encore des précautions usitées pour le coït, elles n'ont rien de général, elles sont tout à fait exceptionnelles, réservées pour le coït suspect, pour les relations avec les prostituées. Tels étaient, au contraire, le crédit et la vertu des ordonnances antiques que les mesures générales dictées pas une défiance universelle paraissent suffisantes, et qu'on n'y trouve aucune disposition spéciale pour les prostituées. Par les minuties de leur propreté, les anciens peuples de l'Orient arrêtaient la contagion à toutes les sources, dans la prostitution comme partout ailleurs.

Les seuls moyens généraux de préservation adoptés par les modernes s'adressent aux foyers principaux des maladies vénériennes; et c'est là encore un des traits caractéristiques de notre prophylaxie. Rechercher et combattre les maladies vénériennes à leur source; faire pénétrer au nom de la société l'hygiène publique dans les grands laboratoires de la contagion, c'est là une innovation.

Obligés de négliger les sources isolées, nous combattons le mal dans les grandes agglomérations formées d'individus qui par leurs habitudes ou par leur profession sont plus particulièrement dangereux. C'est sur l'armée, sur la flotte, sur les ateliers de l'État, sur la prostitution enfin que la surveillance sociale exerce son action. Tout vénérien est assurément une source de mal vénérien, et, à défaut du droit, la société aurait intérêt à le rechercher. Mais les individus isolés se déborent; l'État ne peut agir que sur les grandes masses placées sous sa direction immédiate. S'il exerce sur les soldats, sur les marins, comme sur les prostituées, une sorte d'inquisition corporelle, ce n'est pas parce que tous sont vénériens; c'est parce que les maladies contagieuses se rencontrent chez eux en plus grand nombre, et parce que là elles sont faciles à atteindre.

La prostitution est assurément la source principale de ces maladies, aujourd'hui surtout où le progrès de la moralité, tout en maintenant des catégories intermédiaires, des vices

troubles d'une affection cardiaque. Il y a bien là une surcharge graisseuse et non une dégénérescence graisseuse. A l'examen histologique on trouve, en effet, tous les éléments musculaires. Dans la dégénérescence graisseuse, au contraire, les fibres musculaires présentent des granulations graisseuses et finissent par se détruire. N'en est-il pas de même dans ce que M. le professeur Depaul a appelé la grosseesse adipeuse? M. T. Glais, dans sa thèse de doctorat, définit ainsi cet état particulier, qui pourrait en imposer pour une grosseesse si l'on n'avait recours à trois modes d'examen qui ne devront jamais être négligés dans ce cas : le palper, la percussion et le toucher : « La grosseesse adipeuse consiste en une accumulation subite et rapide de graisse dans la paroi abdominale et dans les seins, alors que le plus souvent les autres parties du corps ne participent point à ce développement graisseux et donnant lieu à certains phénomènes de la grosseesse. » Ces phénomènes de grosseesse peuvent, en effet, tout d'abord induire en erreur; l'observation de M. Guibout, publiée par la GAZETTE HEBDOMADAIRE (1859, p. 619) et reprise par M. Glais, en est une preuve. Il s'agissait d'une jeune fille de dix-huit ans, très-bien élevée, d'une bonne famille, dont les règles se supprimèrent tout à coup, en même temps que l'abdomen et les seins prenaient un développement considérable. Le caractère devient inégal, l'appétit irrégulier, capricieux; tous les matins surviennent sans efforts des vomissements muqueux. Cet état se prolongeait; aussi les soupçons de grosseesse prenaient-ils assez de consistance pour que M. Guibout fit sur le point de les déclarer à la famille, lorsque peu à peu, sous l'influence de l'hydrothérapie, tous ces symptômes disparurent : les règles reparurent, les vomissements cessèrent, le ventre lui-même diminua de volume.

Nous avons été à même cette année de voir un fait semblable : une femme de vingt-deux ans (fille publique) entra dans le service de M. Oulmont (salle Sainte-Monique, Hôtel-Dieu), en se plaignant de n'avoir pas eu ses règles depuis cinq mois à peu près; d'avoir des vomissements, des douleurs dans les reins : elle se disait enceinte. Bien que la malade fût obèse, les seins et l'abdomen offraient un développement non en rapport avec le reste du corps; le toucher et l'examen au spéculum montrèrent que le col était parfaitement normal. Il ne s'agissait donc pas là d'une grosseesse, mais de cette grosseesse adipeuse décrite par M. le professeur Depaul. A la suite d'un traitement hydrothérapique, les règles reparurent, et la malade sortit du service sans qu'il y eût cependant la moindre modification dans le volume des

seins et de l'abdomen. Nous devons ajouter que cette malade ne sortait jamais de la maison où elle était, qu'elle était alcoolique et avait des habitudes invétérées d'omnisme. Disons à propos de cette observation qu'il est un signe sur lequel M. Glais a insisté et dont nous avons constaté l'importance au point de vue du diagnostic entre la grosseesse et cet état particulier de l'abdomen : c'est la situation de la cicatrice abdominale. « Nous dirons, dit M. Glais, que l'enfoncement de la cicatrice abdominale est un signe pathognomonique, car c'est précisément le contraire qui a lieu dans la vraie grosseesse et dans toutes les tumeurs ou épauchements de liquide qui distendent le ventre. La cicatrice ombilicale, dans tous ces cas, tend à se mettre de niveau avec la paroi abdominale » (p. 14).

Mais où se forme le tissu adipeux qui occasionne ce développement considérable de l'abdomen? Selon M. Glais, cette accumulation se fait dans le tissu cellulaire sous-cutané abdominal. Ce qui le prouve, en effet, c'est que si l'on pince la peau de l'abdomen, on forme un pli épais, de la largeur de quatre à cinq travers de doigt et quelquefois davantage. La profondeur de la cicatrice ombilicale le prouve encore; le tissu adipeux entoure ces fils cicatriciels qui ne peuvent se distendre et forment ainsi un entonnoir; le tissu graisseux de l'épiploon participe aussi à cette hypertrophie, et ce sont ces deux causes réunies qui amènent une augmentation de volume parfois si considérable. Mais dans le cas de grosseesse adipeuse, le développement du tissu adipeux sous-cutané est le fait important; l'autre est en rapport avec le développement exagéré de tout le système adipeux de l'organisme, développement qui peut être effrayant, puisque le grand épiploon, qui à l'état normal ne pèse guère qu'une demi-livre, peut s'élever à plusieurs livres : trois fois le docteur Wadd (*Cursory remarks on corpulence or obesity considered as a disease*, cité par M. Worthington) l'a trouvé du poids de huit livres, et Boerhaave cite le cas d'un homme dont le grand épiploon, après la mort, pesait trente livres (Wadd, *loc. citato*, p. 13).

La grosseesse adipeuse est certainement une des formes les plus intéressantes de l'hypertrophie adipeuse partielle; aussi ne faisons-nous que mentionner les autres hypertrophies partielles qui forment parfois de véritables lipomes, comme par exemple des cas d'hypertrophie considérable des seins, dont on trouvera des observations intéressantes dans les BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE, d'hypertrophie du tissu adipeux de la vulve, etc.

moyens et de petites vertus, a divisé la société féminine en deux classes : les femmes honnêtes et . . . les autres. Etudions donc ce grand foyer de la contagion.

Les prostituées n'ont occupé qu'une place restreinte dans l'ancien Orient, qui se distinguait cependant par son extrême corruption : c'est que débauche et prostitution ne sont pas deux termes équivalents ou corrélatifs. On trouve toujours au contraire dans les diverses sociétés humaines des variations inverses entre la débauche et la prostitution. Je ne veux pas dire que le grand nombre des prostituées propage la pureté des mœurs; mais je maintiens que l'austérité d'un peuple provoque nécessairement l'apparition d'une catégorie de femmes qui accordent pour de l'argent les complaisances interdites. Ce fait paradoxal s'explique facilement : si la débauche est universelle, il n'est pas besoin d'une caste spéciale pour donner satisfaction à des appétits qui peuvent être assouvis partout. Si, au contraire, la famille est fermée; si le père fait bonne garde autour de son foyer et y maintient scrupuleuse-

ment la dignité et l'austérité, les convoitises génitales ne trouvent que difficilement à se repaître; elles attachent mi prix à leur satisfaction, et ce prix devient un appât qui fait naître la prostitution. C'est l'éternelle loi économique de l'offre et de la demande. Ce qui caractérise la prostitution, c'est l'offre banale avec provocation, de complaisances charnelles, moyennant rémunération. Un tel négoce suppose, je le répète, que le coût est difficile.

Ne vous étonnez donc pas, Messieurs, si la prostitution fut longtemps inconnue en Orient. Ne vous a-t-elle pas dit, d'après Quinte-Curce, qu'aucune ville n'était plus corrompue que Babylone, que nulle part on n'irritait avec tant d'art une volupté aussi immédiate, que les habitants livraient à leurs hôtes : leurs enfants et leurs femmes? Ne savons-nous pas par Strabon que les Arméniens, par Hérodote que les Lydiens mariaient leurs filles qu'après les avoir consacrées à Anafis? Valérius Maxime nous a-t-il pas appris qu'à Carthage les jeunes filles se livraient afin d'avoir pour dot ce qu'elles appe-

C'est de l'obésité générale que se sont principalement occupés MM. Philbert et Worthington; l'un et l'autre citent quelques observations curieuses et inédites, curieuses plus au point de vue du traitement qu'au point de vue de l'énorme accumulation de tissu adipeux dans l'économie. C'est dans Percy et Laurent (article *Obésité*, *Dict. des sc. méd.*, 1819) que nous trouverons les exemples les plus remarquables de cette affection. M. Philbert donne sa propre observation : Le 15 juillet 1869 il pesait 310 livres; son contour abdominal était de 1^m,50; les cuisses gênaient la marche par leur volume; les muscles ne manquaient pas d'énergie, mais il ne pouvait accélérer la marche sans fatigue; le travail suivi était pénible, de plus il luttait contre un état de somnolence continue, et il s'endormait en causant après les repas. Après une première saison à Marienbad il perdait 35 livres de son poids; l'état général était meilleur. Une seconde cure de Marienbad suivie d'une autre de raisin amenaient une amélioration telle, que le poids du corps n'était plus que de 257 livres, la circonférence de 1^m,22. En 1870, nouvelle saison à Marienbad suivie d'une amélioration. Le traitement purgatif fut continué à Paris, et en 1873 le poids du corps n'est plus que de 180 livres. « La santé est excellente; il s'est accoutumé à vivre selon les principes indiqués dans le traitement, par l'hygiène, et, sans être maigre, il n'a plus un embonpoint qui attire l'attention (*loco citato*, p. 29). » Bien que nous ne puissions parler du traitement, rappelons néanmoins un point sur lequel M. Blachez insistait avec raison : « Il nous paraît hors de doute, dit-il, que les sudations obtenues par les bains de vapeur, ou de préférence par l'étuve sèche, la tête étant maintenue à l'air et rafraîchie, doivent avoir une influence de premier ordre; mais l'emploi de ce dernier moyen demande une grande surveillance et beaucoup de ménagements. Il est imprudent de soumettre d'emblée le malade à trois sudations successives suivies de douches froides, ainsi que nous l'avons vu pratiquer, alors même qu'on s'est assuré de l'intégrité de l'appareil cardio-pulmonaire. » On comprend, en effet, quels graves accidents un traitement aussi actif peut occasionner.

Si l'observation de M. Philbert est curieuse au point de vue du résultat obtenu par le traitement, elle n'offre qu'un intérêt secondaire quant au degré de l'hypertrophie du tissu adipeux; c'est, nous l'avons dit, dans Percy et Laurent que nous trouvons les exemples les plus prodigieux de cette infirmité. Ces auteurs citent, en effet, un enfant de quatre ans du poids de 104 livres, un jeune homme (Edouard Bright)

du poids de 584 livres; « il avait 5 pieds 9 pouces et demi de hauteur; la circonférence de son corps, mesuré sous les aisselles, était de 5 pieds 6 pouces; sous le ventre, de 5 pieds 11 pouces; sur le bras, de 2 pieds 2 pouces; sur la jambe, de 2 pieds 8 pouces. Une jeune fille (Frédérique A...) âgée de vingt ans, pèse 450 livres; elle pesait 13 livres à sa naissance, 42 livres à six mois, 150 à quatre ans. Elle a 5 pieds 6 pouces de hauteur et autant de circonférence autour du bassin; ses bras ont 18 pouces de circonférence et la graisse y forme des bourrelets comme on en remarque aux cuisses des enfants très-gros, sa force est très-grande. Elle peut porter de chaque main un poids de 250 livres, elle marche une heure sans se reposer; la seule chose dont elle se plaigne, c'est d'avoir une respiration courte et difficile. Percy et Laurent citent encore l'observation de cette femme, dont le moulage est à la bibliothèque de l'École de médecine, Marie Clay, mais l'observation est trop connue pour que nous la rapportions ici. Enfin l'observation du docteur Yung d'une jeune fille pesant 492 livres mérite encore d'être signalée. Parmi les observations inédites publiées par M. Worthington, nous n'en trouvons qu'une remarquable au point de vue de l'accumulation considérable de la graisse dans les tissus. C'est celle qui lui a été communiquée par M. C. Richey, interne à l'hospice de la Salpêtrière, où l'observation a été prise. Il s'agit d'une petite fille de onze ans, du poids de 89 kilogrammes : elle est idiote, elle est de plus gâteuse. Très-intelligente jusqu'à l'âge de quatre ans, cette intelligence a diminué alors peu à peu à mesure qu'elle engraisait. Elle a été réglée à neuf ans; ses règles sont extrêmement abondantes; ajoutons enfin qu'elle a une tendance marquée à la masturbation.

J. M.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médico-chirurgicale.

MANIFESTATIONS DE RHUMATISME OU DE GOUTTE CHEZ LES CALCULEUX A LA SUITE DE L'OPÉRATION; MÉMOIRE lu à l'Académie de médecine dans la séance du 29 août 1876, par le professeur A. COURTY (de Montpellier).

I. Pour la première fois, il y a vingt-cinq ans, j'eus l'occasion d'observer une de ces manifestations chez un homme de soixante-cinq ans, sujet antérieurement aux rhumatismes.

hient le don du matin, et la même coutume n'existait-elle pas dans l'île de Chypre au témoignage de Justinus? C'était, si vous le voulez, la prostitution universelle; c'est dire du même coup que dans de semblables civilisations il n'y avait pas place pour une caste spéciale. La débauche publique aurait ruiné la prostitution. Comme la prophylaxie des maladies vénériennes vient toute de l'Orient, il est naturel qu'on ne découvre pas dans l'antiquité la moindre trace de mesures d'hygiène publique appliquées à la prostitution.

Je ne voudrais cependant pas vous laisser sous cette impression que la prostitution est une invention des peuples occidentaux. En Orient, les temples de Vénus s'étaient tardivement transformés en lupanars. Les prémisses de la virginité étaient à l'origine les seuls sacrifices offerts à Vénus; les offrandes ne tardèrent pas à se multiplier; les gens riches, pour se rendre la déesse propice, faisaient présent à ses temples de jeunes esclaves qui se livraient à tout venant. Ce n'est pourtant pas absolument l'industrie de la débauche. La vraie

prostitution appartient aux climats tempérés; on la trouve chez les peuples monogames, moins sensuels et de plus haute moralité. Nous la trouvons en Grèce, non pas à Sparte où régnait la communauté des femmes; elle existait à Athènes. On n'y trouve pas dès le début la prostitution élégante qui y fut importée tardivement de Corinthe. Ce fut d'abord la prostitution sordide que Solon, d'après Philémon et Nicandre cités par Athénée, toléra ou plutôt institua. Il la considérait comme un mal nécessaire, comme un moyen de protéger les mœurs. C'est dans ce même ordre d'idées que saint Augustin devait la comparer plus tard à ces cloaques construits dans les plus splendides palais pour détourner les miasmes infects et assurer la salubrité de l'air. Elle fit tardivement son apparition à Rome, et l'on ne connaît pas la date précise de son origine; on sait seulement que l'an 180 avant l'ère chrétienne, l'édile Mancinus fut chassé à coups de pierre d'une maison de débauche.

La preuve que la prostitution fut, dès l'antiquité, considé-

Je fis la taille médio-bilatéralisée, procédé que je pratique toujours depuis que je l'ai vu exécuter par Lallemand, qui le tenait du docteur Roux (de Toulon). Aucun accident ne se produisit ni pendant ni après cette opération, dont je n'ai jamais eu à constater que les avantages. Mais à la fin de la seconde semaine le malade fut pris de douleurs dans les articulations coxo-fémorales, sacro-iliaques, lombaires, puis dans les membres, enfin d'une longue atteinte de rhumatisme qui dura trois mois assez forte et ne fut pas dissipée complètement avant six mois. Cependant la cicatrisation de la plaie avait marché régulièrement.

II. A quelque temps de là, j'opérai un jeune homme de vingt-cinq ans d'un calcul de volume médiocre, par la lithotritie en une séance. L'opération fut bien supportée : les urines, d'abord muco-purulentes, devinrent normales au bout d'une quinzaine de jours, aucune douleur ne se fit ressentir à la vessie; mais vers le dixième jour apparurent des attaques de céphalalgie et de vertige rhumatismal qui ne nous semblèrent pas douteux. Je dois rappeler qu'avec un canal de l'urèthre large il existait une valvule musculaire du col, par rétraction du sphincter, que je fus obligé de sectionner d'après la méthode de M. Mercier, afin de dilater le col pour préparer le libre jeu des instruments. Le cours des urines s'étant rétabli sans aucune douleur, je conseillai, un mois après l'opération, l'usage des eaux de Lamalou, qui guérirent le malade. Auparavant celui-ci n'avait pas éprouvé de rhumatisme; depuis lors il en eut quatre atteintes légères et souvent des symptômes fugaces, malgré les soins auxquels il s'est assujéti. Il se trouve bien quand il va faire une saison à Lamalou, où j'ai eu l'occasion de le rencontrer. Il n'a aucun vestige de sa pierre.

III. Un troisième malade, de cinquante ans, précédemment rhumatisant, mais ne souffrant plus de ses rhumatismes depuis qu'il souffrait de sa pierre, sur lequel un confrère entreprit la lithotritie, fut pris, immédiatement après la première séance (consacrée plutôt à la recherche qu'au broiement du calcul, qui fut à peine entamé sur un bord) d'une courbature générale, et bientôt de douleurs articulaires aiguës qui atteignirent successivement la plupart des grandes articulations des membres et même quelques autres plus petites, aux mains, aux tarses et même à un gros orteil, et qui ne cédèrent qu'après deux ou trois mois de traitement et de repos. Le malade attribua, fort mal à propos, cette maladie à la première tentative d'opération et ne voulut plus entendre parler de son premier chirurgien. Je l'opérai avec d'autant plus de précautions que je craignais de réveiller son rhumatisme et d'en provoquer une nouvelle attaque. Heureusement il n'en fut rien, et après six semaines le malade fut débarrassé.

IV. Un quatrième malade, âgé de soixante ans, ayant eu déjà plusieurs atteintes légères de goutte, très-sensible, ne

pouvant plus supporter le cathétérisme, dut être taillé par moi (toujours par le procédé médio-bilatéralisé). Il paraissait rétabli, quoique la plaie ne parût pas entièrement fermée, les urines passaient par l'urèthre le quinzième jour, lorsqu'une attaque de goutte des plus douloureuses, commençant par le gros orteil, dura plus de deux mois, atteignant successivement plusieurs petites articulations et y laissa des dépôts tophacés.

V. Un cinquième malade, de quarante-six ans, lithotritié en sept séances sans accident, fut pris d'une attaque de rhumatisme dès la quatrième séance. Je crus devoir poursuivre l'opération, afin d'achever de le délivrer, tout en redoublant de précautions, sans découvrir presque le malade, en faisant, comme j'en ai l'habitude, l'opération dans le lit même du patient, dans le décubitus dorsal naturel, me tenant sur le côté droit du lit dans la simple attitude du cathétérisme, ne prescrivant pas de bains, mais seulement de petits lavements belladonnés et laudanisés, et invitant l'opéré à uriner sans effort, dans un urinal, en se tournant légèrement sur le côté. Le rhumatisme passa des ligaments articulaires aux muscles, puis devint viscéral, atteignit l'estomac, les intestins, puis enfin se dissipa au bout de cinq semaines sous l'influence ou du moins à la suite de l'emploi des sédatifs, des alcalins, de la lithine, etc.

VI. Un sixième malade, de soixante-huit ans, d'une forte corpulence, manifestement gouteux, avait eu déjà deux atteintes assez fortes de cette maladie, mais plus d'autres depuis quatre ans qu'il souffrait de la pierre. Je lui pratiquai la lithotritie en une séance, comme cela m'a si bien réussi dans nombre de cas semblables, le calcul ne mesurant pas plus de 3 centimètres dans un de ses diamètres. Le malade avait été chloroformisé, mais aucun accident ne s'était produit, ni du fait du chloroforme, ni du fait de l'opération; pas de sang, évacuation presque complète de la poudre et des fragments à l'aide de la sonde évacuatrice; réveil normal; miction modérément douloureuse, rétablissement en apparence complet. Vingt-quatre heures après, céphalalgie intense, délire bientôt suivi de coma, qui enleva le malade en douze heures, malgré tous les moyens mis en usage en pareille circonstance pour conjurer le dénouement fatal. L'autopsie ne put être faite. Je ne crois pas devoir attribuer la mort à une autre cause qu'à un accès de goutte à la tête.

VII. Un septième malade de quarante-cinq ans, précédemment très-rhumatisant, subit deux séances de lithotritie admirablement supportées, je dirai presque trop bénignes, puisqu'elles inspirèrent une fausse sécurité au malade, qui fit quelques imprudences, se leva, se fit faire la barbe, pratiqua des ablutions, se refroidit et fut pris subitement dans la nuit d'accès de dyspnée effroyable, le pouls devenant en même temps d'une fréquence alarmante. Des sinapismes furent

réé comme un mal nécessaire par les peuples de l'Occident, c'est qu'elle fut, chez eux, réglementée dès ses débuts. Les ordonnances, les lois qui limitaient son exercice se proposaient d'empêcher le scandale, de frapper d'indignité les femmes qui s'y livraient, de modérer le recrutement de son personnel, de la charger d'impôts et d'en faire pour l'Etat une source de revenus, enfin, mais plus tard et seulement dans les temps modernes, de la mettre dans l'impossibilité de corrompre la santé publique.

Partout, pour s'opposer au scandale, on la reléguait dans des quartiers spéciaux, la bannissant du centre des villes, la refoulant dans les parties basses et sordides, jusque hors des remparts. A Athènes, les prostituées étaient confinées au Prétéite, et c'est au voisinage du port qu'on les retrouve de préférence dans toutes les villes maritimes; elles pénétrèrent cependant dans l'intérieur de la ville, mais on ne les rencontrait que dans les bas quartiers; isolées, elles circulaient dans les carrefours ou dans les coins obscurs; réunies en groupes,

elles exerçaient leur industrie chez quelque vieille prostituée enrichie, devenue maîtresse de maison. On les faisait venir aussi, suivant les besoins de la clientèle, dans les cabarets où le *μαστρος* joignait à son trafic habituel les petits profits de la prostitution ambulante. Vous voyez que, sous le rapport de la débauche vénale et infime, on n'a pas beaucoup innové. Quant aux courtisanes de distinction, aux hétaires qu'on recherchait autant pour leur beauté, pour le charme de leur esprit et pour leurs talents artistiques que pour les satisfactions sensuelles moins nobles, les grands quartiers leurs étaient accessibles; comme chez nous, elles étaient librement leur luxe, et la réglementation ne les atteignait pas. On avait déjà fait cette distinction subtile entre la galanterie et la prostitution. A Rome aussi elles étaient cantonnées dans la suburbs; on les trouvait sous les remparts; elles exerçaient leur métier sous les voûtes qui portaient le mur d'enceinte, dans les *fornice*, d'où le nom de *fornication* donné à la satisfaction abjecte des appétits vénériens. Pour Rome aussi il

promenés sur le corps, des excitants diffusibles administrés, un large vésicatoire ammoniacal appliqué au bout de quelques heures sur la poitrine; mais après des alternatives d'amélioration et d'aggravation, la respiration et la circulation devinrent de plus en plus difficiles, le cerveau se congestionna et le malade fut enlevé trente-six heures après le début des accidents.

VIII. Un huitième malade, de soixante-quatre ans, que je viens de tailler dernièrement (pour une pierre enchassée de 6 centimètres de diamètre, plate mais granuleuse à la surface, pesant 50 grammes), malade graveleux depuis longtemps, allant à Vichy depuis plus de vingt ans et ayant même ressenti de légères atteintes de goutte, n'éprouva aucun accident immédiatement après l'opération. Mais le quatrième jour, il fut pris de symptômes qui m'inquiétèrent beaucoup : irrégularités et intermissions alarmantes dans les battements du cœur, toutefois sans bruit de soufflé ni de frottement, mais avec refroidissement général et autres altérations dépendant du trouble de la circulation. On m'apprit que de pareils accidents (que le médecin avait dénommés névrose du cœur) s'étaient produits et avaient duré quatre mois l'hiver dernier. Des excitants diffusibles, des révulsifs, un peu de bromure de potassium, des soins assidus ont fini heureusement par triompher de ces accidents, et le malade est en voie de rétablissement. Mais ces accidents-là, ne faut-il pas les attribuer aussi à un accès de goutte sur le cœur? Pour mon compte, je suis d'autant plus disposé à le croire que, depuis que j'ai écrit ces lignes, le malade a été atteint successivement de douleurs et de gonflements douloureux au genou, au talon, à l'un des testicules et au coude.

Ainsi, voici 8 malades, en supposant qu'il n'y en ait pas d'autres qui échappent à mon souvenir, chez lesquels l'opération de la pierre a été suivie d'accidents ayant manifestement le caractère du rhumatisme ou de la goutte.

Parmi ces 8 malades, 5 furent opérés par la lithotritie, 3 par la taille.

L'affection diathésique s'est localisée : 4 fois sur les articulations, 1 fois à la tête, 1 fois à la poitrine, 1 fois sur le cœur, 1 fois sur les membres et sur les viscères successivement.

Dans 6 cas elle n'a pas entraîné d'accident grave; dans 2 cas elle a provoqué des accidents mortels; une fois par la poitrine, une fois par la tête.

Des malades encore jeunes, à l'exception d'enfants, ont été atteints comme les malades âgés.

La plupart avaient eu auparavant des atteintes plus ou moins légères de goutte ou de rhumatisme.

Sauf chez un malade qui a commis des imprudences graves, on ne peut accuser chez aucun autre d'autre influence provocatrice de l'accès de goutte ou de rhumatisme que l'ébranlement produit par l'opération elle-même.

Une coïncidence fortuite pourrait avoir, il est vrai, amené les manifestations qui viennent d'être signalées; mais il faut convenir qu'il peut sembler étrange qu'au moment où le traumatisme de la vessie semble devoir provoquer les réactions générales de l'organisme vers ce seul organe, des manifestations évidemment diathésiques se produisent sur d'autres points et avec un caractère de généralité dans quelques cas bien accusés.

Ces manifestations paraissent donc un exemple nouveau des rapports réciproques du traumatisme ou des opérations avec les états généraux ou constitutionnels de l'organisme.

CONCLUSIONS. — Outre les accidents généraux des plaies et de toutes les opérations; outre les accidents particuliers qui dépendent de l'opération de la pierre (cystite, cystite purulente, urétrite, néphrite, albuminurie, urémie, etc.), il peut encore se manifester, à la suite de cette opération, des accidents diathésiques, des attaques de goutte ou de rhumatisme (affections congénères de la gravelle), qui semblent éveillés ou provoqués, sinon produits, par l'ébranlement, la commotion ou le choc, comme on voudra l'appeler, de l'opération elle-même, que cette opération soit la taille ou la lithotritie.

Clinique chirurgicale.

DES ACCIDENTS DUS A L'ANESTHÉSIE PAR L'ÉTHÉR CHEZ LES JEUNES SUJETS, mémoire lu à la réunion de l'Association française pour l'avancement des sciences, dans la séance du 21 août (matin), par le docteur LÉON TRUPIER.

Les partisans du chloroforme ont depuis longtemps signalé l'innocuité de cet agent anesthésique chez les enfants. Jusque dans ces derniers temps, nous avions cru qu'il en était de même pour l'éther; mais l'expérience est venue nous démontrer le contraire. Comme il s'agit d'une question très-importante au point de vue de la pratique chirurgicale, on comprendra facilement le sentiment qui nous a guidé en différant jusqu'à ce jour la publication de nos faits. Du reste, nous tenions à nous placer dans des conditions analogues chez les jeunes animaux, de façon à reproduire les mêmes accidents et par suite à en donner une interprétation satisfaisante.

Voici d'abord les faits cliniques :

ONS. I. — Enfant de huit ans, très-susceptible et très-irritable. Etat général bon. Lien de particulier, soit du côté des poumons, soit du côté du cœur. Phimosis avec adhérences du prépuce à la partie postéro-supérieure du gland.

Opération le 30 avril 1875. On commence à endormir le petit malade doucement et en tenant le bonnet à distance; comme la respiration se fait très-naturellement, on le rapproche insensiblement; alors se produit la période d'excitation, et au bout de deux minutes environ le petit malade se met à dormir très-tranquillement.

vingt un temps, après les guerres d'Asie, où les vainqueurs, subjugués par les vices des vaincus, permirent à la prostitution luxueuse de s'installer jusqu'au cœur de la ville.

Partout les femmes prostituées furent flétries. Selon ne permit pas aux femmes libres, aux filles des citoyens, de faire commerce de leur corps; il acheta à l'étranger des filles esclaves; elles étaient entretenues aux frais de la République; la loi les frappait d'infamie; la participation active au culte et aux cérémonies publiques leur était interdite, mais l'accès du temple leur était permis; leurs enfants n'étaient pas citoyens et n'avaient pas le droit de haranguer le peuple; l'un d'eux fit exception; Thémistocle, par son intelligence et par les services qu'il rendit à son pays, racheta l'abjection de sa naissance. Enfin, pour qu'elles ne pussent être confondues avec les femmes libres, leur costume même fut réglementé. Ajoutons que, par une disposition judicieuse, la loi ne leur permettait pas d'avoir des femmes esclaves à leur service. A Rome, un siècle environ avant le Christ, une déclaration des

édiles imposa l'inscription à toutes les prostituées; on leur délivra sous le nom de *licentia stupri* un permis d'exercice. Elles étaient ainsi notées d'infamie; l'administration de leurs biens leur était enlevée; elles perdaient le droit de recevoir par héritage ou par donation; elles ne pouvaient ni accuser, ni prêter serment; on leur retirait la tutelle de leurs enfants. Bannies de la famille, elles n'avaient plus aucun des droits de mère, de fille ou d'épouse; mais en retour elles étaient affranchies de toute obligation familiale. Les femmes inscrites échappaient à la puissance paternelle ou conjugale. A ce titre, leur situation fut jugée digne d'envie. On vit de grandes dames, des femmes de nobles et puissantes familles réclamer la *licentia stupri* pour se soustraire à l'autorité du père ou de l'époux. Le scandale devint tel que Tibère interdit, par un édit, l'inscription aux petites-filles, aux filles et aux femmes de chevaliers. Un costume spécial leur était également imposé. Tandis qu'à Athènes les ornements d'or leur étaient refusés, et qu'il ne leur était permis de paraître en public qu'avec des fleurs

ment. Cependant survenant des efforts de vomissement; on lui relève la tête; il rend un peu de liquide glaireux et se remet ensuite à dormir aussi tranquillement qu'apparaît. On en profite pour rompre les adhérences, couper le prépuce, exciser un lambeau de muqueuse de façon à déplacer les parties adhérentes et faire la suture. Tout cela est fait en dix minutes; après quoi on dit d'enlever le sac à éther. L'enfant respire très-bien. Cependant, avant de le faire transporter dans son lit, je crois devoir placer encore deux points de suture, ce qui demande trois à quatre minutes environ. A ce moment je m'aperçois que le petit malade ne respire pas; son cœur bat toujours. Immédiatement je m'efforce d'ouvrir la bouche et j'attire la langue en dehors avec des pinces à pansement. En même temps, pressions méthodiques sur le thorax, injections d'eau froide sur la face et particulièrement sur l'orifice antérieur des fosses nasales; je mets le sujet la tête en bas. Pas de changement. La face est plutôt colorée que pâle; toutefois pas de cyanose. On fait de la percussion; on passe aussi à différentes reprises le doigt dans l'arrière-gorge, de façon à titiller l'orifice supérieur du larynx. Aucune amélioration. Au bout de vingt-cinq à trente minutes la cyanose apparaît, et l'on s'apprête à pratiquer la trachéotomie. Sur ces entretiens surviennent deux ou trois inspirations. Durant tout ce temps on n'avait pas cessé les pressions sur le thorax, on ne s'arrêtait que de temps en temps et quelques secondes seulement, pour voir si la respiration se faisait spontanément. Aussitôt on fait sentir des sels anglais, de l'assafoetida; en outre, comme le corps est froid, on fait des frictions sèches, on applique tour à tour des linges chauds, de la flanelle. Cependant la respiration n'est pas absolument passive, attendu que les mouvements du thorax continuent lorsqu'on suspend les pressions avec les mains; il est vrai qu'au bout de quelques secondes ils diminuent pour s'arrêter complètement. Enfin, après trois quarts d'heure d'angoisses, nous avons, avec mes deux confrères MM. Vinay et Poncet, la satisfaction d'entendre un cri bientôt suivi d'une forte inspiration, puis ce sont des gémissements entrecoupés. On continue néanmoins les mêmes moyens jusqu'à ce que le petit malade ait repris complètement connaissance. A dater de ce moment rien de particulier à noter. Phénomène très-important, le cœur n'a jamais absolument cessé de battre; la fréquence puis la force sont allées en diminuant progressivement, mais, nous le répétons, les battements n'ont jamais disparu.

Obs. II. — Enfant de cinq ans et demi. Mal de Pott au niveau de la région lombo-sacrée. Pas d'abcès appréciable. Pas de phénomènes de paralysie, mais douleurs vagues dans les membres inférieurs. Etat général relativement bon. Rien du côté des poumons ou du cœur. Comme on veut appliquer des pointes de feu et que les parents demandent à ce que leur enfant soit endormi, on procède à l'anesthésie avec l'éther (10 août 1876).

On commence en observant la même ressource que précédemment, mais au bout de quelques minutes le thorax, qui venait de se soulever à plusieurs reprises différentes d'une façon tumultueuse, s'arrête brusquement. Toutefois le cœur continue de battre régulièrement. Aussitôt on retire le bonnet et l'on imprime des mouvements méthodiques aux parois thoraciques. Après quelques secondes la respiration reprend, et quand elle est tout à fait normale on approche de nouveau le bonnet. Le sommeil ne tarde pas à arriver, et lorsqu'il est suffisant on procède à la cautérisation en

ayant soin de soutenir le petit malade de manière à ne pas gêner les mouvements du thorax.

Obs. III. — Enfant de cinq ans et demi présentant tous les signes de la coxalgie en tant que déformation; seule la douleur à son siège au niveau de l'articulation sacro-iliaque, au-dessous de l'épine iliaque postérieure et supérieure du même côté, etc. Pour trancher la question et aussi rétablir la position, on endort le petit malade avec de l'éther (9 mai 1876). On s'était assuré qu'il n'y avait rien d'anormal tant du côté des poumons que du côté du cœur. Mêmes précautions que dans les deux observations précédentes. Au bout de quelques instants l'enfant crie, se débat; puis tout à coup plus rien, la respiration s'est arrêtée; le cœur, il est vrai, continue de battre. Naturellement on enlève l'éther; cependant, comme après quelques secondes on entend de petits sons gutturaux, que la face se cyanose et que le pouls devient de plus en plus faible, on croit que l'enfant va vomir et on lui relève la tête; mais les dents sont serrées et je suis obligé d'employer un écarteur spécial que j'ai fait construire chez Mathien pour agir rapidement. La langue est saisie avec une pince à pansement et attirée au dehors; en même temps je vais titiller l'arrière-gorge au moyen du doigt; enfin on imprime des mouvements méthodiques au thorax. Tout à coup l'enfant fait un effort d'expiration et je ramène quelques mucosités filantes; bientôt après la respiration se fait naturellement. Il n'y avait pas eu vomissement; cependant, avant de recommencer, je crois devoir demander aux parents si l'enfant n'a rien pris comme aliments. Comme on me répond qu'il n'a rien pris et qu'il a été surveillé tout le temps, je n'hésite pas à approcher de nouveau le sac à éther; mais au bout de deux ou trois minutes, mêmes efforts pour se soustraire et de nouveau arrêt de la respiration. Je me comporte de la même façon et les accidents disparaissent. En dépit du père de l'enfant j'essaye une troisième fois : phénomènes identiques, avec cette différence toutefois que la respiration arrêtée puis rétablie, le petit malade se trouve endormi suffisamment pour que je puisse procéder au redressement et m'assurer qu'il n'existe pas d'altération de l'articulation coxo-fémorale. J'étais assisté dans ces deux dernières circonstances par MM. les docteurs Girard et Poncet.

Ces faits sont très-instructifs. D'abord les accidents mentionnés, bien que de même nature, présentent une physiologie spéciale dans les trois cas. L'arrêt passager de la respiration (obs. II) doit être le phénomène commun, ou si l'on veut la forme habituelle, et c'est à cela vraisemblablement que se rapportent les descriptions des auteurs, qui n'ayant pas vu la forme grave n'ont pas autrement insisté. — Dans l'obs. III l'arrêt brusque de la respiration à trois reprises différentes indique tout au moins une tendance marquée à la forme grave, dont l'obs. I donne une très-bonne idée. En effet, arrêt de la respiration, non pas au début de l'anesthésie, mais à la fin, alors que le sac à éther a déjà été enlevé depuis quelques instants; ce phénomène doit être excessivement rare, comme on peut en juger par la lecture des faits publiés. Les battements du cœur continuent, au moins assez longtemps, avec le rythme normal. La cyanose n'arrive que très-tard et

pour parure, à Rome on fut plus rigoureux; elles devaient porter la perruque blonde et la tunique jaune; longtemps elles chaussèrent les brodequins rouges, jusqu'au jour où Adrien réservant la pourpre pour la dignité impériale leur interdit cette couleur. Domitien leur fit défense de monter dans des litières.

Les anciens ont également entrepris de modérer le recrutement de la prostitution. Elle était, je vous l'ai dit, interdite par Solon aux femmes libres. A Rome, on se préoccupa tardivement de restreindre les enrôlements. Longtemps les *scorta erratica* purent rôder autour des camps sans qu'on s'inquiétât du nombre de ces femmes. Longtemps on laissa les lupanars assésés depuis la neuvième heure (1) jusqu'au matin par les filles perdues qui venaient louer au *leno* ou à la *lena* une cellule moyennant une rétribution quotidienne. Il arriva que ces filles se trouvaient un jour sans emploi. De

loueur de cellules, le leno se fit entrepreneur; il acheta de esclaves, et tout le profit lui appartint. Ce commerce fructueux provoqua la concurrence; les cabaretiers, les boulangers, les baigneurs entretenaient chez eux des femmes qu'ils livraient au public et qu'ils se procuraient par l'achat régulier ou par le rapt et la violence. Plusieurs empereurs voulurent s'opposer à ces abus; Justinien régla la police des bains; Constantin, Théodose le jeune, Valentinien, Justinien entreprirent de supprimer le recrutement forcé. Valentinien essaya même de supprimer les maisons de prostitution; il provoqua la prostitution clandestine. Cette intervention du pouvoir civil fut inefficace assurément; elle fut louable dans son but et énergique dans ses moyens. Plusieurs des empereurs que je viens de citer frappèrent avec sévérité les agents provocateurs de la débauche, les intermédiaires officieux, les racoleurs qui de gré ou de force jetaient les femmes dans le gouffre de la prostitution, ces voleurs du don précieux de la chasteté. Justinien leur ordonna sous peine de mort de quitter l'empire.

(1) Quatre heures du soir.

pour ainsi dire à la période ultime. Enfin, si nous avions interrompu la respiration artificielle, il est plus que probable que notre petit malade serait mort.

La persistance des battements du cœur dans tous les cas doit faire exclure l'idée d'une syncope, et comme la cyanose n'est que secondaire, on ne saurait parler d'asphyxie en tant qu'essence même du processus. Comme dans les obs. I et III les petits malades avaient rendu des mucosités bronchiques plus ou moins filantes, on pouvait supposer que l'éther provoquait une sécrétion exagérée de mucus dans l'arbre laryngo-bronchial, d'où accumulation, gêne de la respiration et arrêt suivi ou non de cyanose.

C'est pour élucider ce dernier point que nous avons commencé, avec M. Arloing, à expérimenter sur les animaux. Disons en passant que toutes nos recherches ont porté exclusivement sur les chats. Nos différents sujets avaient depuis deux jours jusqu'à un, deux ou trois ans.

Quel ne fut pas notre étonnement lorsqu'en anesthésiant notre premier sujet — il était âgé de trois semaines environ — nous vîmes la respiration s'arrêter comme chez l'homme. Immédiatement nous enlevâmes le sac à éther et nous exerçâmes des pressions méthodiques sur le thorax. Au bout de quelques instants la respiration reparaisait. Cependant nous ne crûmes pas devoir reprendre l'éthérisation, ne fût-ce que pour nous donner le temps de réfléchir.

Comme nous possédions un autre animal de la même portée, nous administrâmes du chloroforme avec une compresse, et, nouvel étonnement, le sommeil anesthésique s'établit insensiblement sans arrêt de la respiration.

Le lendemain nous prîmes les mêmes animaux; mais nous donnâmes de l'éther au dernier et du chloroforme au premier. Résultats identiques. Toutefois, comme nous voulions trancher la question de l'asphyxie par accumulation d'écume bronchique, nous poussâmes l'anesthésie jusqu'à la mort. Or dans les deux cas, l'autopsie faite immédiatement nous démontra que cette idée n'avait pas de raison d'être, attendu que l'arbre laryngo-bronchial ne contenait pas de mucosités et que la muqueuse elle-même était absolument blanchâtre et comme nacrée. Nous avons eu depuis lors plusieurs fois l'occasion de vérifier ce fait, et toujours les résultats ont été identiques.

Avant d'aller plus loin, nous voulûmes aussi chercher si l'éther agissait de la même façon sur des animaux plus âgés. Sans entrer dans le détail complet de nos expériences, je dirai que cette tendance à l'arrêt de la respiration est d'autant moins marquée qu'on agit sur des animaux plus avancés en âge. J'ajoute que nous avons pu encore arrêter la respiration sur un chat d'un an environ.

Bien que l'arrêt de la respiration soit un phénomène constant chez les jeunes chats qu'on endort avec l'éther, il ne faudrait

pas cependant supposer qu'il ne souffre aucune exception. Nous avons pensé d'abord à une prédisposition individuelle; puis nous nous sommes aperçu que tel animal chez lequel le phénomène d'arrêt ne se produisait pas un jour pouvait offrir le contraire le lendemain. Nous avons cherché alors l'influence de l'état de plénitude ou de vacuité de l'estomac; mais nous devons dire que rien jusqu'ici ne nous autorise à accorder une importance spéciale à l'un ou l'autre de ces états.

Enfin, comme nous avions employé des éthers de provenances diverses et que le phénomène d'arrêt semblait s'être produit plus souvent après l'emploi de tel ou tel, nous avons prié M. Petaeus, chef du service de chimie, de vouloir bien rechercher si ces éthers étaient parfaitement purs. Or leur densité était la même; de plus, ils ne contenaient ni alcool ni principes gras.

Avant de terminer, je tiens à dire que nous nous proposons de poursuivre ces recherches. Aussi bien je passe sous silence certaines particularités, le fait de l'arrêt du thorax en inspiration, et celui de la disparition des réflexes de la cornée, par exemple, qui cependant offrent un grand intérêt au point de vue physiologique.

Pour nous résumer, nous pensons, au point de vue pratique, que l'emploi de l'éther chez les jeunes sujets est dangereux, et que le chloroforme doit lui être dorénavant toujours préféré.

Ophthalmoscopie.

SUR QUELQUES POINTS DE L'ANATOMIE ET DE LA PATHOLOGIE DE LA SCLÉROTIQUE. Communication faite à la réunion de l'Association française pour l'avancement des sciences, dans la séance du 24 août 1876, par le docteur GAYET (de Lyon).

Le procédé d'examen sous l'eau et avec des grossissements assez forts (35-40 et jusqu'à 70 diamètres) m'a mis à même de reconnaître quelques points de la structure scléroticale, sur lesquels je veux attirer l'attention de la section.

Premièrement. La disposition uniforme de toutes les coupes, quelle que soit leur direction, démontre que le tissu sclérotical est une sorte de feutre dans lequel les faisceaux qui le composent courent dans toutes les directions et non pas, comme on l'a dit, suivant l'équateur et les méridiens.

Deuxièmement. Le tissu sclérotical est composé de faisceaux assez volumineux, s'anastomosant fréquemment entre eux et courant dans toute la membrane en changeant de place, pour aller de la surface à la profondeur ou réciproquement.

Troisièmement. Ces faisceaux viennent se terminer, lorsque la rencontre s'opère, sur les parois des vaisseaux nourriciers de la membrane, constituant là des espèces de nœuds parfaitement reconnaissables à l'éclairage oblique.

Le moyen âge ne se montra pas moins impitoyable pour les entremetteurs.

Le moyen âge, en effet, ne fut pas affranchi de la prostitution; délivré de la domination de Rome par les barbares, il ne fut pas dépourvu des vices que les anciens maîtres du monde avaient répandus dans tout l'Occident. A ce point de vue, il n'emprunta rien aux nouveaux conquérants. Le christianisme eut la sagesse de se montrer indulgent pour les prostituées; il se garda d'absoudre la débauche; mais il s'épargna la décevante tentative de la supprimer. Saint Augustin, saint Thomas, les Pères du concile de Bâle se montrèrent tolérants pour la prostitution; ils furent inexorables pour le maquereillage. Le concile d'Elvire alla jusqu'à refuser aux proxénètes le droit au repentir; il interdit aux prêtres de leur accorder l'absolution finale. Le pouvoir civil les frappa avec une égale rigueur. En France, l'entremetteuse était exposée au pilori, marquée au fer rouge, puis bannie. A Toulouse, elle était enfermée dans une cage de fer, transportée au milieu du pont

et plongée trois fois dans le fleuve. A Bayonne, elle subissait le fouet, et la mort en cas de récidive. A Naples, on lui coupait le nez. Charlemagne livrait au fouet la prostituée; et le loueur chez qui elle exerçait sa profession devait la porter sur ses épaules jusqu'au lieu du supplice. Je pourrais citer bien d'autres punitions sévères, grotesques ou cruelles. On ne pouvait se montrer trop rigoureux envers ces truands pour lesquelles l'enfer même n'avait pas de tortures suffisantes. Ici on les promenait par la ville montées sur un âne, la face tournée vers la queue; là on leur brûlait les cheveux; ailleurs on leur faisait cortège avec grand bruit de cymbales, et la foule les couvrait d'ordures et d'excréments. La maison où le péché avait été accompli était confisquée. Les plus grandes peines étaient réservées aux parents ou aux tuteurs qui favorisèrent la débauche d'une fille. Tandis qu'il faisait couper les oreilles à la proxénète, Charles-Quint punissait de mort le père, la mère ou l'époux qui par cupidité livrait au libertinage sa fille ou sa femme. A Genève, c'était aussi la mort qui pu-

Quatrièmement. Lorsque les faisceaux rencontrent des vaisseaux qui ne font que traverser la sclérotique, ils laissent autour d'eux une gaîne parfaitement nette.

Cinquièmement. A la jonction de la sclérotique avec la cornée en voit des faisceaux d'un blanc nacré pénétrer cette dernière membrane assez profondément, témoignant de l'union, tissu à tissu, des deux parties de la coque oculaire externe.

Sixièmement. Au niveau de l'union du nerf optique à la sclérotique, la notion générale qu'a fournie Donders d'une partie interne formant la lame criblée et d'une partie externe se continuant avec le névrième optique se vérifie bien, mais il y a quelque chose de plus.

Il y a un changement dans le tissage sclérotical, une sorte d'incrustation nouvelle, à grandes mailles visibles seulement à l'éclairage oblique, parce qu'il faut pouvoir pénétrer une certaine épaisseur de tissu pour la reconnaître.

Pathologie. — Je ne toucherais plus qu'à quelques points très-restreints, et ayant surtout trait à l'inflammation.

1° Par elle-même, la sclérotique paraît peu susceptible de s'enflammer, mais elle est influencée par l'état de l'épiscière et celui de la *lamina fusca* et du corps ciliaire.

2° Le processus inflammatoire paraît être caractérisé par une infiltration de cellules lymphoïdes qui, venues des vaisseaux de l'épiscière ou de la choroidé, pénètrent peu à peu la sclérotique.

3° Cette pénétration se fait d'abord dans les couches voisines et l'on voit l'infiltrat dissocier les faisceaux scléroticaux.

4° La zone périkeratique, la zone circonvoisine du nerf optique me paraissent des lieux de prédilection pour l'inflammation.

5° La gaîne des vaisseaux qui traversent la sclérotique est un chemin tout naturel pour l'infiltrat.

6° Les vaisseaux nourriciers sont aussi des voies qui suivent les cellules lymphoïdes.

7° Tout porte à croire que, comme dans la cornée, les cellules propres de la sclérotique sont le siège d'un travail prolifératif.

8° L'inflammation de la sclérotique peut aller depuis l'infiltration légère de ses surfaces jusqu'à sa destruction totale et absolue, ainsi que j'en ai observé un cas.

9° Dans les cas de phthisis du globe où la sclérotique paraît s'épaissir énormément cet épaississement n'est qu'apparent. Il est dû à la mise en jeu d'une propriété des faisceaux de la membrane, celle de se friser.

Cette ondulation ou frisure se fait faisceau par faisceau, ce qui explique l'épaississement de la membrane.

Il me semble infiniment probable que si, par impossible, le contenu de la coque oculaire venait à reprendre son vo-

lume, la capacité et l'épaisseur normales de la sclérotique pourraient être restituées.

Sur un très-grand nombre de pièces que j'ai examinées je n'ai jamais trouvé la sclérotique épaissie par addition de tissu, en d'autres termes par hypertrophie.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Congrès annuel de l'Association médicale anglaise
(British Medical Association).

Section de gynécologie et d'obstétrique.

SEANCE DU 2 AOUT 1876. — PRÉSIDENTE DE M. ATTHILL.

INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LES MALADIES DE L'OREILLE : M. PIERCE. — PARALYSIE HYSTÉRIQUE : M. OXLEY. — INFLUENCE DE LA POSITION DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS UTÉRIÈRES : M. EDIS. — ATRESIE UTÉRINE A LA SUITE DE LA CAUTÉRISATION : M. WALLACE. — HYSTÉRIE : M. HINE. — ÉCLAMPSIE PUEURPÉRALE TRAITÉE PAR L'ERGOTINE : M. STAINTHORPE. — ÉPITHÉLIOMA DE L'UTÉRUS : M. MARION SIMS. — ICTÈRE ET GROSSESSE : M. MONKS.

DE L'INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR CERTAINES MALADIES DE L'OREILLE. — Le docteur *Pierce* a remarqué chez certaines malades une aggravation dans les symptômes des maladies de l'oreille pendant la grossesse ou à la suite de l'accouchement. L'inflammation chronique de la cavité tympanique sans suppuration est l'affection qui a paru subir le plus souvent l'influence de la grossesse. Après chaque accouchement, les malades souffraient davantage, l'ouïe diminuait et le *tinnitus aurium* était plus marqué. Cette aggravation des symptômes était très-persistante et, après quelques grossesses, la fonction de l'ouïe était presque entièrement abolie. Des femmes jeunes, fortes, et en apparence très-robustes, étaient principalement atteintes; les symptômes se manifestaient au début de la grossesse et augmentaient jusqu'à l'accouchement. Cette aggravation ne saurait être comparée à celle qu'on observe habituellement dans le cours des fièvres et de quelques affections constitutionnelles. Les autres maladies auriculaires étaient moins influencées par la grossesse. La syphilis n'a pu être mise en cause dans les cas qui ont été observés par le docteur *Pierce*. Cette influence résulte-t-elle de la diminution de la force nerveuse (*nerve-power*) ou des conditions spéciales de l'organisme pendant la grossesse? L'observation et l'étude d'un plus grand nombre de faits permettront peut-être de répondre un jour à cette question.

PARALYSIE HYSTÉRIQUE (?) CHEZ UNE PETITE FILLE DE HUIT ANS, CAUSÉE PAR LA Foudre. — Le docteur *Martin Oxley*, de Liverpool, a observé le cas suivant : A. O., âgée de huit ans,

nissait ce crime abominable. Seul, à Naples, en 1221, Frédéric II absout la mère que la misère pousse à trafiquer de l'honneur de sa fille. Cette tolérance inusitée favorisa la démolition à un tel point que Ferdinand I^{er}, en 1480, crut devoir entreprendre l'extermination des ruffians. En Portugal, le crime de maquerellage était puni de la déportation au Brésil ou à la côte d'Afrique; c'était la mort si la fille avait été livrée à un juif ou à un infidèle.

Le moyen âge fit plus que de sévir contre les agents qui recrutèrent les femmes livrées au libertinage, il essaya d'atténuer et moins de prudence que l'Église. Charlemagne formula une prohibition absolue; la prostitution se cacha sans se restreindre, et après lui, pendant près de trois siècles, elle prit un développement exorbitant. Saint Louis renouvela sa tentative; en 1254, il ordonna que toutes les ribaudes fussent exilées après avoir été dépouillées jusqu'à la cote, et que ceux qui leur louaient des maisons fussent punis d'une amende

égale au prix d'une année de la location. L'ordonnance royale fut exécutée; les prostituées se dissimulèrent, et ce fut, paraît-il, un grand scandale et un grand danger que, ne sachant plus distinguer entre les honnêtes femmes et les ribaudes, on en usait indifféremment de la même façon avec les unes et les autres. Le mal fut tel que saint Louis fut obligé, en 1256, de rapporter son ordonnance; il toléra de nouveau la prostitution, mais il déclare platoniquement que tout homme qui fréquenterait les maisons de filles serait réputé infâme et ne pourrait être admis à prêter serment. A ces déclarations purement morales, il ajouta l'interdiction aux officiers de sa maison de pénétrer dans les lieux de débauche. Tels étaient cependant les scrupules du pieux monarque que, partant pour la croisade, avant presque de mourir, il ordonna, dans une lettre datée d'Aigues-Mortes, en 1269, de fermer définitivement les établissements de libertinage.

Ce qui subsista des ordonnances de saint Louis, ce fut seulement que les filles de joie restèrent parquées dans certains

entre à l'hôpital des enfants de Liverpool. Sa mère raconte que, au mois d'octobre 1875, elle fut surprise par un violent orage, revint effrayée à la maison et tomba dans un état complet d'insensibilité qui dura deux heures. Depuis cette époque elle n'a pas recouvré le mouvement et le sentiment, elle ne prononce que quelques monosyllabes et ne peut mastiquer et avaler les aliments. Avant l'accident, elle était robuste et intelligente et n'avait jamais été malade. Au moment de l'admission, elle est très-émaciée; les cuisses sont fléchies sur l'abdomen et les jambes sur les cuisses, comme dans certaines coxalgies doubles. On peut obtenir l'extension des membres inférieurs sans provoquer de douleurs, mais ils reprennent aussitôt la position fléchie; le mouvement et le sentiment sont absents, et il est impossible de produire des mouvements réflexes en excitant la région plantaire; le courant d'une batterie de Stöhrler de deux éléments est appliqué sur les membres inférieurs sans produire ni contractions musculaires ni douleurs. La malade était en même temps très-sourde et avait complètement perdu l'intelligence; la température était normale, le cœur et les poumons sains. On prescrivit un traitement tonique et l'application de courants intermittents sur les membres supérieurs et inférieurs. Le résultat fut d'abord négatif, mais au bout de quelques semaines l'enfant accepta les aliments avec moins de répugnance et commença à sentir les courants. Le même traitement fut continué et la guérison complète fut obtenue au bout de trois mois.

Le docteur *Wishire* fait quelques remarques sur la pathologie de ces cas, et pense qu'ils doivent être attribués à une contraction spasmodique des vaisseaux des centres nerveux; il cite à l'appui de son opinion un cas de paralysie faciale qu'il a observé, chez un enfant de cinq ans, à la suite de la frayeur. Cette opinion est partagée par le docteur *Howell*.

DE L'INFLUENCE DE LA POSITION DANS LE TRAITEMENT DE CERTAINES AFFECTIONS UTÉRINES. — Le docteur *W. Edis* appelle l'attention sur les avantages qu'on peut retirer de la position *genu-pectorale* dans le traitement des déplacements de l'utérus; après avoir décrit la méthode, il entre dans quelques détails qui montrent l'action pneumatique produite par cette position, et les services qu'elle peut rendre dans la rétroversion et la rétroflexion de l'utérus, principalement pendant les premiers mois de la gestation, en prévenant les fausses couches et en facilitant l'élévation de l'utérus dans la cavité abdominale. Lorsque le déplacement de l'utérus coïncide avec une métrite, la position des genoux permet souvent de supporter un pessaire qui n'eût pu être toléré autrement. Dans les cas de stérilité dus à la rétroflexion ou à la rétroversion, la conception peut avoir lieu après un seul coït pratiqué dans la position *genu-pectorale*. Lorsque la rétroversion de l'utérus gravidé survient vers le quatrième mois et occa-

sionne la rétention d'urine, l'organe peut être réduit facilement et sans danger en plaçant le malade sur les genoux.

M. *Marion Sims* fait remarquer qu'il a le premier introduit cette méthode dans la thérapeutique, en 1845; M. *Awling* et *Savage* reconnaissent la priorité du chirurgien, mais par les médecins en général, et que ces applications intempêtes présentent de graves inconvénients. Chez deux malades qui avaient été soumises à l'examen au spéculum et cautérisées deux fois par semaine, l'une pendant deux ans et l'autre pendant dix-huit mois, le docteur *Wallace* a observé l'atésie complète de l'orifice du col. Chez d'autres, l'atésie était partielle, et l'on observait des cicatrices douloureuses, qui ne pouvaient être attribuées qu'à des cautérisations anciennement et peut-être inutilement pratiquées.

DE L'HYSTÉRIE. — M. le docteur *W. Hime*, de Sheffield, fait quelques remarques intéressantes sur cette affection. Il pense que c'est à tort que les gens du monde, et même les médecins, sont toujours disposés à voir de l'exagération et de l'imposture chez les hystériques. Cette manière de voir ne se rencontre jamais chez les médecins qui connaissent la véritable nature de l'affection, « caractérisée par une diminution de la volonté coïncidant avec une exubérance des fonctions sensoriales ». Le docteur *Hime* revient sur un fait généralement admis aujourd'hui, à savoir que les affections hystériques reconnaissent rarement pour causes les passions érotiques, et que le mariage n'a aucune influence sur la marche de la maladie, et il cite à l'appui de cette assertion plusieurs cas observés chez des femmes mariées, âgées et mères de famille, et chez des enfants. Dans la grande majorité des cas, l'hystérie n'est accompagnée d'aucune lésion des organes génitaux. Sur mille quarante malades appartenant à différentes classes de la société, trente pour cent seulement présentaient des affections de ces organes. Dans les maladies graves de l'utérus : carcinome, métrite, etc., l'hystérie se rencontre rarement. L'auteur propose un traitement physique et un traitement moral, et il attache plus d'importance à ce dernier.

ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE TRAITÉE AVEC SUCCÈS PAR DES INJECTIONS HYPERDERMIQUES D'ERGOTINE, par le docteur *Stain-*

quartiers et dans certaines rues, ordinairement dans les faubourgs et près des romparts, loin des lieux saints, tels qu'églises et cimetières. Elles y prirent droit de domicile, s'établirent maîtresses des rues qui leur avaient été consacrées, en revendiquant la jouissance exclusive sans pour cela renoncer à la tentation de porter ailleurs leur industrie. Les chroniques du XIV^e siècle mentionnent les innombrables efforts des communes pour les refouler dans leur quartier réservé. Quand les agrandissements de Paris eurent élargi leur cité, on eut des difficultés inouïes à les expulser de la rue Chapon et de la rue du Huleu; elles tinrent tête pendant longtemps au prévôt, aux gens de l'évêque et du roi, et les poèmes érotiques des temps rapportent avec admiration les lutes homériques de la mère Cardinale et du Parlement de Paris.

A Rome, il existait des maisons de prostitution dès le commencement du XI^e siècle; elles se multiplièrent rapidement et devinrent des occasions de scandale fréquent. Il n'était pas très-rare, paraît-il, qu'après une nuit d'orgie, les jeunes gens,

pour terminer dignement leurs exploits, missent le feu à l'une de ces maisons. Jules II, pour rendre la surveillance plus facile et pour protéger même ces femmes contre la violence des moeurs, les reléga aussi dans un quartier spécial.

Clément VII, comme l'avait fait avant lui Caligula, frappa d'un impôt les maisons de prostitution. Cet exemple se généralisa et fut l'origine de la taxe imposée aux prostituées, même aux filles isolées.

Partout où les maisons de débauche furent tolérées, on leur imposa une surveillance et une réglementation spéciales pour des motifs d'ordre public, et l'on s'efforça de poursuivre et de faire disparaître les établissements interlopes, où, sous prétexte d'une industrie avouable, se pratiquait la prostitution clandestine. A Avignon, en 1448, on expulsa les femmes employées dans les maisons des étuvistes, comme on l'avait fait à Londres dès le XIII^e siècle.

Je ne veux pas pousser cette étude historique de la réglementation de la prostitution jusqu'aux temps modernes; mais

thorpe. — Il s'agissait d'une primipare chez laquelle la saignée, les purgatifs, les irritants et les inhalations de chloroforme avaient été inutilement employées. Le docteur Stainthorpe administra l'ergotine par la méthode sous-cutanée et termina rapidement l'accouchement à l'aide du forceps. L'enfant vint au monde vivant et la mère guérit. Selon la remarque du docteur *Athill*, il est probable que l'ergotine a agi, dans ce cas, en favorisant la terminaison rapide de l'accouchement plutôt qu'en agissant directement sur les phénomènes convulsifs.

ÉPITHÉLIOMA DE L'UTÉRUS. — Le docteur *Marion Sims* montre plusieurs pièces pathologiques relatives à des ablations de tumeurs de l'utérus. En ce qui concerne les tumeurs épithéliales, il se déclare localiste et partisan de l'opération, non pas avec l'éraseur, qui ne permet pas d'enlever tous les tissus malades, mais avec les caustiques ou le galvanocautére. Une intéressante discussion, à laquelle ont pris part MM. *Aveling*, *Witshire* et *Hime* a suivi cette communication.

DE L'ICTÈRE PENDANT LA GROSSESSE ET DE SES EFFETS SUR LA MÈRE ET L'ENFANT. — Le docteur *Monks* résume brièvement les cas suivants : 1° W., bonne constitution, cinquième grossesse. L'ictère se manifeste vers le cinquième mois; l'accouchement a lieu prématurément, l'enfant naît mort et la mère succombe quelques heures après la délivrance. — 2° Mêmes symptômes; l'ictère est traité par les moyens habituels; accouchement prématuré d'un enfant mort; la mère succombe six heures après la délivrance. — 3° A. est admise à l'hôpital le 13 avril; grossesse de six mois, ictère avec hypertrophie notable du foie; le 27, on a la conviction que l'enfant est mort. L'état de la malade est très-grave; le 3 mai, le docteur *Monks* pratique l'accouchement prématuré d'un enfant mort. La mère succombe quelques heures plus tard.

(A suivre.)

LUTAUD.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 4 SEPTEMBRE 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

SUR LA DISPARITION DE L'AMMONIACQUE CONTENUE DANS LES EAUX, par M. A. Houzeau. — Il résulte du travail de l'auteur que l'ammoniacque contenue dans les eaux, même celle qu'on y fait entrer artificiellement, tend à disparaître, alors même que l'eau est renfermée dans des flacons hermétiquement bouchés; et que cette disposition est favorisée, mais favorisée

je veux retenir de ce long exposé cette importante remarque, c'est que rien n'a trait à la protection de la santé publique, rien à l'exception de l'édit de la reine Jeanne que je vous ai cité autrefois, et que je considère comme apocryphe; à l'exception aussi du règlement anglais de 1345 contre la maladie de l'arsure.

D^r BOUCHARD,

Agrégé de la Faculté de Paris.

(A suivre.)

CONGRÈS MÉDICAL A TURIN. — Un Congrès médical se tiendra, du 18 au 28 septembre, à Turin. Il sera divisé en autant de sections qu'il y a de branches importantes dans la science. Il y aura en même temps une sorte d'exposition des différents objets relatifs à la médecine, produits exclusivement par l'Italie depuis les dernières années.

seulement par l'action de la lumière. L'exposition d'une eau à la lumière est donc un moyen d'épuration. (Commissaires: MM. Chevreul, Boussingault, Peligot.)

LA FUSCHINE ET LE VIN. — M. V. Didelet adresse, à l'appui de son travail sur les falsifications des vins, un échantillon de Fulmi-eoton coloré avec un vin contenant de la fuschine. (Renvoi à la commission des arts insalubres.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 12 SEPTEMBRE 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. BOULEY.

M. le ministre de l'Agriculture et du commerce transmet à l'Académie : a. Le tableau des vaccinations pratiquées en 1875 dans les départements de la Seine, de l'Aisne, de la Haute-Savoie et de la Haute-Garonne. (Commission des vaccins.) — b. Le compte rendu des travaux des conseils d'hygiène du département de la Charente en 1875. (Commission des épidémies.) — c. Des pièces relatives à une source d'eau minérale à Domignies (Ardèche). (Commission des eaux minérales.)

L'Académie reçoit : a. Une lettre de remerciements de M. le docteur Leconteur, pour récompense reçue pour vaccinations. — b. Une lettre de candidature de M. le docteur Maréchal pour la section des correspondants étrangers. — c. Une lettre de candidature de M. le docteur Bertet, pour la section des correspondants nationaux.

L'Académie reçoit : a. De la part de M. Thierry, un ouvrage de *déontologie vétérinaire*. — b. De la part de MM. les docteurs Marquet (de Belfort) et Simonin (de Nancy), une note sur l'inoculation variolique et un rapport sur le service de la vaccine dans le département de Meurthe-et-Moselle. — c. De la part de M. Chauvel, un *Palais d'observations* en construction. — d. Deux mémoires sur l'ictère et la mortelité des nouveau-nés, de MM. les docteurs Sagrier et Fleury. — e. De la part de M. Depoet, un *Traité des Maladies Mentales*. — f. Un *Guide de la Mère de Famille*, par M. le docteur Maurin.

M. GOBLEY. — M. *Delpach* donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Gobley. Ce discours, d'un sentiment élevé et d'une forme très-distinguée, est accueilli par d'unanimes applaudissements.

TRAITEMENT ABORTIF DE L'ANTHRAX PAR LES VÉSICATOIRES. — M. J. Guérin admet que tous les accidents qui constituent et caractérisent la malignité accidentelle de l'anthrax sont le résultat de l'absorption des liquides septiques contenus au foyer de cette tumeur. L'indication à remplir est, d'une part de prévenir et de neutraliser la décomposition septique des noyaux ou bourbillons de l'anthrax, et d'autre part d'arrêter au passage la matière décomposée en vue de prévenir l'intoxication locale et générale.

Logiquement et méthodiquement, il faudrait d'abord remplir la première indication : prévenir la formation du poison; mais c'est par la seconde qu'il faut commencer. Que le poison existe ou qu'il n'existe pas encore, l'important est de lui couper le chemin; circonscrit dans son foyer, on a le temps ensuite de le détruire sur place.

M. J. Guérin propose, pour localiser la maladie et arrêter son évolution, d'appliquer sur la partie la plus enflammée un large vésicatoire percé à son centre pour permettre à un

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre de l'Agriculture et du commerce vient de décerner les récompenses ci-après désignées aux médecins qui se sont le plus distingués dans le service médical des eaux minérales, pendant les années 1872 et 1873 :

Médailles d'argent : MM. Henri Bona (Evaux). — Bonnet de Malherbe (Nérus). — Collin (Saint-Honoré). — Grimaud (Barèges). — Jaubert (Gréoulx). — Leplat (Hamman-Rira, Alger). — Icheb, Théophile (Bourbonne-les-Bains). — Michel Tieder (Capvern).

Rappels de médailles d'argent : MM. Barudel, Chabaneau, Amable Dubois, Joubert, Niepce, Privat.

Médailles de bronze : MM. Balley (Aulus). — Doin (Bourbonne-les-Bains). — Finaz (Charbonnières). — Lafaille (Barbotan-les-Bains). — Le Cler (Contrexéville). — Matet (Castera-Verduzan). — Perelli (Pietrapola).

CENTENAIRES. — Sont morts à Oran, une Espagnole de cent sept ans; à Alger, une Espagnole de cent ans; à Sidi-bel-Abbes, une Espagnole de cent cinq ans.

topique approprié de neutraliser le germe septique en même temps qu'on empêche sa dissémination. Ce traitement a pour effet d'entraver tous les accidents, de calmer la douleur, de changer la consistance de la tumeur, de lui enlever sa résistance, sa rougeur; en un mot, d'en faire une tumeur bénigne et inerte dont l'enucléation s'exécute sans qu'il soit besoin de recourir au bistouri. Toutefois, pour que la médication ait son effet, il faut que l'application du vésicatoire ait lieu à la première période de l'anthrax et soit prolongée jusqu'à la vésication, c'est-à-dire jusqu'au soulèvement de l'épiderme et la formation de l'ampoule.

M. J. Guérin cite ensuite une série d'observations à l'appui de sa méthode (voy., p. 589, l'analyse d'un travail de M. Grzymala sur l'emploi des vésicatoires dans la pustule maligne).

EMPLOI DU SPIROPHORE DANS LE TRAITEMENT DE L'ASPHYXIE.

— M. Piorry pense que le spirophore serait le complément le plus parfait de tous les moyens qui ont été employés pour rétablir la respiration des asphyxiés, mais que la difficulté d'avoir cet instrument à sa disposition lorsque l'occasion de l'utiliser se présente, rend son usage presque impossible.

Dans l'état actuel de la science, lorsque l'asphyxie est légère et quand un certain degré d'intelligence est conservé, il est préférable d'appliquer les méthodes ordinaires pour rétablir la respiration et provoquer l'expulsion de l'écume bronchique.

M. Piorry propose ensuite divers procédés d'insufflation qui n'exposent pas à des déchirures pulmonaires. Pour éviter que pendant l'insufflation les gaz pénètrent dans le tube digestif, il suffit d'appuyer fortement le cartilage thyroïde sur le pharynx.

La ponction du larynx par l'intervalle qui sépare le cricoïde du thyroïde au moyen d'un gros trocart pourrait encore permettre d'exécuter d'une manière successive les mouvements d'insufflation.

M. Piorry entre ensuite dans quelques considérations sur les *hypocémies* et les *anoxémies*, et se plaint que tous les néologismes qu'il a introduits dans le langage scientifique ne soient pas devenus d'un usage plus général.

• Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 11 AOUT 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LABOULBÈNE.

ABSENCE DE RÉTRACTION DES PAROIS THORACIQUES À LA SUITE DE L'OPÉRATION DE L'EMPYÈME. — DE LA CHOLÉCYSTITIS DANS LE COURS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — UN NOUVEAU CAS DE MANIE RHUMATISMALE; DISCUSSION. — INFLUENCE DE L'ALCOOLISME SUR L'HYPERTROPHIE GANGLIONNAIRE ET LA LEUCOCYTHÉMIE. — LA TRANSFUSION DU SANG ET L'ANÉMIE ESSENTIELLE.

À l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. Moutard-Martin signale un nouveau cas de non-déformation de la poitrine à la suite de l'opération de l'empyème. Le malade dont il s'agit est un ouvrier tanneur, âgé aujourd'hui de vingt-huit ans, qui fut guéri d'une pleurésie purulente par l'opération de l'empyème en juin-septembre 1870. Depuis cette époque, M. Moutard-Martin a revu ce malade plusieurs fois, et tout récemment encore il a pu constater que le côté n'est pas rétracté, et que la respiration s'y fait complètement.

M. Moutard-Martin insiste encore sur la non-rétraction du côté chez les sujets opérés par incision des parois thoraciques.

— M. Laveran présente à la Société un travail sur la cholécystite dans la fièvre typhoïde, de M. Hagen-Muller, et développe les points principaux qui s'en dégagent. La cholécystite dans le cours de la dothiéntérie résulterait, d'après l'auteur, ou bien de la tendance qu'a l'organisme à faire du pus dans ces conditions, ou bien de l'irritation que causerait, dans les parois de la vésicule, la bile altérée.

— M. Desnos communique une nouvelle observation de

manie rhumatismale qu'il fait suivre de considérations importantes concernant cette forme du rhumatisme cérébral.

Nos lecteurs ont déjà lu le résumé de cette observation et la discussion de pathogénie qu'elle soulève, dans un article signé de notre savant collaborateur M. Lereboullet (voy. *Gaz. hebdom.*, p. 513 et suiv.).

M. Laveran partage l'opinion de M. Desnos sur la distinction qu'il importe d'établir entre la manie rhumatismale proprement dite et les accidents cérébraux divers qui peuvent accompagner le rhumatisme articulaire aigu. Évidemment les accidents caractéristiques de la manie rhumatismale, et qui se sont manifestés chez la malade de M. Desnos, n'étaient pas sous la dépendance de l'affection cardiaque. La dénomination de manie doit être maintenue malgré l'opposition que lui fait M. Delasiauve, ce savant aliéniste rejetant du cadre de la manie les cas où les troubles intellectuels s'accompagnent d'hallucinations. Quant à la qualification de *rhumatisme*, on est en droit de la critiquer par cette raison que cette manie se rencontre aussi bien dans la pneumonie, la fièvre typhoïde. Cependant il y a une quelque chose de spécial dans la manie rhumatismale, ainsi que l'a fort bien mis en lumière Griesinger: il y a dans le rhumatisme une localisation cérébrale au même titre qu'il y a une localisation du rhumatisme dans l'endocarde. Si M. Delasiauve avait critiqué le mot de *rhumatisme cérébral*, M. Laveran se serait incliné devant ses objections, parce que ce terme engendre une réelle confusion. La dénomination de *manie rhumatismale* a, au contraire, l'avantage de bien spécifier un type, une variété très-nette des accidents cérébraux qui peuvent éclater dans le cours du rhumatisme.

M. Delasiauve déclare qu'il est en opposition avec beaucoup d'aliénistes quant à la définition de la manie. Marcé, d'out M. Laveran a invoqué l'autorité, classe en effet dans la manie des états ébriécés accompagnés d'hallucinations; bien d'autres aliénistes sont du même avis. M. Delasiauve n'admet comme rentrant dans la manie que les troubles mentaux caractérisés par une surexcitation nerveuse avec incohérence de la pensée, sans hallucinations d'aucun ordre. D'ailleurs il aura l'occasion de développer sa pensée et d'établir ultérieurement les principes de sa classification.

— M. Féréol lit au nom de M. Olivier, médecin des hôpitaux de Rouen, une observation qui a pour titre: « Excès alcooliques, adénie, leucocythémie ganglionnaire; échy-moses sous-conjonctivales, hémorrhagies rétinienne; purpura; agitation, coma, convulsions; hémorrhagies méningées, érianiennes et rachidiennes; cirrhose du rein; altérations léucémiques du foie et de la rate. »

Parmi les troubles de nutrition et les dégénérescences que produit l'alcool dans nos organes, il en est qui ont été partiellement étudiés, tels par exemple que ceux du foie. L'état des ganglions lymphatiques dans l'alcoolisme est, au contraire, comme enveloppé d'une certaine obscurité, et c'est à peine si les travaux les plus récents s'en occupent. Or l'observation présentée par M. Olivier est surtout intéressante au point de vue des altérations ganglionnaires de nature alcoolique.

Il fait suivre cette observation de réflexions générales importantes et termine en disant: « En résumé, nous avons eu chez notre malade, comme circonstance étiologique principale, l'alcool, qui a produit les hémorrhagies rétinienne et méningées et la cirrhose du rein, et secondairement une hypertrophie ganglionnaire généralisée qui reste longtemps simple sans altération de la crase sanguine, qui, au bout de vingt ans, se complique de leucocythémie, laquelle tombe rapidement et vient précipiter l'issue fatale par la cachexie qu'elle entraîne. »

» L'alcool reste l'élément principal qui provoque les lésions cérébrales; ces lésions elles-mêmes activent la marche de la leucémie, et c'est sous l'influence de cette leucémie à marche aiguë que se développent les altérations du foie et de la rate.

» C'est ainsi que nous paraît devoir être interprété ce cas complexe et intéressant, et de l'ensemble des considérations que nous venons de présenter découlent ces propositions : 1° que l'alcool a une influence directe sur le système lymphatique, qu'il peut provoquer l'hypertrophie ganglionnaire généralisée et la leucocythémie; 2° que les lésions cérébrales actives, dans certains cas, la marche de cette dyscrasie. »

— M. *Moutard-Martin* rapporte que, dans son service à Beaulieu, une transfusion du sang vient d'être pratiquée avec succès par M. Le Fort chez une femme qui, à la suite de couches, avait été prise d'une hémorrhagie considérable. Elle présentait tous les caractères de l'anémie la plus profonde, et on craignait une terminaison fatale prochaine : il y avait état cachectique profond, muguet, etc. M. Le Fort injecta la première fois, avec l'appareil Collin, 40 grammes de sang. Dans les quarante-huit heures qui suivirent, il y eut une légère amélioration. On put, avec toutes les précautions possibles, pratiquer le toucher et appliquer le spéculum, et l'on constata la présence d'un petit polype au col. Le polype fut écrasé et enlevé, et l'hémorrhagie cessa. Mais l'état cachectique persistant, M. Le Fort pratiqua, quatre jours après, une nouvelle transfusion de 160 grammes. Deux heures après, un accès de fièvre se manifesta, il y eut de la suffocation, de l'agitation, qui persista toute la journée, de onze heures et demie du matin à onze heures du soir. La nuit fut calme, et le lendemain matin on constata une éruption d'herpès autour de la bouche et du nez. Le muguet disparut et la guérison fut complète un mois après.

M. *Maurice Raynaud* dit que c'est bien dans ces cas-là, dans les cas d'hémorrhagies, de pertes de sang appréciables, que la transfusion du sang est indiquée. Dans ces derniers temps on a fait de cette opération un abus considérable, et il est tout à fait illogique de la préconiser, comme le font certains auteurs, dans l'anémie pernicieuse essentielle; en pareil cas elle est tout à fait inutile.

M. *Moutard-Martin* fait observer qu'il a déjà soutenu cette même opinion lorsqu'une discussion s'est élevée sur la transfusion du sang.

M. *Férol* ne partage pas absolument ces idées. Il est bien évident, dit-il, que nous ne possédons aucun remède contre l'anémie essentielle pernicieuse. Pourquoi donc n'essayerait-on pas d'arracher quelques malades à une mort certaine à l'aide de la transfusion pratiquée, comme elle doit l'être dans ces cas, à plusieurs reprises successives. Cette conduite paraît plus logique que celle qui consiste à désespérer et à laisser mourir les malades sans rien tenter.

M. *Isambert* dit qu'il ne faut pas toujours désespérer dans ces cas d'anémie essentielle pernicieuse. Il cite plusieurs cas de guérison remarquables, l'un, entre autres, obtenu après une saison à la Bourboule, l'autre après un séjour à Cannes.

M. *Laboulbène* dit avoir obtenu d'assez bons effets de l'acide salicylique dans le traitement des rhumatismes, mais il se contenta d'appeler l'attention sur ces faits sans émettre aucune opinion trop avancée, faute d'un nombre d'observations suffisant.

La Société est en vacances.

A. L.

REVUE DES JOURNAUX

Sur une nouvelle sorte d'expectoration verdâtre, par M. le docteur O'CONNOR ROSENBACH.

Pendant deux jours un asthmatique a expectoré des crachats formés de muco-pus blanc grisâtre, naissant dans un liquide séreux qui prenait, dans l'espace de vingt-quatre heures, une belle couleur de gazon vert; l'addition d'une

solution concentrée de potasse augmentait cette coloration anormale.

L'examen microscopique a révélé la présence dans ce liquide de nombreux cristaux octaédriques, tels que les a signalés Leyden; d'une grande quantité de vibrions tréangulaires, de spores légèrement verdâtres et d'amas sphériques de petites granulations fortement réfringentes. Les acides, l'éther et l'alcool, n'ont aucune action sur ces agglomérats, qui offrent beaucoup d'analogie avec les accumulations de spores. Les globules de mucus et les cellules épithéliales sont remplis de petites granulations vertes. (*Revue des sciences médicales*, 1876, t. VIII, p. 176.)

Sur la tension intra-thoracique dans les épanchements de la plèvre, par M. J.-J. Peyrot, aide anatomiste.

L'auteur s'occupe dans cet intéressant travail des effets de l'entrée de l'air dans la plèvre, après l'opération de l'empyème, et du retour du poumon à sa position normale; voici quelles sont ses conclusions :

Presque toutes les observations montrent que les malades sont immédiatement soulagés, et dans nombre de cas ils déclarent sentir un bien-être à mesure que l'écoulement du pus se fait. Quelquefois cependant il survient des troubles passagers, une tendance à la syncope, une respiration un peu désordonnée; l'auteur fait remarquer que ces accidents sont toujours innocents et courts. M. Peyrot insiste sur ces détails et conclut :

« En résumé, la théorie et l'observation démontrent surabondamment que dans les cas d'épanchement un peu considérable, et toutes les fois qu'il existe une tension pleurale un peu marquée, l'ouverture du thorax modifie en bien, et en bien seulement, les fonctions respiratoires et circulatoires. Il conseille de vider en une seule fois tout le liquide. L'appel de sang qui se fait dans le cœur droit facilite la circulation. (*Archives générales de médecine*, juillet 1876, p. 47.)

Du phimosi symptomatique du diabète sucré, par M. le docteur NIEPCE, par M. le docteur NIEPCE, par M. le docteur NIEPCE.

L'auteur rapporte une observation intéressante de phimosi développée dans le cours du diabète sucré, et dû aux champignons développés dans l'urine sucrée.

Il s'agit d'un homme de quarante-six ans, soigné pour une syphilis constitutionnelle; ce malade d'une santé vigoureuse et robuste était pour la seconde fois aux eaux d'Uriage, quand tout à coup, au sortir d'un bain, il fut pris d'un gonflement considérable de la verge, avec phimosi irréductible. La veille rien ne pouvait faire prévoir cet accident, et le malade avait tous les soins de propreté désirables. Il avait de la fièvre et des douleurs intenses. On prescrivit un traitement émollient et le repos absolu.

Au bout de deux jours il n'y avait aucune amélioration; écoulement fétide, et spacieux d'une partie de la muqueuse du gland et de celle du prépuce. Ce ne fut qu'au bout de cinq jours que l'amélioration commença, et comme elle marchait très-lentement, le malade finit par se soumettre à l'opération de la circoncision, qui produisit une guérison radicale. Or ce ne fut que l'année suivante que les symptômes généraux du diabète apparurent.

Ce qui doit surtout attirer l'attention et est remarquable dans ce cas, c'est que le phimosi fut un des premiers signes du diabète; on pourrait se souvenir de ce fait dans des cas analogues. (*Lyon médical*, t. XXII, n° 26, p. 223, juin 1876.)

Traitement de la pustule maligne par les végétaires, par M. le docteur GRZYMALA (de Krivoo-Ozero).

L'auteur dit que depuis plus de quinze ans il n'a jamais employé d'autre traitement de la pustule maligne que celui qu'il indique, et dont on va voir la simplicité :

Après avoir fait à la pustule maligne une incision cruciale

profonde, on la recouvre d'un petit vésicatoire qui la dépasse légèrement de tous les côtés et qu'on laisse en place de dix à douze heures. Au bout de ce temps la pustule est en général détachée des tissus voisins par un sillon très-bien limité, et au bout de peu de temps l'eschare charbonneuse tombe, en laissant à sa place une plaie inflammatoire de bonne nature, dont la cicatrisation se fait facilement.

En dehors de ce traitement local, M. Grzymala fait un traitement général tonique, et dans lequel il est guidé par l'état du sujet. (*Journal de thérapeutique*, 3^e année, n° 14, p. 529, juillet 1876.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité iconographique d'ophtalmoscopie, atlas de 20 planches chromolithographiées, par X. GALEZOWSKI. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1876.

L'auteur nous a donné dans cette publication nouvelle un livre de vulgarisation, ou pour mieux dire un traité d'ophtalmoscopie qui, grâce à une série de planches, sera d'une grande utilité pour les médecins. Les avantages, la nécessité même de l'examen ophtalmoscopique sont de jour en jour appréciés à un plus haut degré; les médecins ont donc besoin de ces sortes de résumés qu'on appellerait volontiers des manuels s'il ne s'agissait pas d'une partie si restreinte de la chirurgie, et qui d'ailleurs sont des guides d'autant plus estimés que leurs conseils sont exposés dans une forme simple.

A cet égard le livre de M. Galezowski offre des qualités d'exposition qu'un examen rapide suffirait à montrer. Dire qu'il est divisé en trois parties comprenant les divers moyens et les règles de l'examen ophtalmoscopique, puis les diverses conditions de l'exploration des membranes de l'œil, et enfin une étude complète des rapports qui existent entre les altérations oculaires et les maladies constitutionnelles et cérébrales, ajouter enfin que ce livre est terminé par un atlas à planches chromolithographiques, c'est indiquer brièvement les divisions très-rationnelles et très-simples d'un ouvrage qui, toutes proportions gardées, paraît à première vue élémentaire. Ce plan adopté par l'auteur est d'ailleurs celui même qui préside aux études ophtalmoscopiques méthodiquement pratiquées.

Nous n'insisterons ni sur l'exposé des différents ophtalmoscopes, ni sur l'exploration en quelque sorte préliminaire comprenant l'examen fonctionnel de la vision, l'exploration de la cornée, du corps vitré, car l'étude de l'acuité de la vision par les échelles typographiques et l'examen du champ visuel périphérique sont devenus des moyens aussi vulgaires qu'ils sont indispensables en ophtalmologie. M. Galezowski a suivi dans son exposition la marche habituelle de l'exploration : à l'exploration de la papille correspond une étude rapide des altérations de l'épanouissement du nerf optique, névrite, périnévrite et névrorétinite, atrophie des pupilles; l'exploration de la rétine permet de retrouver les caractères des états pathologiques de la rétine, dont les caractères ophtalmologiques offrent des variétés d'aspects si saisissantes; les apoplexies rétinienne, les décollements de la rétine, la rétinite pigmentaire présentent des images ophtalmoscopiques qui se prêtent facilement à ces reproductions chromatographiques, que l'on serait tenté de trouver trop éblouantes, et de comparer à des épreuves « retouchées » si l'on ne savait combien ces altérations du fond de l'œil peuvent présenter de netteté lorsqu'on sait les reproduire telles que des examens répétés permettent de les étudier et de les suivre dans leur évolution. Les choroidites avec les tumeurs de la choroidite de la rétine, les cysticerques produisent des images non moins caractéristiques.

Ces deux premières parties du TRAITÉ ICONOGRAPHIQUE sont à proprement dire un résumé de la séméiologie ophtal-

moscopique, une sorte de manuel d'exploration; mais le travail original de l'auteur concerne un sujet plus général. En effet, s'il est utile de diagnostiquer les lésions de la rétine, de la choroidite des vaisseaux et des membranes profondes de l'œil, il n'est pas moins indispensable, au point de vue du pronostic et de la thérapeutique, de savoir établir entre ces lésions et certaines maladies générales et constitutionnelles des rapports qui sont du domaine de la pathologie générale. Les chapitres consacrés à ces sujets par M. Galezowski offrent un grand intérêt, et ils représentent les conquêtes réelles obtenues par l'examen du fond de l'œil. En effet, on a quelquefois reproché à l'ophtalmoscopie de ne pas avoir étendu beaucoup le domaine de la thérapeutique; or l'étude des amblyopies permet de reconnaître parmi celles-ci les amblyopies qui peuvent guérir, et dans tous les cas la cause étant connue le pronostic devient certain. Il suffit de rappeler la fréquence des embolies rétinienne, les amblyopies dans l'intoxication palustre, l'amblyopie hystérique, les altérations rétinienne dans les maladies du cœur, les amauroses liées aux affections gastriques, pour que l'on comprenne l'importance d'un diagnostic certain. L'étude des troubles visuels dans les maladies cérébrales est devenue d'une application usuelle dans les services des hôpitaux spéciaux, la Salpêtrière, l'Asile Sainte-Anne, etc. On peut dire que l'examen de la rétine fait pénétrer en quelque sorte sinon dans le cerveau, au moins dans l'épanouissement le plus proche de la substance nerveuse. Les travaux bien connus de M. Galezowski lui ont permis d'exposer avec autorité et avec netteté le résumé de l'état de la science sur ces divers sujets, qui comprennent depuis les troubles visuels dans la méningite jusqu'aux paralysies liées à la paralysie agitante, l'ataxie-locomotrice, les tumeurs, et enfin les accidents consécutifs aux fractures du crâne.

M. Galezowski se laisse guider par cette tendance judicieuse à rechercher les applications de l'étude spéciale de l'œil à la pathologie; il donne ainsi à l'ophtalmologie un caractère éminemment français, et nous sommes heureux d'avoir l'occasion de l'en féliciter. Ces qualités ont déjà été mises en lumière dans le TRAITÉ DES MALADIES DES YEUX, dont la 2^e édition a consacré le succès (Paris, J.-B. Baillière, in-8 de 970 pages, 1875), et dans le TRAITÉ ICONOGRAPHIQUE on trouve un résumé très-suffisant des altérations profondes de l'œil et de leurs rapports avec les maladies. Il nous reste à parler de l'atlas; celui-ci comprend 20 belles planches. L'auteur, suivant l'exemple de Jaeger, reproduit d'après des observations les types des lésions profondes, de sorte que l'examen ophtalmoscopique, l'observation résumée sont placés à côté de l'image même; celle-ci est reproduite en couleurs qui sont peut-être un peu vives, mais pour l'étude ces dessins sont très-suffisamment achevés.

Nous ne répéterons en terminant, M. Galezowski a doté les étudiants et les médecins d'un atlas qui contribuera certainement à faciliter l'étude de l'ophtalmologie.

A. HÉNOQUE.

Index bibliographique.

DE L'INSPECTORAT DES EAUX MINÉRALES, par M. Onésime POUYDEBAT. Brochure in-8 de 57 pages. — V. A. Delahaye et C^e.

Dans cette brochure, où l'on trouvera un historique assez complet de la question, M. O. Pouydebat cherche à démontrer que l'inspecteur est nécessaire au point de vue de la santé publique et de la science, mais que cette institution doit être modifiée pour permettre de rendre les services dont elle est susceptible. — La discussion de la commission extra-parlementaire des médecins sur cette question donne un intérêt particulier à la brochure de M. Pouydebat.

DES ACCIDENTS GRAVIDO-CARDIAQUES, par le docteur J. MARTY, médecin aide-major. Thèse de Paris de 108 pages in-4. — V. A. Delahaye et C^e, 1876.

Ces accidents sont d'une étude récente et d'origine française, comme le fait remarquer avec raison M. Marty, mais l'histoire n'en avait pas encore été faite. La thèse que nous analysons, pleine de recherches sur la pathogénie de ces accidents, permettra désormais de poser plus nettement le pronostic.

Les observations sont au nombre de vingt-quatre; voici les principales conclusions que l'auteur en a tirées, nous les résumons brièvement :

La grossesse imprime à l'organisme maternel une modification spéciale prédisposant à divers accidents, causés surtout par des modifications du sang : modification en quantité, modification en qualité; en même temps et comme conséquence, il y a une stase dans divers organes. Les modifications en quantité amènent les lésions valvulaires, les endocardites puerpérales aiguës, les congestions pulmonaires, etc. Les modifications en qualité produisent les coagulations veineuses et artérielles, et par suite les œdèmes.

Les contractions indolores de la grossesse ont pour but de permettre au sang stagnant dans l'utérus de se renouveler avec une régularité en rapport avec les besoins de l'utérus; elles sont sous la dépendance de l'action de l'acide carbonique sur le tissu utérin. L'accumulation de l'acide carbonique provoque la contraction et, par suite, parfois l'avortement.

Les lésions du cœur retentissent sur l'organisme gravide selon les mêmes lois et suivant la même marche que pour un organisme normal.

Le pronostic devra donc se baser sur la nature de la lésion d'une part, sur l'état général du sujet de l'autre, et sur l'existence ou la non-existence d'accidents antécédents à la grossesse, et développés sous l'influence du cœur, accidents qui montrent de quelle façon l'organisme tolère la lésion qu'il nourrit. Le pronostic devra toujours être très-réservé.

À l'un des chapitres de la thèse, celui relatif à la gravité relative des diverses affections cardiaques au point de vue obstétrical, est joint un tableau présentant les accidents immédiats et les accidents consécutifs liés aux lésions des orifices du cœur. Ce tableau, fait avec toutes les observations publiées, montre que, au point de vue de l'avortement, l'insuffisance aortique est la lésion la plus bénigne, les lésions mitrales sont les plus graves, probablement à cause des accidents congestifs et de l'œdème, qui en sont la conséquence. Telle est une des parties les plus originales d'un travail très-bien fait et qui sera consulté avec fruit.

VARIÉTÉS

ASSURANCE SUR LA VIE; ALIÉNATION; SUICIDE.

M. le docteur Delasiauve a bien voulu nous écrire au sujet de la note que nous avons publiée récemment (n° 31, p. 495), et dans laquelle nous déclarions « contestable » la jurisprudence qui ne fait pas du suicide une condition résolutoire du contrat d'assurance sur la vie quand le suicidé était atteint d'aliénation mentale. Notre distingué confrère, qui se range, au contraire, sans restriction, à cette jurisprudence, en ajoutant que beaucoup de suicides en apparence « physiologiques », sont en réalité, pour les aliénistes, des suicides « pathologiques », nous rappelle un autre jugement, intervenu dans des circonstances différentes, mais qui consacre le même principe que celui dont nous avons entretenu nos lecteurs. En 1869, à Sainte-Marguerite-Duclair, le propriétaire d'une ferme avait, dans un accès d'aliénation mentale, mis le feu à un immeuble pour lequel il avait pris assurance. La compagnie, qui refusait de payer le montant du dégât, y fut condamnée par jugement du tribunal de Rouen. (*Journal de médecine mentale*, 1869, p. 145.)

Jugeant inutile de prolonger la discussion sur une question dont tous les termes sont connus, nous nous bornerons à une simple remarque. Assurément la jurisprudence défendue par M. Delasiauve est très-soutenable, et nous l'avons nous-même moins attaquée que discutée. Mais si elle s'établit définitivement, les compagnies d'assurances, dans la branche *vie*

aussi bien que dans la branche *incendie*, pourront être amenées à se prémuir, par une clause spéciale de leur police, contre cette interprétation psychologique d'un contrat d'affaires. Plus est grande cette difficulté, signalée par notre correspondant, de distinguer le suicide volontaire de celui qui a été accompli « sous l'influence d'impulsions aberratives », plus les compagnies devront s'attacher à les éviter; surtout en présence de ce principe incontestable de droit qui met à leur charge la preuve du caractère *volontaire* du meurtre. Si « les évêques consultés refusent la sépulture à une foule d'infortunés » qui n'étaient que fous, les amis, les parents, les médecins eux-mêmes, pour obtenir cette sépulture, ne refusent guère aux parents, même en cas de suicide volontaire, des attestations d'aberration mentale, attestations écrites qui peuvent parfaitement servir de pièces de conviction devant un tribunal. Et nous ne revenons pas sur les folies intermittentes; et nous ne disons rien de la folie simulée, qui, se produisant loin de tout contrôle médical, quelques jours, quelques heures, quelques minutes avant le suicide, soit pour égarer l'opinion publique, soit même dans un but de fraude à l'égard d'une compagnie, ne laisserait à celle-ci aucun moyen de fournir la preuve dont nous parlions à l'instant.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Par décret en date du 5 septembre 1876, ont été nommés membres du conseil de surveillance de l'administration générale : MM. Davillier, régent de la Banque de France; Nast, ancien adjoint au maire du 9^e arrondissement; Teissonnière, membre de la chambre de commerce; Thivier, administrateur du bureau de bienfaisance du 2^e arrondissement; Vayssie, avocat.

CONCOURS. — L'ouverture des concours pour l'Externat et l'Internat dans les hôpitaux de Paris aura lieu, les lundi 2 et jeudi 5 octobre, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, 2.

CONCOURS. *Concours ouvert par le Comité médical des Bouches-du-Rhône, siégeant à Marseille, rue de l'Arbre, 25.* — Ce concours sera clos le 30 mars 1877.

Questions. — 1^o De la fréquence du tania à Marseille depuis trente ans, ses causes et son traitement. — 2^o Chercher les moyens d'intéresser l'autorité à sévir contre l'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie. — 3^o Quels sont les principes toxiques de la moule; traitement des accidents maléfiques qu'elle peut causer.

CONCOURS. — Un concours s'ouvrira au Val-de-Grâce, le 15 janvier 1877, pour deux emplois de professeur agrégé à l'École de médecine et de pharmacie militaires. Ces deux emplois se rapportent aux parties de l'enseignement ci-après indiquées : 1^o médecine opératoire et appareils; 2^o anatomie topographique.

CONGRÈS D'HYGIÈNE. — Le Congrès international d'hygiène et de sauvetage s'ouvrira, à Bruxelles, le 27 de ce mois, au palais des Académies (ancien Palais-Ducale). Il sera divisé en trois sections pour l'examen des questions mises à son ordre du jour : première section, hygiène; deuxième section, sauvetage; troisième section, économie sociale. Chaque section pourra être subdivisée.

La clôture du congrès aura lieu le 4 octobre, après que les rapporteurs auront, par section, présenté un résumé des travaux accomplis dans chacune d'elles.

M. WADDINGTON A LILLE. — M. Waddington, ministre de l'Instruction publique, a passé la journée du jeudi 7 août à Lille. Le matin il a visité les hôpitaux Saint-Sauveur et Sainte-Eugénie, ainsi que le terrain sur lequel doit s'élever notre nouvelle Faculté; à onze heures, il s'est rendu à l'École de médecine. M. Waddington a voulu se rendre compte par lui-même des conditions dans lesquelles notre Faculté de médecine s'organise. Il s'est occupé également de l'affaire de l'Institut catholique qui croyait pouvoir disposer de deux pavillons de l'hôpital Sainte-Eugénie. Nous avons des raisons de douter qu'il y réussisse.

RÉPARTITION DES BOURSES MILITAIRES ENTRE LES ÉCOLES VÉTÉRINAIRES DE FRANCE. — Les soixante bourses militaires instituées à l'École vétérinaire d'Alfort seront désormais réparties comme il suit entre les trois Écoles vétérinaires de France : École d'Alfort, 30; — École de Lyon, 15; — École de Toulouse, 15.

Les conditions d'admission déterminées par le décret du 18 février 1874, sont maintenues.

Dispositions transitoires. Les boursiers militaires qui sont actuellement à l'École d'Alfort y termineront leurs études. L'application du principe de répartition posé à l'article 1^{er} ne sera faite que successivement pour l'attribution des bourses qui deviendront vacantes, savoir :

Une moitié des vacances annuelles à l'École d'Alfort; un quart des vacances annuelles à l'École de Lyon; un quart des vacances annuelles à l'École de Toulouse. Le ministre de la guerre et le ministre de l'Agriculture et du commerce sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

HIPPOCRATE ET PERDICAS. — On lit dans le JOURNAL DES DÉBATS. A PROPOS d'un fait divers publié dans notre numéro du 28 août, un de nos amis nous envoya les renseignements suivants :

« Il est dit qu'Hippocrate a été appelé auprès de Perdiccas, roi de Macédoine, et que la canicule régnant à cette époque n'a pas permis au célèbre médecin d'ordonner une médication. Je suis obligé de dire que toute cette histoire est une pure fable. La légende hippocratique raconte bien qu'Hippocrate et Eurypion ont été appelés auprès de Perdiccas II, roi de Macédoine; mais c'est la légende, et aucun texte authentique n'est venu la confirmer. M. Littré a depuis longtemps fait justice de cette histoire; et en outre, il a été démontré que la chronologie rendait cette rencontre impossible.

» J'ai précisément la bonne fortune d'être en ce moment auprès du savant anglais qui a démontré manifestement cette erreur de dates, le docteur Greenhill. Son opinion a été adoptée par M. Littré dans son édition d'Hippocrate, et aussi par M. Ch. Daremberg. (Voyez Ch. Daremberg, *Œuvres choisies d'Hippocrate*, 2^e édition, p. 29.) C'est en 1846 que M. Greenhill a publié cette rectification dans le *Smith's Dictionary*. Voici le résumé des faits : Cette entrevue aurait eu lieu, d'après Soranus, un ou deux ans après la mort d'Alexandre I^{er}, père de Perdiccas. L'époque de la mort d'Alexandre est discutée par les historiens. Les uns la fixent à 437 ans avant Jésus-Christ, les autres à 454. Si l'on acceptait la première date de 437, Hippocrate aurait eu vingt-trois ans, puisqu'il est né en 460 avant Jésus-Christ, et ce n'est pas à cet âge qu'un médecin est consulté par les rois. Mais, de plus, on a démontré que cette date n'est pas vraisemblable, et Clinton (*Fasti Helléni*, II, 222, 2^e édition) admet avec Dodwell que Perdiccas est monté sur le trône en 454. Alors Hippocrate aurait été appelé en consultation à l'âge de huit ans. Personne ne voudra défendre l'hypothèse d'une telle précocité.

» La légende doit donc être abandonnée, et je me suis permis cette petite rectification pour empêcher un créateur chronologique d'être sans cesse copié et répété. »

HYGÉPOLIS, OU VILLE DE LA SANTÉ. — On sait que, l'an dernier, un praticien anglais mit en avant le projet d'une ville dite Hygéopolis, ou ville de la santé; cette ville modèle, construite sur le bord de la mer, devait voir pour la première fois appliquer toutes les mesures sanitaires que préconise la science contemporaine.

FIÈVRE JAUNE. — La fièvre jaune vient d'éclater à Savannah. (*Journ. des Débats.*)

SERVICE MÉDICAL DE MARSEILLE. — On vient d'organiser le service médical de nuit à Marseille. Un médecin sera attaché à chacun des postes de police du boulevard Notre-Dame, de la préfecture, du boulevard Mérentié, du boulevard National, du boulevard de Paris, de la mairie, du boulevard Baille et du chemin du Canet. A la première réquisition, un agent de police ira chercher le médecin de service et le conduira auprès du malade; il le ramènera ensuite à son domicile. Chacun des huit médecins désignés touchera 300 fr. par an. A Paris, les médecins de nuit sont payés tant par visite; à Marseille, on a mieux aimé les payer à l'année. (*Messageur du Midi.*)

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort de M. Victor de Méric, chirurgien de mérite, qui a publié un grand nombre de travaux sur la syphilis. Né en Alsace, M. de Méric s'était fixé à Londres et y a trente ans et avait atteint une haute position comme chirurgien et comme spécialiste. Il appartenait au *Royal Free hospital* et à plusieurs autres établissements hospitaliers, particulièrement à l'Hôpital français. Il avait pendant longtemps fait partie de la rédaction de la *Lancet* et ses confrères lui avaient, en 1875, confié

la présidence de la *Medical society*, un des corps savants les plus anciens et les plus connus de Londres. De Méric avait soixante-cinq ans.

— Le professeur Simons, de Heidelberg, dont les travaux sur l'exploration rectale et vésicale avaient récemment attiré l'attention, vient également de mourir.

État sanitaire de Paris :

Du 1^{er} au 7 septembre 1876, on a constaté 980 décès, savoir :

Variole, 6. — Rougeole, 34. — Scarlatine, 5. — Fièvre typhoïde, 78. — Erysipèle, 10. — Bronchite aiguë, 28. — Pneumonie, 36. — Dysentérie, 9. — Diarrhée cholériforme des enfants, 35. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 1. — Angine couenneuse, 14. — Group, 14. — Affections puerpérales, 2. — Autres affections aiguës, 270. — Affections chroniques, 375, dont 146 dus à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 45. — Causes accidentelles, 18.

SOMMAIRE. — HISTOIRE ET CRITIQUE. De l'obésité — TRAVAUX ORIGINAUX. Clinique médico-chirurgicale : Manifestations du rhumatisme ou de goutte chez les calculeux à la suite de l'opération. — Clinique chirurgicale : Des accidents dus à l'aneurysme par fœtus chez les jeunes sujets. — Ophthalmologie : Sur quelques points de l'anatomie et de la pathologie de la sclérotique. — COURS SCIENTIFIQUES. Congrès annuel de l'Association médicale anglaise (British Medical Association). — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — REVUE DES JOURNAUX. Sur une nouvelle sorte d'expectoration verdâtre. — Sur la tension intra-thoracique dans les épanchements de la plèvre. — Du phimosy symptomatique du diabète sucré. — Traitement de la pustule maligne par les véscicatoires. — BIBLIOPHILIE. Traité clinique d'ophthalmologie. — Index bibliographique. — VARIÉTÉS. Assurance sur la vie; aliénation; suicide. — FEUILLETON. Leçons sur l'hygiène et la prophylaxie des maladies vénériennes.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

L'introduction du système métrique dans l'ophtalmologie, par le docteur Landolt. In-8 avec lig. dans le texte. Paris, V. A. Delahaye et C^o. 1 fr. 50

Du pain, par le docteur Violet. In-8, avec fig. dans le texte. Paris, V. A. Delahaye et C^o. 2 fr.

Le traitement thermal de Bagnères-de-Luchon, historique des thermes, promenades et distractions, principales excursions, conseils aux malades, par le docteur Gourraud. In-12. Paris, V. A. Delahaye et C^o. 3 fr.

Médecins et clients, par le docteur Notta. 1 vol. in-12. Paris, V. A. Delahaye et C^o. 2 fr. 50

Hygiène populaire, conférences faites à la Société d'horticulture de Soissons, à l'usage des ouvriers, des instituteurs et des gens du monde, par le docteur Billadeau. 1 vol. in-8. Paris, V. A. Delahaye et C^o. 3 fr. 50

Contribution à l'étude de l'hydramnios, par le docteur Guillemet. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^o. 2 fr.

Du traitement topique de l'endométrite à l'aide du graphométre ou pinceau utérin, par le docteur Meniere, d'Angers. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^o. 50 c.

Étude sur le mouvement de désassimilation chez le vieillard, par le docteur Roche. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^o. 1 fr. 50

Des tumeurs hypertrophiques et vasculaires de l'urèthre chez la femme, suivi d'un appendice sur les kystes du méat, par le docteur Mouton. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^o. 1 fr. 50

Étude sur la transmission des bruits respiratoires dans les grands épanchements pleurétiques, par le docteur Fea. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^o. 1 fr. 50

Contribution à l'étude des lymphadénomes, par le docteur Darasse. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^o. 2 fr.

Étude sur les tumeurs fibreuses péripéritonéales, par le docteur Salesses. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^o. 2 fr.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOQUE, L. LÈREBOULET

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 21 septembre 1876.

Académie de médecine : LE SPIROPHORE : M. WOILLEZ. — HÉRÉDITÉ DE L'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE : M. DIEULAFOY. — DE L'EMPLOI DE L'ACIDE SALICYLIQUE EN THÉRAPEUTIQUE.

M. le docteur Woillez a répondu aux critiques assez nombreuses, et parfois un peu vives, qu'avait eu à subir son spirophore, tant à l'Académie que dans la presse. Il l'a fait avec la précision et la courtoisie qu'on pouvait attendre de cet esprit mesuré et de ce caractère bienveillant. Pour nous, qui nous sommes déjà expliqué à cet égard, nous ne pouvons plus guère être touché que par un argument, et c'est celui qu'appelaient MM. Chauffard et Depaul au début même de la discussion : nous voulons dire l'argument de l'expérience. L'instrument de M. Woillez réalise sur le cadavre l'effet en vue duquel il a été imaginé et construit. Il produit la dilatation du thorax et l'inspiration : inspiration différente à certains égards de l'inspiration physiologique, mais n'en attirant pas moins dans les poumons une quantité d'air qui suffirait à la respiration. Il reste seulement à connaître l'effet qu'il produirait sur un noyé, et à savoir si cet effet serait supérieur à celui qu'on obtient par les moyens généralement employés ; mais ce seulement est le tout.

Nous ne ferons à ce sujet qu'une remarque. Dans cette note avec les autres moyens en usage, le spirophore est soumis à un risque tout particulier : il est tenu, en quelque sorte, d'être parfait. Le massage du cadavre, les pressions cadencées sur la poitrine, l'insufflation, etc., sont des pratiques dont chacune n'a d'autre prétention que d'aider les autres pour concourir à un but commun. Le spirophore, dès qu'il tient son homme, le soustrait à toute autre action que l'inspiration artificielle. Le désavantage serait plus grand encore si, l'instrument n'étant pas portable, il fallait voiturier le sujet jusqu'au

poste de secours, parce que le temps du trajet serait à peu près perdu ; mais il est juste d'ajouter que, quelque volumineux ou lourd que puisse être un pareil instrument, on ne peut admettre qu'il ne soit pas transportable, et même avec toute la célérité nécessaire.

— Dans la même séance, M. le docteur Dieulafoy a donné lecture d'un court, mais substantiel et instructif mémoire dont nos lecteurs sauront apprécier le mérite, car nous le publions aujourd'hui même. Notre distingué confrère entreprend de prouver que l'hémorragie cérébrale est aussi héréditaire que la plithisie pulmonaire. On comprend qu'une telle démonstration nécessite une statistique assez considérable, et c'est ce que le mémoire promet, en se bornant à mentionner une série de faits significatifs ; plusieurs d'entre eux significatifs surtout en ce sens que la lésion cérébrale a été constatée non pas seulement chez les ascendants du premier degré, mais chez un certain nombre de membres d'une même famille dans les lignes directe et collatérale, et quelquefois chez de jeunes sujets.

L'hérédité de l'hémorragie cérébrale n'est guère contestée ; elle est même mentionnée par la plupart des traités classiques de pathologie ; mais comme résultat d'un vague souvenir plutôt que d'une démonstration. Dans les hôpitaux, « l'état cérébral du malade apoplectique, l'ignorance des antécédents pathologiques de la famille rendent ces recherches peu fructueuses, » dit M. le docteur Brouardel (*Dict. encycl. des sc. méd.*, art. CERVEAU, p. 361). Aussi nous permettons-nous d'indiquer à ceux que cela intéresse, et tout particulièrement à M. Dieulafoy, une source de renseignements qui peut être fort utile : ce sont les dossiers des compagnies d'assurance sur la vie. Si l'on admettait que la recherche de l'hérédité ne dût pas être restreinte à la forme hémorragique des altérations cérébrales (dont le diagnostic rétrospectif chez les ascendants décédés est d'ailleurs à peu près impossible), mais dit

FEUILLETON

Association française pour l'avancement des sciences.
(Session de Clermont-Ferrand.)

ASSEMBLÉES GÉNÉRALES. — ÉLECTIONS. — CONFÉRENCES. — EXCURSIONS DE VIENY, THIERS, VOLVIC, ISSOIRE. — INAUGURATION DE L'OBSERVATOIRE DU PUY-DÉ-DÔME.

Nous avons donné à nos lecteurs un compte rendu strictement médical de la session de Clermont-Ferrand. Suivant l'usage, nous comblons ici, dans la mesure du possible, la lacune inévitable de nos précédents rapports ; nous essayerons de rappeler les traits saillants des discours et conférences et de raconter brièvement les principales excursions faites pendant la durée de la session.

2^e SÉRIE, T. XIII.

ASSEMBLÉES GÉNÉRALES (18 AOÛT).

Le discours d'ouverture de M. J. Dumas se prête peu à l'analyse. Nous en citons seulement quelques passages qui résument les points principaux abordés par notre président.

Définissant le but de l'Association : « L'Association scientifique française, a dit M. Dumas, convie à se réunir, dans un but commun pour la prospérité du pays, pour sa gloire et pour sa pacification, ceux qui cultivent les sciences, ceux qui les aiment, ceux qui les respectent, c'est-à-dire toutes les intelligences d'élite. Quiconque est en mesure d'instruire les autres lui appartient ; quiconque vient vers elle avec le désir d'être instruit lui appartient aussi ; et quiconque s'approche d'elle avec la seule pensée de contribuer par ses encouragements à répandre l'instruction lui appartient encore et trouve ses rangs prêts à le recevoir. »

Plus loin M. Dumas a insisté sur la part de la science dans la vie de chacun : « La science se mêle maintenant à tous les

englober les formes voisines, telles que le ramollissement, ou même les cas moins précis où le témoignage de l'affection encéphalique ne consiste qu'en une *hémiplegie*, les certificats d'assurance pourraient fournir les éléments d'une statistique assez sérieuse et dont l'avantage des grands nombres corrigerait les imperfections. On sait, en effet, que parmi les *déclarations* qui doivent être faites par la personne sur la tête de laquelle l'assurance est proposée, s'en trouvent deux qui se rapportent aux maladies et au genre de mort des descendants d'une part, et de l'autre des frères et des sœurs. Ces déclarations sont remplies sous l'œil et le plus souvent même par la main d'un médecin délégué de la compagnie. Et quand les assurés viennent à *décéder*, leur genre de mort est spécifié sur un certificat de décès rédigé par le médecin traitant, et qui est une pièce exigée pour le paiement de la somme stipulée au contrat.

Ces recherches statistiques, que nous conseillons d'entreprendre, nous avons voulu nous rendre compte tout de suite et approximativement de ce qu'elles pourraient produire. Dans les dossiers d'une compagnie dont nous avons l'honneur de diriger le service médical, notre collaborateur, M. Lutaud, a bien voulu prendre la peine de relever les cas dans lesquels le genre de mort des assurés est désigné, sur les certificats de décès, sous les noms d'*hémorragie cérébrale*, de *ramollissement*, d'*apoplexie*, d'*attaque*, de *congestion cérébrale*, de *paralysie subite*. Sur trente-trois cas de ce genre, huit fois le père ou la mère, et parfois les deux, avaient succombé à des affections cérébrales identiques ou analogues. Ce serait déjà une proportion de près d'un quart, tandis que l'hérédité de la phthisie, suivant les calculs de Louis, n'est que d'un dixième. Mais il y a plus. Dans les vingt-cinq cas qui nous restent, si l'hérédité n'a pas été constatée, ce n'est pas qu'elle ait été exclue de fait, mais uniquement que les antécédents de famille étaient ou obscurs ou passés sous silence; de sorte que, en fin de compte, l'hérédité pouvait être admise pour la presque totalité des cas où la nature des antécédents avait été précisée, et qu'elle pouvait être présumée pour une part des cas où cette mention faisait défaut. Il va sans dire que nous ne présentons pas ces résultats comme l'expression générale des faits, mais, en quelque manière, comme l'amorce d'une voie à continuer.

Ajoutons en terminant que, dans nos fonctions spéciales près la compagnie dont nous venons de parler, nous avons toujours fait entrer, dans le contrôle des certificats, le principe de l'hérédité de « l'apoplexie »; et que tout récemment

encore, une assurance acceptée dans ces conditions, contre notre avis, a tourné au détriment de la compagnie.

— Nous n'avons pu assister à la partie de la séance où M. A. Latour a lu, au nom de M. Jolly, un chapitre sur *l'homme, sa nature, sa destinée*, faisant partie d'un livre sur *l'hygiène de l'âme* qui doit prochainement voir le jour. Si M. Jolly, bientôt nonagénaire, peut nous communiquer les procédés qui lui ont servi à maintenir son âme et même son corps à l'état où on les voit, nous lui en serons profondément reconnaissant.

A. D.

Emploi de l'acide salicylique en thérapeutique.

Il y a un peu plus d'un an (*Gaz. hebdom.*, p. 321, 1875), nous signalions les premiers travaux théoriques qui ont établi les propriétés antifermentescibles et antiputrides de l'acide salicylique. Les effets remarquables de cet agent chimique étaient à peine connus que de divers côtés, en Allemagne, en Amérique et en Angleterre, des applications en étaient faites à la thérapeutique. Thiersch, en préconisant l'emploi de l'acide salicylique pour remplacer l'acide phénique, avait signalé une série nombreuse d'indications thérapeutiques; on ne s'étonnera donc pas que l'acide salicylique soit employé comme topique antiputride dans les écoulements de l'oreille (Bezold, Chisholm), dans les écoulements vaginaux (Crédé), enfin dans divers procédés de pansements antiseptiques; on peut l'unir à l'acide phénique (Bidder), ou l'employer pour faire un pansement antiseptique analogue à celui du Lister, mais ne fermentant pas d'acide phénique (Langebeck).

Les observations et les études se sont multipliées en Allemagne, et leur énumération occuperait une large place; il nous suffit, pour aujourd'hui, de dire que les publications de Fürbinger, de Buss, de Nathan, de Riess, Weber, Moeli, Fischer, Hiller, Bach, Schulz, renferment un grand nombre d'observations sur l'usage interne de l'acide salicylique dans les pyrexies, la fièvre typhoïde, la scarlatine, la plupart des maladies infectieuses, la diphtérie, la fièvre intermittente.

Parallèlement à ces études cliniques, les propriétés physiologiques de l'acide salicylique ont donné lieu, en Allemagne, à des

actes personnels de notre existence; elle intervient dans toutes les mesures d'intérêt public; l'industrie lui doit son immense prospérité; l'agriculture se régénère sous sa haute influence; le commerce est forcé d'en prévoir les découvertes; l'art de la guerre en est transformé; la politique est tenue de l'admettre dans ses conseils pour le gouvernement des États.

La science nous suit partout: respirer, c'est de la chimie; marcher, c'est de la mécanique; à tous les moments, sans y penser, nous en faisons tous; qu'on le veuille ou non, il faut accepter la science pour compagnie, la posséder ou en être possédé; si vous ignorez, vous êtes son esclave; si vous savez, elle vous obéit.

En dehors de l'âme, de son origine et de sa fin, qui sont du domaine de la foi, le reste de l'univers appartient à la science, qui est du domaine de la raison.

Laissons l'âme à Dieu, la morale à la religion et à la philosophie, les passions humaines aux poètes, et marchons

résolument à la conquête scientifique de l'univers; le théâtre est assez vaste pour nos libres discussions... »

Telles sont les parties qui nous ont paru caractériser surtout l'esprit général du discours. Nous devons nous contenter ici de ces insuffisantes citations, sachant du reste que nos lecteurs ont pu déjà lire à loisir le discours entier de l'illustre académicien.

M. Moinier, maire de Clermont, rappelle tout d'abord les *grands jours d'Auvergne*, où la justice vint, il y a deux siècles, tenir ses assises à Clermont. « Aujourd'hui, dit-il, c'est la science qui fait son entrée dans notre ville. C'est un grand honneur pour Clermont, et Clermont par ma voix vous en remercie. »

M. Moinier a insisté ensuite, dans sa trop courte harangue, sur les titres scientifiques du regretté naturaliste Lecoq, du citoyen qui durant sa vie a honoré par ses travaux la ville de Clermont, sa patrie d'adoption, et l'a enrichie après sa mort eu lui léguant son riche musée.

recherches et à des controverses qui ne sont pas encore terminées; néanmoins, les travaux de John, de Köhler, Zimmermann, de Fleischer, Yedl et Binz, ont mis en relief le mode d'action de cet agent et de ses sels sur l'organisme, à l'état physiologique ou dans diverses conditions pathologiques. En Angleterre, on s'est principalement occupé d'utiliser les propriétés antipyrétiques de l'acide salicylique; c'est ainsi que, à côté des études faites en Allemagne et en Amérique sur l'emploi de ce médicament dans le rhumatisme, nous avons à signaler des essais nombreux faits dans des hôpitaux de Londres et de Dublin; et des observations publiées dans divers journaux. En France, nous possédons peu de publications sur l'acide salicylique; nous avons à citer des études générales faites surtout au point de vue expérimental par M. Béchamp à Montpellier; en outre, des expériences et des études chimiques et pharmacologiques de M. Cassan, de M. P. Ménière, auxquelles on peut joindre quelques observations, comme celles de M. Garcin à Marseille, sur l'emploi interne de l'acide salicylique, et quelques revues de travaux étrangers.

Il ne faudrait pas conclure de ce petit nombre de travaux que l'on ait, en France, dédaigné le médicament accepté avec une si haute valeur par nos confrères d'outre-Manche et d'Allemagne; car nous croyons que des expériences ont été faites, en particulier sur l'action antipyrétique, dans divers hôpitaux; mais les résultats n'en ont pas été publiés; nous espérons pouvoir en tenir compte prochainement.

Des matériaux d'une provenance aussi variée, et dont le nombre s'accroît chaque jour, demandent à être étudiés avec soin, et nous avons seulement eu pour but dans cet article de tracer les limites d'un travail plus approfondi sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de l'acide salicylique, que nous publierons dans un prochain numéro.

A. HÉNOQUE.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

DU RÔLE DE L'HÉRÉDITÉ DANS LA PRODUCTION DE L'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE, par M. Dieulafoy.

Je me propose, dans cette note, d'appeler l'attention sur le rôle considérable que paraît jouer l'hérédité dans la production de l'hémorrhagie cérébrale. Je donnerai ailleurs un ta-

M. Cornu, secrétaire général, a pris la parole à son tour pour résumer l'histoire de l'Association depuis le dernier congrès. Il a rappelé tout d'abord l'importance du décret présidentiel qui reconnaît l'Association française comme institution d'utilité publique. « L'Association, a-t-il dit, est maintenant considérée par la loi comme une personne civile; elle peut acquérir, posséder, recevoir des dons et des legs; sa fortune est désormais inscrite à son nom. »

Quant à l'histoire scientifique de l'Association, elle est en grande partie écrite dans le COMPTE RENDU DU CONGRÈS DE NANTES; les nombreux travaux que renferme ce volume méritent mieux qu'une analyse superficielle: ils doivent être étudiés à loisir.

Les succès obtenus cette année par les membres de l'Association, les promotions aux fonctions du haut enseignement qui ont distingué plusieurs d'entre eux, affirment l'importance du rang qu'ils occupent dans la science.

Le congrès de Clermont ne restera pas en arrière par la

valeur des travaux qui lui sont réservés. Un événement de plus haut intérêt va du reste le signaler d'une façon toute spéciale: l'inauguration de l'observatoire du Puy-de-Dôme dû au zèle persévérant du savant M. Aluward, professeur à la Faculté des sciences de Clermont.

blanc complet des observations que j'ai recueillies jusqu'à ce jour; je me contente, pour le moment, de citer les faits suivants qui se passent de commentaires.

Au mois de juin de cette année, Mme Gal..., âgée de cinquante et un ans, d'origine espagnole, est prise sans prodromes d'hémiplegie gauche avec perte de connaissance, et meurt en trois heures. Dans la famille on me raconte que la mère de Mme Gal... a été frappée, à l'âge de cinquante-deux ans, d'une hémiplegie qui a persisté quatorze ans, jusqu'au moment de sa mort, et que les deux oncles de Mme Gal..., frère de sa mère, l'un marin, l'autre abbé, ainsi qu'une tante, sœur de sa mère, ont été atteints de la même maladie. Voilà donc une famille dans laquelle cinq membres de la souche maternelle, collatéraux ou descendants, ont été frappés d'hémiplegie, avec ou sans apoplexie. L'hérédité est manifeste; la gravité des accidents, la rapidité de la mort ou la survie n'ont été subordonnées qu'à la localisation de la lésion cérébrale.

A l'hôpital Beaujon, au n° 9 de la salle Sainte-Monique, est couchée une femme nommée Rey, âgée de soixante-dix-huit ans, qui a été prise, sans prodromes, d'une hémiplegie gauche, actuellement en voie d'amélioration. Sa sœur, également hémiplegique, n'a survécu qu'un an à l'accident. Leur mère, morte beaucoup plus jeune, n'avait pas été paralysée, mais leur oncle, frère de leur mère, exerçant les fonctions de juge, avait été frappé en pleine audience d'une attaque d'apoplexie, rapidement mortelle, et leur cousin-germain, le fils de ce juge, avait été à son tour atteint d'hémiplegie. C'est encore un exemple dans lequel la lignée maternelle a été frappée quatre fois dans ses collatéraux et descendants.

J'observe en ce moment, hôpital de la Pitié, salle Saint-Athanase, n° 37, un homme n'ayant que quarante-trois ans, hémiplegique du côté gauche depuis deux mois. Sa mère avait été frappée à l'âge de soixante-six ans d'une attaque avec hémiplegie qui entraîna la mort en dix jours, et le bisaïeul, notre grand-père, la grand-mère de sa mère, avait été également emporté par une apoplexie.

Dans le même hôpital, même salle, n° 25, un nommé Mercier, âgé de quarante-six ans, paralysé du côté gauche, nous raconte que sa mère, à l'âge de cinquante et un ans, est morte en deux heures, à la suite d'une attaque d'apoplexie, et que son grand-père, le père de sa mère, avait été enlevé en quelques jours dans les mêmes circonstances.

A l'Hôtel-Dieu, au n° 2 de la salle Sainte-Marie, est couchée une femme âgée de cinquante ans, hémiplegique du côté gauche; son frère a été paralysé du même côté, et sa mère également hémiplegique, a guéri après six mois de maladie.

Dans le même hôpital, salle Saint-François, n° 1. Une femme Jacques, âgée de soixante-neuf ans, est hémiplegique

La session actuelle ne peut enfin s'ouvrir sans rendre à la mémoire de l'un de ses plus illustres fondateurs, M. Balard, un hommage si bien mérité; le chimiste éminent était aussi un homme de cœur, dévoué à son pays tout autant qu'à la science, et dont la paternelle sollicitude était bien connue de tous les jeunes travailleurs, auxquels son concours éclairé n'a jamais fait défaut.

M. G. Masson, trésorier, a ensuite rendu compte de l'état prospère des finances de l'Association, et les sessions se sont séparées pour aller chacune constituer leurs bureaux dans leurs locaux respectifs.

Nous avons analysé, dans les précédents numéros de la

du côté gauche pour la troisième fois; son père, à l'âge de cinquante-cinq ans, avait été paralysé à droite.

À l'hôpital Beaujon, salle Saint-Jean, Roussu, âgé de soixante-douze ans, hémiplegique du côté gauche, a perdu sa mère en vingt-quatre heures; à la suite d'une attaque d'apoplexie.

À l'hôpital Lariboisière, au n° 3 de la salle Saint-Charles, Louier, soixante-deux ans, hémiplegique à droite, a perdu sa mère, emportée à l'âge de soixante-cinq ans par une attaque d'apoplexie.

Même hôpital, salle Saint-Landry, n° 15 bis, est un nommé Brieussat, voyageur de commerce, âgé seulement de trente-neuf ans. Ce garçon est hémiplegique du côté gauche, pour la seconde fois. Sa mère vient d'être frappée, il y a quelques semaines, à l'âge de soixante-seize ans, d'hémiplegie légère à gauche, et sa grand-mère maternelle était morte à l'âge de soixante-quinze ans, d'une apoplexie foudroyante.

Même hôpital, salle Sainte-Claire, n° 24, est couchée la nommée Blot. Cette femme, âgée de quarante-six ans, est hémiplegique à droite depuis deux mois. Sa mère, femme Mureaux, est paralysée, depuis bien des années, du côté gauche; sa tante et son oncle maternels ont été également paralysés d'un côté du corps, et son fils, actuellement âgé de vingt-six ans, a été frappé d'hémiplegie gauche, à l'âge de dix-sept ans. Ce nouvel exemple nous montre la lignée maternelle atteinte cinq fois à des âges bien différents dans ses collatéraux et descendants. De plus, il est à remarquer que l'hémorrhagie cérébrale chez ce garçon de dix-sept ans, comme chez Brieussat, de l'observation précédente, a devancé de plusieurs années l'hémorrhagie cérébrale de la mère, preuve que l'impulsion morbide, venue de la grand-mère, a frappé la seconde génération avant d'atteindre la première, ce qui, du reste, est assez commun dans l'histoire des maladies héréditaires. Que de fois, en effet, nous voyons mourir de phthisie pulmonaire des jeunes gens dont les parents semblaient indemnes de toute lésion tuberculeuse, mais chez lesquels la diathèse, plus longtemps silencieuse, n'en a pas moins éclaté, huit, dix, quinze ans plus tard.

Les faits que je viens de rapporter, quand on veut bien les rechercher, se multiplient dans de telles proportions, que l'hémorrhagie cérébrale avec ses conséquences: apoplexie, hémiplegie, contracture, m'a paru héréditaire à l'égard des maladies les plus héréditaires, au même degré que la phthisie pulmonaire. Il est des familles dans lesquelles on peut suivre l'hérédité de l'hémorrhagie cérébrale à travers plusieurs générations, au moins aussi nettement qu'on suit la trace de la phthisie ou du cancer, et nous venons de citer trois observations dans lesquelles la maladie a successivement frappé jusqu'à quatre et cinq membres de la même lignée.

Il est évident que pour juger ces faits à leur juste valeur et

pour rester dans les limites probables de l'hémorrhagie cérébrale, il faut exclure avec soin tous les états pathologiques qui peuvent la simuler et qui fausseraient les chiffres d'une statistique sévère. Il faut éloigner les hémiplegies et les apoplexies résultant d'embolie ou d'athérome cérébral, de tumeurs intra-crâniennes et de lésions syphilitiques. Il faut encore mettre hors de cadre les hémorrhagies qui surviennent à titre de symptôme ou de complication, dans le cours de certaines pyrexies et maladies infectieuses et dont la genèse n'a rien à voir avec la question qui nous occupe. Cette partie du diagnostic est quelquefois difficile, j'en conviens, mais en tenant compte du mode du début de la maladie, de l'existence et de la persistance des prodromes si fréquents dans les tumeurs cérébrales, ou pratiquant avec soin l'auscultation du cœur et des gros vaisseaux, presque toujours lésés dans l'embolie, en interrogeant les accidents pathologiques de l'individu, en négligeant, enfin, les cas douteux, pour ne prendre comme base que les faits certains, on arrive à reconnaître l'importance dominante de l'hérédité dans la production de la maladie hémorrhagie cérébrale.

Du reste, cette grande question de l'hérédité qui joue, en pathologie comme ailleurs, un rôle si tristement considérable, n'a pas lieu de nous surprendre ici. Les causes plus ou moins insignifiantes invoquées autrefois pour expliquer la pathogénie de l'hémorrhagie du cerveau, ont fait place à des connaissances anatomo-pathologiques qui ont singulièrement éclairé la genèse de cet accident. Nous savons, depuis les recherches de MM. Charcot et Bouchard, que le système vasculaire cérébral peut être atteint surtout dans ses petites artères d'une lésion dite périartérite diffuse, à marche lente, dont la conséquence est l'altération des parois vasculaires (1). Les artères sont envahies par un tissu de nature scléreuse qui débute par les tuniques les plus externes, tandis que les éléments musculaires contractiles s'atrophient consécutivement par place et disparaissent sans substitution graisseuse. Ces raréfactions partielles diminuent la résistance des vaisseaux et deviennent mécaniquement la cause d'ectasies et d'anévrysmes miliaires.

Ces petits anévrysmes, qui ont en moyenne 1/2 mill. de diamètre et dont la plupart sont visibles à l'œil nu, avaient été signalés par Cruveilhier et étudiés plus farl par Meynert et Heschel, mais leur rôle pathogénique d'abord méconnu n'a été mis en relief que depuis les travaux de MM. Charcot et Bouchard. On sait maintenant comment ils se forment, comment ils se rompent, comment s'effectue l'extravasation sanguine, et on a saisi sur le fait toutes les phases de la lésion, depuis la périartérite initiale jusqu'à l'hémorrhagie termi-

(1) Bouchard, Recherches sur quelques points de la pathogénie des hémorrhagies cérébrales. Paris, 1866. — Charcot, Leçons sur les maladies des vieillards, p. 62. — Charcot et Bouchard, Archives de physiologie, 1868.

GAZETTE, les travaux de la section des sciences médicales; le grand nombre des communications médicales, chirurgicales et physiologiques ne nous a point permis de résumer, même sommairement, les principales questions traitées dans les autres sections. C'est à peine si nous avons pu rappeler dans une courte analyse les traits essentiels de la conférence faite en assemblée générale par le professeur Cl. Bernard. Nous devons ici exprimer nos regrets de ne pouvoir consacrer qu'une simple mention à la conférence de E. Passy sur la nécessité de donner aux notions élémentaires d'économie politique une place importante dans l'enseignement primaire, tout au moins dans celui des écoles normales, et à celle de M. le commandant Périé, qui a su rendre attrayant pour tous un sujet en apparence aride et tout spécial, l'histoire des travaux géodésiques effectués en France depuis une dizaine d'années.

M. Wurtz a tenu, sous le charme de sa parole animée

une nombreuse assistance dans la séance du 25 août. Il fallait joindre à la science du chimiste les qualités du conférencier pour intéresser le public varié qui composait l'auditoire, aux combinaisons atomiques, aux formules qui rendent compte du mode de formation des matières tinctoriales dérivées du goudron de houille, M. Wurtz a rempli son rôle avec un succès complet. On était tout yeux et tout oreilles: on suivait attentivement la description des procédés à l'aide desquels le chimiste a pu extraire d'un bloc de houille les plus brillantes substances colorantes; on voyait avec étonnement les tissus de soie et de coton sortis avec les nuances les plus riches et les plus diverses de la cuve à teinture où ils venaient d'être plongés, et s'étaler tout humides encore à la vive lumière d'une lanterne à projection.

Dans toutes ces découvertes, a dit le savant professeur, rien ou presque rien n'est dû au hasard; la science a toujours été prise pour guide; souvent même elle a précédé l'application industrielle.

uale. Cette altération et ce processus ne ressemblent en rien aux lésions athéromateuses de l'endartérite, et tandis que l'athérome cérébral est surtout lié à l'histoire des ramollissements, la périartérite scléreuse prépare et provoque l'hémorragie.

En bien, cette périartérite cérébrale, avec ses anévrysmes miliaires consécutifs, n'est, en résumé, qu'une déviation de nutrition, qu'une substitution de tissu, atteignant les éléments contractiles et élastiques des parois vasculaires. L'impulsion vicieuse donnée par l'activité nutritive au moment de la formation de l'individu sommeille pour un temps et se manifeste à des époques différentes. Ici, comme dans toutes les maladies héréditaires, comme dans la paralysie générale, comme dans la pléthisie ou le cancer, la période latente a une durée indéterminée de plusieurs années, de vingt, quarante, soixante ans et plus encore, et l'échéance qui fort heureusement n'est pas toujours fatale, varie suivant les circonstances favorables ou défavorables à l'éclosion de la maladie.

Cette période latente de l'évolution morbide, nous en ignorons la durée, car le jour où le premier symptôme apparaît, il est certain que la lésion était déjà avancée dans son développement. Il ne faut donc pas se méprendre sur la valeur de ce qu'on nomme l'état latent; pour le pathologiste, la maladie éclate avec le premier symptôme, tandis que l'anatomopathologiste la fait remonter au début même de la lésion. Mais à quel moment apparaît la lésion? C'est un problème difficile à résoudre. Quand il s'agit de maladies héréditaires, on peut se demander si la lésion n'est pas contemporaine de la création de l'individu. La création, dit Cl. Bernard, n'étant « qu'une impulsion nutritive qui trace d'avance la durée de la vie et qui donne, en même temps, l'empreinte du type. » (*De la physiologie générale*, p. 150), il est probable que cette impulsion nutritive se transmet avec ses bons et ses mauvais effets, en imprimant son cachet morbide au moment même de la formation. La lésion, malgré ses progrès incessants, se dérobe à nous pour un temps, jusqu'au moment où, devenue incompatible avec le fonctionnement régulier des organes, elle détermine l'apparition des symptômes qui révèlent l'existence de la maladie.

Cette révélation est brusque dans l'hémorragie cérébrale; le plus souvent les prodromes font défaut, et il est de règle que l'individu passe sans transition de la santé à l'apoplexie ou à l'hémiplégie.

Longtemps on a trop supposé que l'hémorragie cérébrale était réservée à la vieillesse. Cette maladie est fréquente, il est vrai, à un âge avancé, mais il ne faut pas oublier que d'après la statistique de Heschel, c'est vers cinquante-cinq ans qu'on rencontre le plus souvent les anévrysmes miliaires, que Meynert a signalé l'hémorragie cérébrale chez un jeune homme de vingt-quatre ans, que M. Charcot l'a rencontrée

chez un garçon de vingt ans et que, dans ma dernière observation, l'un des cinq membres de la même famille frappés d'hémorragie n'avait que dix-sept ans. Plusieurs raisons ont accrédité cette idée, que l'hémorragie du cerveau est l'apanage de l'âge très-avancé; c'est, d'abord, que les principaux travaux sur la matière ont été faits dans des hospices de vieillards; c'est, ensuite, que plusieurs statistiques, celles de Burrows, de M. Gintrac et la statistique municipale de Paris, portent sur les accidents apoplectiques en bloc, comme e fait observer M. Brouardel (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*), et non pas sur l'hémorragie cérébrale isolée.

De ce travail me serait-il permis de tirer les conclusions suivantes :

- 1° La maladie hémorragie cérébrale est héréditaire;
- 2° Elle détermine, dans une même famille, tantôt l'apoplexie, tantôt l'hémiplégie, et la gravité des accidents, la mort rapide ou la survie ne sont subordonnées qu'à la localisation de la lésion cérébrale;
- 3° L'hémorragie cérébrale apparaît, en général, à un âge avancé; néanmoins elle frappe assez souvent, aux diverses périodes de la vie, plusieurs membres d'une même famille, et il n'est pas rare que dans une lignée une génération plus jeune soit atteinte avant une génération plus âgée.

Dermatologie.

ÉTUDE SUR UNE ESPÈCE DE PURPURA D'ORIGINE NERVEUSE, par le docteur Courty, médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

(Suite. — Voy. le n° 36.)

Nous allons maintenant résumer brièvement les symptômes communs à toutes les observations précédentes; en nous réservant de revenir sur certaines particularités à propos de la discussion diagnostique et pathogénique.

L'affection que nous étudions est caractérisée par trois ordres d'accidents : 1° poussées de purpura; 2° troubles gastro-intestinaux; 3° adèmes cutanés.

L'éruption de purpura est constituée par des taches rouges, d'ordinaire peu larges et variant entre 5 et 20 millimètres de diamètre, ne s'effaçant pas sous la pression du doigt; chaque éruption se produit brusquement, et si on s'en rapporte aux observations dans lesquelles ce fait a été spécialement recherché, par exemple aux observations I et VI, on voit que le temps pendant lequel se fait la poussée doit être assez court : en tout cas, une fois produites, les taches n'augmentent ni en nombre ni en largeur. L'hémorragie cutanée est rouge vif, si elle est observée dès son début; elle peut faire à ce moment une légère saillie, et même affecter quel-

... Ce sont des considérations toutes théoriques qui ont mis sur la voie de tant de découvertes; ce sont en quelque sorte des calculs de cabinet, des vues de l'esprit, qui ont permis de doter notre pays et le monde de ces produits manufacturés, source de tant de richesses.

Voilà la justification des travaux en apparence les plus ardu, des recherches théoriques les plus arides.

Nous serions heureux si nous avions pu faire comprendre encore une fois la légitimité du rôle que l'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES a si bien indiqué dans sa noble devise : *Par la science, pour la patrie.*

ÉLECTIONS.

La séance de clôture du Congrès a eu lieu le samedi 25, à une heure et demie, sous la présidence de M. J. Dumas. Le principal objet de cette réunion générale était l'élection d'un vice-président pour l'année prochaine, lequel est président

de droit pour l'année 1878, et d'un vice-secrétaire qui deviendra secrétaire en 1878.

Le conseil présentait pour la vice-présidence M. Kullmann (de Lille) en première ligne, M. le professeur Gavarret en seconde ligne.

Après un premier tour de scrutin, à la suite duquel il y eut ballottage, M. Kullmann a été élu par 119 voix contre 117 données à M. Gavarret.

M. le commandant Périer a été élu vice-secrétaire à l'unanimité.

L'Assemblée devait aussi se prononcer, conformément aux statuts, sur le siège du Congrès en 1878; mais le président a exprimé le vœu du Conseil que cette décision fût ajournée à l'année prochaine, en raison des circonstances spéciales que crée pour 1878 l'Exposition universelle. Ce vœu a été adopté.

L'Association française tiendra sa prochaine session au Havre.

quelquefois la forme ortiée, comme aux observations I, VI, VIII; le lendemain, les taches sont toujours violacées, uniformes, nettement limitées et sans saillie appréciable: elles mettent plusieurs jours, le plus souvent quatre à six, à disparaître complètement, en passant par toutes les teintes de la réorption ecchymotique.

L'éruption occupe le plus souvent les membres, plus abondante d'ordinaire, mais non toujours, aux membres inférieurs; dans des cas rares, comme aux observations I et X, il y avait aussi des taches sur le tronc et la face: l'abondance du purpura est beaucoup plus variable que son siège; certaines poussées sont bornées à quelques taches, d'autres sont presque confluentes, au moins en certains points, pénis, articulations, etc., et il n'est pas possible, d'après les observations précédentes, d'établir une relation entre les caractères de l'éruption et l'état général, ou la période de la maladie.

Le seul fait caractéristique, après la brusquerie des éruptions, c'est l'*irrégularité* de leur marche. Il y a irrégularité dans le nombre des poussées, variable de une à vingt, sans qu'on constate aucun rapport entre le nombre des purpuras et la gravité de l'état général; le malade de M. Villemain a eu dix-neuf hémorrhagies cutanées et il a guéri; celui de Steldorf dix, celui de Cruveilhier une, et ils sont morts: il y a surtout irrégularité complète dans leur *succession*, comme le prouvent les observations I, VI, VII, X, XI, XII; les éruptions, tantôt légères, tantôt confluentes, sont séparées par des intervalles essentiellement différents et variant pour le même malade entre un et quinze jours; plusieurs poussées peuvent se produire à un, deux jours de distance et coexister, puis la suivante tarder sept à dix jours et plus.

Nous allons moins insister sur les deux autres ordres d'accidents, qui présentent les mêmes caractères de brusquerie dans leur apparition, et d'irrégularité dans leur marche.

Ce sont d'abord des accidents gastro-intestinaux, vomissements et coliques.

Dans toutes les observations où le caractère des matières est noté, ces vomissements ont été verdâtres ou jaunâtres, bilieux; ces vomissements répétés, douloureux, coïncident toujours, à moins de condition spéciale d'observation, comme à l'observation VI, avec des coliques; coliques violentes, empêchant le sommeil, s'accompagnant de constipation, comme aux observations I, II, IX, et plus rarement de diarrhée; le ventre, très-douloureux à la pression, a été dans quelques cas, comme aux observations I, X, rétracté; dans d'autres (obs. X, XII), tympanisé, surtout à la dernière période. Ces crises intestinales surviennent brusquement, cessent de même: interrompues par des rémittences, elles durent d'ordinaire quelques heures, quelquefois plus longtemps, un et deux jours. Il n'y a non plus aucun rapport entre l'in-

tensité ou la durée des différentes crises, et elles sont séparées par des intervalles très-variables, pendant lesquels les fonctions gastro-intestinales sont entièrement normales.

Enfin, nos douze observations présentent un troisième ordre de symptômes, les *œdèmes cutanés*, œdèmes variables dans leur siège et leurs caractères, non moins que dans leur marche.

L'exsudation séreuse peut, comme aux observations I, V, VII, IX, XII, rester bornée aux articulations, et alors être extra-ou intra-articulaire, ou l'œdème s'étend à tout un membre ou même à tout le corps, comme aux observations VIII, XI, XII, ou encore, nous le voyons, aux observations VI, X, etc., affecter les sièges les plus variables: verge, scrotum, cou, face, paupières, ou même se localiser davantage: langue, moitié d'une lèvre, du front, etc.

La couleur des parties œdématisées, quoique les observations soient peu explicites sur ce point, paraît avoir été peu modifiée, hormis certains cas spéciaux comme celui de Cruveilhier: l'œdème, quelquefois incolore, comme à l'observation IX, est le plus souvent plus ou moins douloureux, mais pas assez pour empêcher les mouvements des articulations. Ces accidents n'offrent aucune régularité, comme le montrent très-bien les observations VI, X: ils apparaissent brusquement, cessent de même, après un, deux, ou cinq, six jours, à moins de terminaison exceptionnelle par gangrène, comme aux observations IX, XI: ils envahissent en même temps ou successivement différents des points indiqués plus haut, puis disparaissent complètement pour reparaître après un intervalle très-variable.

Nous allons trouver, si nous considérons les accidents dans leur ensemble, la même irrégularité qu'ils ont présentée, étudiés séparément.

On ne peut, comme l'a fait Hench, diviser chaque observation en une série de crises survenant à des intervalles à peu près réguliers, et chacune étant constituée par: 1° les accidents articulaires; 2° le purpura; 3° les troubles intestinaux. L'affection débute tantôt par une poussée de purpura, comme aux observations I, X, tantôt par des crises intestinales, comme aux observations IV, XI; dans le plus grand nombre des observations, V, VII, XI, XII, l'œdème a été le premier phénomène; dans d'autres (obs. VI), il y a eu à la fois purpura et œdème.

La maladie, une fois commencée, on ne peut établir aucune règle dans la succession de ses symptômes ni dans leur durée; les trois sortes d'accidents, plus souvent deux, et surtout le purpura et l'œdème, peuvent coïncider; plus souvent encore, on voit survenir, aux intervalles les plus variables et sans aucun ordre, l'un ou l'autre des troubles possibles: plusieurs poussées de purpura peuvent se succéder sans œdème ni crises gastriques, et inversement.

EXCURSIONS.

La plus importante des excursions de la session de Clermont-Ferrand, celle du Puy-de-Dôme, doit nous occuper surtout ici; nous aurons cependant à rappeler brièvement celles de Vichy, Volvic et Riom, Issoire, Thiers, qui ont eu lieu le dimanche 20 août; mais nous ne pourrions que mentionner les excursions finales du Mont-Dore, du Puy-en-Velay et du Cantal, qui ont été faites après la clôture de la session.

La journée du dimanche 21 août a été consacrée aux excursions simultanées de Vichy, Thiers, Issoire et Volvic. Partout les membres du Congrès ont été reçus avec la sympathie qu'ils sont habitués à rencontrer sur leur passage; les municipalités et les habitants ont rivalisé partout d'empressement, à faire aux excursionnistes le plus chaleureux accueil, et ce serait faire injure aux autres que de signaler particulièrement telle ou telle réception. A chaque rendez-vous, des discours aussi brefs que sincères étaient échangés entre les membres

du Congrès les plus autorisés par leur situation et par leur âge et les maires des localités visitées.

— A Vichy, la visite de l'établissement thermal et des sources a retenu le plus grand nombre des voyageurs; seuls les géologues, sous la direction de M. Julien, professeur à la Faculté des sciences de Clermont, ont été recueillir d'intéressants échantillons de fluorine, de barytine cristallisée auprès des Grivats, des porphyres à Cusset et des fossiles carbonifères à l'Ardoisière.

— Les excursionnistes de Volvic, après leur visite aux Carrières, d'où l'on extrait, par des procédés aussi simples qu'ingénieux, ces magnifiques blocs de pierre noire si communs en Auvergne, et au retour de leur ascension sur le volcan la Nugère, ont pu se livrer en toute tranquillité à l'étude des mœurs du pays: les paysans ont dansé devant eux diverses variétés de bourrée au son d'une chanson en patois... Mais nos savants ont dû bientôt se dérober à ces plaisirs champêtres et se sont rendus à Volvic, où ils ont vi-

Enfin, si la coexistence des trois ordres d'accidents est constante dans les observations rapportées plus haut, il n'y a aucun rapport entre leur intensité. Dans tous les cas, les poussées de purpura sont fréquentes : plus nombreuses souvent que les deux autres troubles essentiels ; mais les crises gastriques et les œdèmes sont essentiellement variables ; ces deux troubles sont à peu près également marqués dans les observations VI, XII ; au contraire, chez d'autres malades, les troubles intestinaux l'ont emporté, et par leur intensité et par leur fréquence ; tel le malade de M. Villemain, qui a eu dix-sept crises intestinales et seulement trois poussées œdémateuses ; tels les malades observés par Henoch. Dans d'autres cas, au contraire, comme dans les observations VII, VIII, XI, les symptômes abdominaux sont rares et bornés à quelques vomissements ; et il y a des œdèmes étendus et répétés. On peut même supposer des cas où les accidents intestinaux, devenant nuls ou inappréciables, l'œdème et le purpura persistent seuls ; et ces cas, quoique ne présentant pas le syndrome complet, n'en doivent pas moins être rangés à côté de ceux que nous venons d'étudier, car les troubles, tout en se dissociant, conservent leurs caractères, apparition brusque, marche irrégulière. Tel est le fait suivant, très-bien observé par M. Vallin :

Oss. XIII (*Gaz. méd.*, 1863, p. 736). — F..., trente-trois ans, vigoureux. Le 22 février se refroidit. Le soir frissons, fièvre, genoux douloureux, rouges.

Le 23, poignets gonflés, très-rouges ; éruption de purpura ; inappétence, constipation. Le malade, qui est ordonnance, continue ses occupations jusqu'au 28. — Le 28, il entre au Val-de-Grâce. Fièvre légère, constipation, coliques depuis quatre jours, épanchement du genou droit, poignet gauche tuméfié depuis le matin, taches de purpura à différents âges sur les membres et le tronc. — Du 5 au 18 mars le coude droit, le cou-de-pied, l'épaule droite, etc., sont successivement envahis et abandonnés par le gonflement ; nouvelles poussées de purpura. — Le 20 mars, fortes coliques et selles mêlées d'environ 600 grammes de sang coagulé. — Les 21, 22 et 23, vives coliques, selles mêlées de sang altéré, affaiblissement physique. — Le 24, poussée de purpura, jointures encore gonflées ; le malade, *alité seulement depuis le 20*, recommence à se lever. — En avril, plusieurs articulations sont successivement prises, il y a des poussées successives de purpura évoluant et disparaissant en deux ou trois jours. — Enfin en juin, le malade, faible encore et souffrant de plusieurs articulations, est entré en convalescence.

J'ai voulu placer cette observation, où il y a eu des accidents intestinaux assez marqués, à côté des suivantes, où ces accidents font complètement défaut, parce que chez ce malade comme chez les suivants les accidents ont présenté la forme rhumatismale : et cette forme, si elle n'a pas trompé M. Vallin, en a imposé aux autres observateurs, et les cas que nous allons résumer ont été regardés comme des manifestations rhumatismales.

sité le musée de sculpture, l'exposition industrielle, le chœur roman de l'église ; ayant ensuite parcouru le vieux château-fort de Tournouël, le château de Crouzols, où ils ont été reçus de la manière la plus gracieuse par M. Boudet de Bardou, ils n'ont eu que le temps d'admirer au passage les plus belles gorges d'Auvergne, celles d'Enval et du Bout-du-Monde ; car une réception des plus brillantes les attendait à Riom : un banquet de 170 couverts, des illuminations, une retraite aux flambeaux, etc., etc.

— Le groupe des excursionnistes d'Issoire n'a pas été moins bien partagé que le précédent : les grottes de Perrier et de Jonas sont bien, en effet, l'un des plus curieux spectacles que l'on puisse voir. Ces grottes étagées, façonnées de la main des hommes, sont encore habitées par quelques rares fidèles, celles de Perrier du moins ; les immenses rochers semés dans la plaine par l'éboulement de Pardines, la grande coulée de lave arrêtée par la rivière de la Couze, la source d'eau minérale qui a formé les beaux stalactites de Rambaud et avait

Oss. XIV (Fernet, thèse Léger, *Du purpura rheumatismal*, 1867, t. VIII). — L..., vingt ans, bijoutier, anémique. Le 20 mars, torticolis. — Le 28, purpura. — Le 2 avril, autre purpura ; genoux douloureux. — Le 3, nouvelles taches ; genou et main droite tuméfiés ; souffle anémique cardio-vasculaire ; état général un peu grave. — Le 4 et le 5, nouvelles taches ; épaule droite gonflée. Le soir, plaque œdémateuse, douloureuse, sur le côté droit du front. — Le 6, œdème de toute la face à droite, des paupières, de l'angle de la mâchoire. — Le 7 et le 8, éruption ; pharynx rouge avec quelques ecchymoses ; luette œdématisée. — Les jours suivants, jusqu'au 26, les articulations, les paupières, la verge et le prépuce sont successivement œdématisés, indolores ou non ; il y a quelques poussées de purpura, et une autre éruption à forme herpétique. — Le 20, les accidents sont terminés, le malade guéri ; plus de souffle cardiaque.

Oss. XV (Worms, *Gaz. hebdom.*, 1860, p. 484). — L..., vingt-cinq ans, vigoureux. Le 2 août refroidissement, angine passagère. — Les 15 et 17, douleurs aux genoux puis au bras. — Le 20, bras droit tuméfié, douloureux à la pression. — Le 21, deux membres supérieurs immobiles et gonflés ; on constate des taches ecchymotiques à diverses périodes, une large sur l'épaule droite. — Le 22, œdème palpébral préauriculaire, etc. — Les 23 et 24, bras doublés de leur volume, leurs ecchymoses devenues phlycténoides ; nouvelles taches. — Les 25 et 26, face normale, bras très-diminués. — Les 28 et 29, convalescence ; mais la large ecchymose de l'épaule droite a donné lieu à une eschare qui s'élimine et se cicatrise complètement.

Oss. XVI (Buequoy, thèse, 1855, t. III, obs. V). — P. Jos..., vingt-cinq ans, bonne santé. Les 2 et 3 mai, douleurs articulaires, puis purpura et fièvre ; genou et coude droit gonflés. — Le 6, plus de gonflement, trace de taches. — Les 8 et 10, mains, puis avant-bras droit tuméfiés, douloureux ; bon état général. — Le 14, éruption de purpura ; genoux rouges, saignant facilement. — Du 15 mai en juillet, les mains, le nez, la tête, les pieds, etc., sont successivement œdématisés et douloureux ; il y a des éruptions de purpura, quelquefois saillantes, oriées au début. *Pas d'altération de la santé*. En juillet le malade sort guéri.

Nous croyons inutile de multiplier les exemples, ce qui serait facile ; et à côté de ces cas où le purpura, procédant par poussées irrégulières, sans modification grave de l'état général, s'est compliqué seulement d'œdèmes cutanés multiples, nous allons en placer d'autres où les troubles fluxionnaires cutanés ont été nuls, et où les éruptions de purpura ont coexisté seulement avec des accidents intestinaux.

Oss. XVII (Lator, *Histoire des hémorrhagies*. Paris, 1828, p. 156). — L..., cinq ans, fièvre intermittente depuis quelques jours. — Le 4 août, selles teintées de sang vermeil, vomissements jaunâtres. A midi, appétit à dîner ; dans la nuit, coliques violentes. — Le 5, pas d'accidents. — Le 6, Stoll, appelé, constate des taches pétéchiales, les unes rouges, les autres chatain ; fièvre vive. — Le 7, mort. — *Autopsie*. Intestins et estomac congestionnés ; intestin grêle en partie enflammé, en partie gangrené ; pétéchies sur l'intestin, le péritoine, l'endocarde ; ganglions mésentériques volumineux.

autrefois jeté sur la rivière un pont de travertin dont les débris existent encore, les rochers rongés par la pluie et nommés les *Moines rouges de Coteage*, toutes ces beautés naturelles se succédaient sur la route, et l'histoire de chacune d'elles était complaisamment racontée par MM. Jaloustre et Barrère, qui dirigeaient la petite caravane.

— A Thiers, la fabrique de coutellerie de M. Sabatier, la papeterie de M. Berthot, remarquables toutes les deux par l'organisation savante des ateliers et affirmant les préoccupations des directeurs d'épargner à l'ouvrier un labeur qui rendent inutiles les merveilleuses machines d'aujourd'hui, ces deux intéressantes usines ont tout d'abord été l'objet de la visite des excursionnistes. On s'est rendu de là à l'observatoire que la ville de Thiers doit à la générosité de M. Pine-Chapet, et dans lequel un jeune savant, M. Patronnet, a organisé un enregistreur à étincelles d'induction. Ensuite une ascension à Château-Gaillard a permis aux voyageurs d'admirer de près les belles roches de la Margerie, et l'on

L'affection a eu dans ce cas une marche très-rapide qui ne lui est pas habituelle. Il n'en est pas ainsi dans le cas suivant :

ONS. XVIII (Bouchut, *Gaz. des hôp.*, 1867, p. 241). — Marie L., treize ans, bien portante, a eu, en 1865, des éruptions de purpura pendant trois mois. — Le 3 janvier 1867, nouvelle éruption. — Le 8, taches violacées en voie de résorption; bon appétit; sommeil. — Le 1^{er} février, éruption; plus de diarrhée. — Le 7, éruption; douleur vive d'estomac, ventre douloureux à la pression. — Le 11, éruption, plus de vomissements. — De temps en temps nouvelles éruptions jusqu'en avril, puis guérison. Urines toujours alcalines pendant la maladie et donnant par l'ébullition un précipité rougeâtre par l'addition azotique, de phosphore ammoniac-magnésien amorphe.

Nous aurions pu trouver dans le MONITEUR DES HÔPITAUX de 1857, dans l'ouvrage de Bateman (*Report on the diseases of London*), des observations de purpura à répétition où les accidents intestinaux ont été plus intenses et plus répétés; nous avons cité celle de Bouchut parce qu'elle nous amène presque sans transition aux cas où les accidents intestinaux peuvent eux-mêmes disparaître, et les poussées de purpura persister seules, sans que pour cela la nature de la maladie soit modifiée. Nous croyons, en effet, que l'on doit ranger dans une espèce morbide unique, avec tous les faits précédents, ces cas où l'on voit survenir sans causes une éruption de purpura, et cette éruption se répéter à des intervalles divers, souvent pendant des semaines et des mois, sans modifier l'état du malade. Les faits de ce genre ne sont pas rares, surtout chez les enfants. Mon collègue de laboratoire, M. Dejerine, interne des hôpitaux, me disait avoir pu en observer en quelques mois plusieurs cas traités dans le service de M. Vidal, à Saint-Louis; les différents traités sur les maladies cutanées, les thèses en contiennent de nombreux exemples; nous citerons seulement le suivant :

ONS. XIX (Laget, *Étude sur le purpura érythémateux*, thèse 1875, p. 43). — Il..., blanchisseuse, seize ans, bonne santé. — Le 15 avril, éruption örtée au début. — Le 22 et jours suivants, chevilles éruption enflées. — Le 27, purpura confluent; état général excellent. — Les 4, 7 et 26 mai, nouvelles éruptions; quelques-unes des taches sont saillantes et papuleuses. Au début, plus hémorrhagiques. L'état général s'est maintenu excellent.

Les cas comme celui-ci me paraissent constituer la forme bénigne, la forme atténuée de l'affection, dont les observations XIV, XV, XVI, XVIII sont la forme mixte, et les observations I, VI, X, XII la forme grave; et l'on doit en définitive admettre dans cette classe de purpura quatre subdivisions, suivant que : 1^o le purpura est compliqué d'œdèmes cutanés et de crises gastro-intestinales; 2^o le purpura est compliqué d'œdèmes; 3^o le purpura s'accompagne seulement d'accidents intestinaux; 4^o le purpura existe seul.

Ces quatre variétés de purpura présentent toujours dans leur apparition brusque, dans leur marche, qui précède par

poussées, dans leur succession complètement irrégulière, des caractères spéciaux; et l'étude seule des accidents locaux suffirait pour distinguer cette espèce de purpura de toutes celles qui ont été décrites. Mais nous allons voir, en discutant le diagnostic, que l'on trouve dans l'état général des malades des différences non moins caractéristiques.

Diagnostic.

NOUVEL ESTHÉSIOMÈTRE À POINTES ISOLANTES, PERFECTIONNEMENT DU PRINCIPE APPORTÉ À LA MÉTHODE DE MESURE DE LA SENSIBILITÉ TACTILE PAR LE COMPAS DE WEBER, MÉMOIRE lu à la réunion de l'Association française pour l'avancement des sciences, dans la séance du 19 août 1876, par le docteur MANOUVREZ fils (de Valenciennes).

Depuis les recherches physiologiques de Weber (1834), on sait que quand on applique simultanément sur la peau les deux pointes mousses d'un compas, il existe un certain écartement des branches au delà duquel ces pointes sont encore perçues toutes deux, et en deçà duquel elles ne le sont plus que comme une seule. Cette distance-limite d'écartement, variable selon les différentes régions, permet d'apprécier leur sensibilité tactile relative; on conçoit, en effet, que moindre sera le degré d'écartement, plus grande devra être la délicatesse du tact.

Bientôt d'autres physiologistes : Graves (1836), Belfield, Lefèvre (1837), Valentin (1839), arrivèrent, après des vérifications nombreuses à l'aide du même compas, à formuler des propositions générales confirmant et complétant en partie celles de Weber.

Plus tard, Sievking et Brown-Séquard appliquèrent à l'observation des maladies du système nerveux les données fournies par l'expérimentation physiologique et remplacèrent le compas de Weber par l'esthésiomètre, construit sur le type du compas d'épaisseur. Cet instrument est constitué par une règle d'acier de 2 décimètres de long, graduée en centimètres et millimètres, permettant de mesurer l'écartement de deux pointes qui lui sont perpendiculaires, dont l'une, fixe, est soudée à une de ses extrémités, tandis que l'autre, mobile, reliée à un curseur, peut se déplacer à volonté en s'approchant ou en s'éloignant de la première. Ce modèle facilite singulièrement la simultanéité de contact des deux pointes, condition nécessaire d'une bonne observation esthésiométrique.

Dans le cas de diminution de la sensibilité tactile (hypothésie), la distance-limite d'écartement des pointes de l'instrument augmente, et parfois même il devient impossible d'obtenir la sensation de deux pointes, quelque grand que soit

est rentré à la mairie de Thiers, où les rafraîchissements et l'exposition de coutellerie se sont partagé l'attention des visiteurs.

— La journée du 22 août a été marquée par le grand événement du Congrès, l'inauguration de l'Observatoire du Puy-de-Dôme.

Cette importante station météorologique, élevée au sommet du pic illustré par Pascal, est due au mérite persévérant de M. Alluard, professeur à la Faculté des sciences de Clermont. L'infatigable savant a réalisé, après sept années de courageux efforts, cette œuvre considérable que les douloureux événements de 1870 avaient quelque temps menacée; mais comme l'a dit dans son toast le préfet du Puy-de-Dôme, « M. Alluard n'a pas désespéré, et la merveilleuse vitalité du pays est venue justifier sa confiance. »

Tous les savants dont la voix s'est fait entendre à la fin du banquet offert aux membres du Congrès sur le sommet du Puy-de-Dôme ont joint leurs félicitations à celles du préfet;

ils se sont faits les interprètes du pays honoré par cette belle création, et de la science tout entière en élevant bien haut le mérite du modeste savant. Celui-ci, comme honteux de tant d'éloges, a répondu que le projet de l'Observatoire du Puy-de-Dôme a triomphé de toutes les crises qu'il a traversées, parce que le souvenir de Pascal a aplani bien des difficultés. L'histoire de sa fondation, a dit M. Alluard, se résume en ces mots : Si l'observatoire du Puy-de-Dôme a réussi, c'est que Pascal lui a porté bonheur.

Le souvenir du plus illustre des grands hommes qu'a donnés l'Auvergne à la France ne pouvait manquer d'être évoqué le jour d'une fête scientifique célébrée au sommet du Puy-de-Dôme; M. Bardoux, président du Conseil général, a fait revivre en termes éloquentes cette grande figure de Pascal :

« L'esprit humain, a dit M. Bardoux, prend aujourd'hui possession de cette cime pour arracher un secret de plus au monde invisible et pour étudier de plus près les lois immuables de l'univers. »

l'écartement. Quand, au contraire, il y a hyperesthésie (terme que l'on devrait réserver à l'exaltation de la sensibilité tactile seule), la distance-limite diminue, de sorte que deux points extrêmement rapprochés sont encore perçus très-distinctes l'une de l'autre. Avec l'asthésiémie il ne sera plus possible de confondre une hyperesthésie d'un côté du corps avec une hypesthésie du côté opposé, ce qui a dû nécessairement avoir lieu lorsqu'on se s'aidait pas de cet instrument.

Cette nouvelle méthode d'exploration de la sensibilité tactile des malades a été l'objet de critiques fondées uniquement sur les erreurs pouvant provenir de l'observateur et du sujet en examen. L'usage que nous avons fait de l'instrument pour l'étude des troubles de sensibilité dans diverses maladies nous a conduit à découvrir des causes d'erreur inhérentes à l'instrument lui-même et que nous nous sommes attaché à éviter.

Tout d'abord, on doit toujours appliquer l'asthésiémètre parallèlement à la direction des filets nerveux cutanés, par conséquent aux membres longitudinalement par rapport à leur axe et de façon que le milieu de l'écartement des points coïncide avec le milieu de l'axe du membre ; au tronc, parallèlement aux côtes ; à la face, sur la joue, suivant une ligne reliant le trou auditif à la commissure labiale correspondante.

En appliquant l'instrument, il est indispensable de le faire de façon que les deux points touchent la peau simultanément et qu'elles pèsent également sur elle ; autrement il pourrait y avoir perception de deux points, lors même que celles-ci seraient déjà à leur distance-limite d'écartement. Le contact des points avec la peau doit, de plus, être de courte durée, afin d'éviter les oscillations qui pourraient faire peser plus tantôt sur une pointe, tantôt sur l'autre.

Nous avons remarqué que l'asthésiémètre pouvait indiquer une distance-limite un peu différente pour un même point du corps, et au même instant, suivant que nous étions partis d'un écartement des points supérieur à celui qu'on devait obtenir finalement, ou qu'au contraire nous débutions par un écartement des points inférieur à la distance-limite réelle ; nous obtenions dans le premier cas une distance-limite inférieure à la distance-limite réelle, et dans le second cas une distance-limite supérieure à cette dernière. Aussi faut-il toujours procéder suivant un même sens dans les mesures comparatives pour les parties homologues des deux moitiés du corps.

Nous croyons qu'il se passe là un phénomène d'influence par antériorité, dans lequel les sensations actuelles seraient modifiées par une série de sensations antérieures ; l'adaptation des cellules nerveuses pour une sensation survivrait alors que la raison de cette adaptation a cessé d'exister. On connaît d'autres faits analogues d'habitude élémentaire dans la physiologie du système nerveux.

Quoi qu'il en soit, dans les cas douteux où nous voulions

néanmoins arriver à un chiffre exact à 4 millimètre près, ce qui, en pratique, est généralement superflu, nous avons eu recours à une méthode de compensation en prenant la moyenne arithmétique des résultats extrêmes. Mais, il faut l'avouer, une rigueur aussi mathématique est bien rarement utile.

Les points de l'instrument doivent être émoussées suffisamment pour qu'il y ait contact seulement et non piqué.

Mais, fait plus important non signalé avant nous, avec l'asthésiémètre de Brown-Séquard, comme aussi avec le compas de Weber, la distance-limite d'écartement des deux points à laquelle ces points ne sont plus perçus que comme une seule variété en une même région avec les changements relatifs de température de la peau et de l'instrument ; on obtenait une distance-limite d'autant moindre que la peau était plus chaude et l'instrument plus froid. Les points étaient donc mieux perçus froides que possédant une température égale à celle de la peau. Or, les points en métal étaient de nature, à cause de leur conductibilité, à exagérer encore la sensation de froid par soustraction rapide de chaleur des parties de la peau en contact avec elles.

Dans le but d'éviter que la sensibilité thermique vint compliquer les résultats qui doivent être fournis par la sensibilité tactile seule, nous avons terminé les branches de l'asthésiémètre par des points isolantes d'ivoire, qui se mettant par leurs couches superficielles seulement en équilibre de température avec la peau, ne lui empruntent qu'une quantité de chaleur négligeable en pratique.

Déjà, en 1873, nous avions signalé la nécessité de cette modification instrumentale.

Notre asthésiémètre à points isolantes, construit en 1874 par M. Collin d'après nos indications, peut se désarticuler pour s'adapter aux dimensions d'une trousse ordinaire.

C'est grâce surtout à l'emploi de l'asthésiémètre que nous avons pu démontrer avec une précision pour ainsi dire mathématique l'action directe, localisée sur place, qu'exerce le plomb sur les parties avec lesquelles il se trouve en contact. Cet instrument nous a permis, de plus, de signaler dès 1870 (*Rech. sur les altérations des diverses espèces de sensibilité, spécialement chez les saturnins*, in *Arch. physiol.*, mai 1870), et de décrire en 1873 (*Rech. clin. sur l'intoxication saturn. locale et directe par absorption cutanée*, thèse de Paris, 1873) la forme hémiplegique avec hémianesthésie de la paralysie saturnine, dont dernièrement d'autres observateurs viennent de s'attribuer la découverte (Raymond, mémoire inédit, concours de l'internat, cité par M. Renault, thèse d'agrégation 1875).

Nous étions alors un des rares cliniciens qui nous servions de l'asthésiémètre pour mesurer la sensibilité tactile. Dès le mois de mai 1869, D. Mollière (de Lyon) l'employait pour

» Que dirait-il, s'il vivait parmi nous, cet immortel génie, qui, dès 1647, faisait exécuter sur le Puy-de-Dôme les expériences dont l'histoire des sciences se souvient ?

» Je me le demandais en gravissant ces pentes, au milieu des espaces infinis dont l'éternel silence l'effrayait, et je croyais voir planer sur nous la grande ombre de Bl. Pascal.

» L'Auvergne, si fière de vous offrir en ce jour l'hospitalité, ne pouvait oublier le plus illustre de ses enfants, celui qui marche seul, sans rivaux, dans son attitude austère et mélancolique, en tête de ses grands hommes.

» Pendant sa vie ardente et douloureuse, il fut affamé de certitude : il la chercha partout, en religion comme en philosophie, trouvant partout où se jetait son esprit géométrique quelque chose d'original et de nouveau.... »

Les belles paroles de l'orateur ont inspiré à tous ceux qui les ont entendus un sentiment de respect et de vénération pour l'observateur. On est allé admirer de près l'installation de l'Observatoire.

La tour surmontée d'un mât portant l'anémomètre de Robinson est formée de trois étages, dont deux sont souterrains : à l'étage supérieur se trouve la chambre d'observations qui contient, en outre des instruments astronomiques habituels, l'anémographe de M. Hervé Mangon, inscrivant électriquement toutes les indications recueillies par l'anémomètre fixé en haut du mât, et le thermo-hygrographe de Hasler (de Berne) ; cette salle doit recevoir bientôt le pluviomètre de M. Hervé Mangon. Elle est ornée d'un beau plan en relief de la Chaîne des Dômes, et entourée d'une petite cage extérieure formée de volets, dans laquelle sont placés les thermomètres secs et mouillés, etc.

Tous les renseignements fournis par les appareils enregistreurs et les observations faites de trois heures en trois heures sont communiqués par le télégraphe à la station de la plaine qui renferme la même série d'instruments que la salle dont nous venons de parler.

L'étage intermédiaire, déjà souterrain, reçoit le jour par

l'étude comparative des sensibilités au tact et à la température. L'asthésiographie, remise en honneur, a depuis fait le sujet d'une communication du professeur Létéviant (de Lyon) au congrès de Nantes de 1875; et le docteur Scolossoff, médecin de l'hôpital des ouvriers de Moscou, qui avait connaissance de nos travaux, a fait en 1875 usage de l'asthésiomètre pour étudier la paralysie arsenicale. Cette année, au congrès de Clermont-Ferrand, M. Létéviant a fait une communication sur une modification à la méthode de résection du maxillaire inférieur, basée en partie sur l'examen asthésiométrique de la peau de la face après cette opération.

Dans ces derniers temps enfin, nous avons appliqué à la mesure de la sensibilité la méthode graphique, qui tend de plus en plus à s'introduire dans la science.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Congrès annuel de l'Association médicale anglaise
(British Medical Association).

(Suite. — Voyez les nos 35, 36 et 37.)

Section de chirurgie.

SÉANCES DU 3 ET DU 4 AOUT. — PRÉSIDENTIE DE M. HUTCHINSON.

CATARHIE NASAL POSTÉRIEUR ET SURIÉTÉ : M. BROWNE. — CHIRURGIE ANTISEPTIQUE A HULL : M. KING. — TRAITEMENT DU GOÛTRE : M. BROWNE. — NOUVEAU TRAITEMENT DES ARCS : M. CALLENDER. — ÉTHÉR ET CHLOROFORME : M. WALKER. — OPÉRATION DE LA HERNIE ÉTRANGLÉE : M. HOWELL. — OPÉRATIONS DE CATARACTES CHEZ LES VIEILLARDS : M. TAYLOR.

NOTE SUR LE CATARHIE NASAL POSTÉRIEUR DANS SES RAPPORTS AVEC LA SURDITÉ, par le docteur *Lennox Browne*. — Une des causes les plus fréquentes de surdité est l'inflammation chronique de l'oreille moyenne sans suppuration, dont on peut distinguer deux variétés, une catarrhale et une hypertrophique. La première variété, qui est susceptible de guérison, a pour point de départ le catarrhe nasal chronique qui se transmet à l'oreille moyenne par la trompe d'Eustache. Cette étiologie si simple et si fréquente n'est pas assez connue. Il importe donc de traiter ce catarrhe nasal, et le praticien doit s'attacher à modifier l'état de la muqueuse et des sécrétions. L'auteur repousse la plupart des formules dont les ouvrages spéciaux sont encombrés et conseille de simples inhalations de vapeur. S'il existe de la douleur, il emploie le benjoin et le chloroforme; s'il faut des stimulants, il se sert de la créosote ou de l'aldéhyde. M. Browne pense que le cathétérisme fréquent de la trompe d'Eustache n'est pas nécessaire et peut même être nuisible. Il attire ensuite

dans quelques considérations sur l'emploi de la douche nasale d'après la méthode de Roosa et Elsberg.

LA CHIRURGIE ANTISEPTIQUE A L'HÔPITAL DE HULL, par le docteur *Kelburne King*. — L'auteur a employé la méthode antiseptique et rapporte quelques cas dans lesquels les résultats ont été très-satisfaisants.

Voici quelques opérations pratiquées par le docteur King en suivant la méthode de Lister : écrasement du bras, amputation au col chirurgical de l'humérus, guérison sans suppuration en vingt-deux jours. Amputation de la cuisse au tiers inférieur, cicatrisation complète sans suppuration en vingt-cinq jours. Fracture de l'extrémité inférieure du tibia avec écrasement du pied, guérison sans intervention chirurgicale avec conservation du membre. Enfin, dans des affections articulaires, dans des synovites du genou, l'application de la méthode antiseptique a donné les plus beaux résultats.

TRAITEMENT DU GOÛTRE SANS EXCISION DE LA GLANDE, par le docteur *Browne*. — L'auteur fait allusion à un mémoire lu par le docteur Watson au Congrès d'Édimbourg en 1875, et dans lequel l'excision de la glande était conseillée. M. Browne pense que cette opération n'est pas justifiée parce qu'elle est dangereuse (sur six malades opérés le docteur Watson en a perdu un), et parce qu'on possède d'autres moyens de réduire le volume de la glande. Le bronchocèle qui produit des symptômes de suffocation est presque toujours fibreux, et le docteur Browne propose de le traiter par les injections iodées et par l'application d'un séton.

Je rapporte six observations dans lesquelles ce traitement a fait disparaître la tumeur sans exposer les malades à aucun danger. Ces observations présentent un certain intérêt au point de vue clinique. Dans cinq cas, la tumeur siègeait entre le sternum et la trachée, et les symptômes de suffocation étaient dus à la tension des lobes qui embrassaient la trachée; dans trois cas il y avait des troubles de l'innervation sympathique, mais la tumeur qui produisait la suffocation n'atteignait jamais un volume considérable.

TRAITEMENT DES ARCS PAR L'INJECTION FORCÉE D'EAU PHÉNIQUE, par le docteur *W. Callender*. — L'opération se pratique de la manière suivante: après avoir vidé l'abcès aussi complètement que possible, on injecte une solution chaude d'acide phénique au trentième de manière à bien emplir et à distendre la poche. On laisse ensuite écouler le liquide, on introduit un tube à drainage et on panse avec de la charpie imbibée d'huile phéniquée. Ce traitement est depuis longtemps employé par l'auteur avec succès; il convient surtout dans les cas d'abcès chroniques résultant d'une carie osseuse.

ÉTHÉR ET CHLOROFORME, par le docteur *Bernard Walker*. — L'auteur se plaint du discrédit dans lequel est tombé

un double sopirail. La chambre circulaire qui le constitue est disposée de façon à ce que la température y reste constante et entourée à cet effet d'un corridor qui l'enveloppe d'une couche d'air isolante; elle contiendra sous peu le baromètre enregistreur de Redier amplifiant cinq fois les variations de la colonne de mercure.

La cave proprement dite deviendra le cabinet magnétique. On y desséchera l'air à l'aide d'une ventilation énergique, et les murs en seront couverts d'un enduit isolant. Cette cave communique par un tunnel avec la maison du gardien contenant le bureau télégraphique, les chambres de réserve pour les savants qui viendront s'installer à l'Observatoire, l'appartement du directeur, etc.

Les fouilles nécessaires à la construction du pavillon météorologique ont fait découvrir les ruines grandioses d'un temple gallo-romain, que l'on suppose être un temple de Mercure. Cette découverte importante a déjà donné lieu à des études intéressantes auxquelles nous renverrons nos

lecteurs (*A. Mallay*, Rapport sur les fouilles archéologiques, etc., *Mém. acad. de Clermont*, 1875, et *P. Mathieu*, *Le Puy-de-Dôme, ses ruines*, etc., Clermont, 1876).

La science archéologique a donc, elle aussi, bénéficié des travaux entrepris au nom de l'astronomie et de la météorologie; mais l'institution inaugurée le 22 août portera de bien autres fruits: les travaux géodésiques entrepris par la Commission dont le commandant Périer fait partie ont au Puy-de-Dôme une base importante d'opérations; les avis avisés agricoles fournis par l'Observatoire du Puy-de-Dôme seront combinés avec ceux de l'Observatoire de Paris et permettront de constituer un avis météorologique du plus haut intérêt. Ces bienfaits et tant d'autres, le pays les devra, nous ne saurions trop le répéter, à l'initiative privée d'un savant citoyen, et au concours généreux du département du Puy-de-Dôme.

D. FRANÇOIS-FRANCK.

l'éther, dont l'administration est si simple et ne nécessite aucun appareil compliqué. Le seul danger que cet agent fasse courir, c'est la paralysie des muscles respiratoires ; mais on peut y remédier rapidement en cessant l'inhalation et en pratiquant la respiration artificielle. Le danger du chloroforme n'est plus aujourd'hui contesté, les cas de mort se multiplient tous les jours, mais on l'emploie encore par habitude. M. Walker n'a rencontré dans sa pratique qu'un seul cas de mort par l'éther et encore le malade avait inhalé, non pas de l'éther éthylique pur, dont la densité est de 720, mais un mélange d'éther ordinaire et de pétrole dont la densité est de 640. Cette mixture est très-mauvaise pour produire l'anesthésie. L'auteur termine en insistant sur ce point capital : lorsqu'on emploie l'éther on est toujours averti de l'imminence du danger, tandis qu'avec le chloroforme le danger n'apparaît souvent que lorsqu'il est trop tard pour le conjurer.

TRAITEMENT CONSÉCUTIF DE L'OPÉRATION DE LA HERNIE ÉTRANGLÉE, par le docteur *Berdt Howell*. — Comme les éléments peuvent, en passant par l'intestin au niveau de la hernie étranglée, devenir une cause d'irritation, l'auteur conseille de nourrir les malades avec des lavements nutritifs. L'opium doit être administré dans certains cas, mais il n'est pas toujours nécessaire. M. Howell pense que l'emploi des lavements nutritifs n'est pas assez apprécié des chirurgiens et des médecins dans le traitement de certaines affections de l'estomac et de l'intestin.

DU CHOIX DE L'OPÉRATION DE LA CATARACTE CHEZ LES VIEILLARDS, par le docteur *C. Taylor*. — L'auteur pense que les succès les plus nombreux, dans les cas compliqués, suivent l'excision de l'iris, soit avant, soit pendant l'opération. Dans certains cas, la cosmétique du visage peut être conservée en incisant l'iris en haut dans sa périphérie seulement sans toucher à la pupille qui reste libre dans la chambre antérieure. Ce procédé a été indiqué, pour la première fois, par M. Taylor au Congrès ophthalmologique de Londres, en 1872.

L'auteur pratique l'incision de la cornée par la méthode de Daviel, ainsi modifiée : la base du lambeau, au lieu de correspondre au diamètre horizontal de la cornée, occupe une position intermédiaire entre cette ligne et l'union de la cornée à la sclérotique, tandis que son bord libre est placé dans le limbe vasculaire de la cornée. La tendance de l'iris au prolapsus est combattue en instillant avant l'opération quelques gouttes d'une solution de sulfate d'ésérine.

L'auteur apprécie ensuite les inconvénients et les avantages de l'iridectomie ; il pense qu'on ne doit pas la pratiquer dans les cas simples ; elle est indiquée si le sujet est cachectique, si la cornée est mince et de petit diamètre, et si l'iris a été lésé pendant l'opération. Il donne ensuite quelques conseils sur le traitement consécutif et fait remarquer qu'il n'est pas nécessaire de confiner pendant longtemps les malades après l'opération.

D^r J. L. LUTAUD.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 11 SEPTEMBRE 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

DE LA TRÉPANATION PRÉVENTIVE DANS LES FRACTURES AVEC DÉPLACEMENT D'ESQUILLES DE LA TABLE INTERNE OU VITRÉE DU CRÂNE, par M. C. *Sédillot*. — L'auteur, dans ses précédentes communications (*Comptes rendus* des 12 octobre et 16 novembre 1874, t. LXXIX) sur les fractures de la table interne ou vitrée du crâne, avec déplacement d'esquilles, a montré

que la trépanation est l'unique moyen de prévenir des complications inévitables et presque toujours mortelles. Aujourd'hui il présente 106 observations confirmatives, en partie tirées des publications de MM. Chauvel, Gross, Cochu, T. et J. Beckel, Schalk, et dont plusieurs lui appartiennent en propre.

Sur ces 106 blessés, 77 furent trépanés ; 29 ne le furent pas. 9 trépanations furent *préventives*, c'est-à-dire pratiquées, avant l'apparition d'accidents primitifs ou consécutifs, dès le premier jour. 68 *curatives* eurent pour but de remédier à des complications graves, telles que paralysies, perte de connaissance, convulsions, coma. Parmi elles, 21 *hâtives* furent faites dans les cinq premiers jours de la blessure ; 47 *tardives*, à partir de ce moment. Dans le nombre de 106 blessés, la table externe du crâne fut trouvée 21 fois sans fracture et, comme la plupart des malades, présentèrent d'abord peu d'accidents ; on jugea souvent leurs blessures légères.

Sur les 29 blessés atteints de fractures vitrées, avec esquilles, non trépanés, on compta 1 guéri et 28 morts ; sur les 77 trépanés, 29 guéris, 48 morts ; 9 trépanations *préventives* donnèrent 6 guéris, 3 morts ; 68 trépanations *curatives*, 24 guéris, 44 morts ; 21 *hâtives*, 8 guéris, 13 morts ; 47 *tardives*, 15 guéris, 32 morts.

« Ces résultats, dit l'auteur, sont la confirmation des faits et des préceptes exposés dans nos précédentes communications. La mortalité fut proportionnelle aux retards apportés à l'application du trépan ; on sauva les deux tiers des opérés par la trépanation *préventive*, plus du tiers par la trépanation *hâtive*, moins du tiers par la trépanation *tardive* et seulement 1 sur 29 dans les cas où l'on n'eut pas recours au trépan. »

M. Sédillot rappelle qu'il avait proposé, dans les cas de doute et d'hésitation, au sujet de la réalité d'une fracture vitrée, de recourir à la trépanation *explorative*, que M. le docteur Gross, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Nancy, a pratiquée dans de très-mauvaises conditions de salubrité. Cette opération était faite pour la première fois et sera certainement renouvelée. Le sujet a succombé, il est vrai, mais il ne faudrait pas attribuer la mort à la mise à nu du diploé. L'état supprimé de la dure-mère montrait qu'elle avait été atteinte de contusion indirecte et la mise à nu du diploé n'entraîne pas habituellement d'accidents, comme on le voit dans les excisions superficielles du crâne par coups de sabre. L'ablation par l'arrachement chirurgical d'une rondelle osseuse de la table externe fracturée ne cause pas la contusion du diploé, divisé et mis à nu, dans toutes les applications du trépan. On est dès lors autorisé à renouveler cet essai.

Enfin M. Sédillot analyse une dizaine d'observations de trépanation pour mettre en évidence ce fait que les complications des fractures vitrées, le temps écoulé depuis la blessure, les milieux et le degré de vitalité des malades ont une grande influence sur l'état des malades, qui succombent vite ou résistent d'une manière surprenante à des lésions presque identiques.

VINS COLORÉS ET FUSCHINÉS. — Deux communications de MM. *Lamatina* et *C. Husson* sur ce sujet. (Renvoi à l'examen de M. Pasteur.)

HYGIÈNE. — M. *Poulet* adresse, par l'entremise du ministère de l'instruction publique, un mémoire relatif à diverses questions d'hygiène. (Renvoi à la section de médecine.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 19 SEPTEMBRE 1876. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. le ministre de l'Agriculture et du commerce transmet à l'Académie : a. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1875 dans les départements d'Eure-et-Loire, du Lot, des Pyrénées-Orientales, et dans les arrondissements de Mirecourt, Neufchâteau et Saint-Dié (Vosges); de Dians, Gulungamp et Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord). (Commission des épidémies.) — b. Le tableau des vaccinations pratiquées en 1875 dans les départements de la Côte-d'Or, d'Eure-et-Loire, de l'Yonne, de l'Ain, de la Vendée, de la Somme et du Terr. (Commission de vac.) — c. Des pièces relatives à l'exploitation des sources de Hammes-sous-Hodjez (Oran). — d. Des demandes formées à l'effet d'obtenir l'autorisation d'exploiter des sources d'eaux minérales situées à Sarroucau (Basses-Pyrénées) et à Baumont (Ardèche). (Commission des eaux minérales.) — e. Le rapport de M. le médecin inspecteur des eaux de la Motte pour 1875. (Même commission.)

M. le docteur Comus adresse à l'Académie une lettre de remerciements pour la récompense qui lui a été décernée pour le service des épidémies.

Le commissaire délégué de la ville de Cotane invite l'Académie à assister à l'exécution des exhumations de Bellini.

M. Gossetin dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Gallard, une brochure sur le traitement de la métrite interne.

ÉLECTIONS. — L'Académie procède par appel nominal à l'élection d'un trésorier en remplacement de M. Gobley.

Sur 44 votants, M. Poggiale obtient 43 suffrages. Sa nomination sera soumise à l'approbation de M. le ministre de l'Agriculture et du commerce.

M. Poggiale remercie l'Académie de l'honneur qui lui est conféré. Son discours est vivement applaudi.

LE SPIROPHORE. — M. Woillez répond aux objections qui ont été récemment soulevées à propos de son appareil. Au point où la discussion en est arrivée la question se réduit à ces deux termes : 1° le spirophore est basé sur une condition physiologique excellente en ce qu'il reproduit exactement les mouvements respiratoires normaux, comme le démontrent les expériences sur le cadavre; 2° son efficacité sur le vivant serait entourée de difficultés et pourrait n'avoir qu'une efficacité douteuse.

M. Woillez laisse de côté la question physiologique pour s'occuper de la question pratique. Il lui semble étrange que l'on dénie d'avance l'utilité pratique d'un principe qui n'est pas seulement théorique mais qui a eu ses applications favorables au point de vue expérimental. Les expériences ayant parfaitement réussi sur le corps de l'homme mort, on peut cependant espérer que les mêmes effets seront obtenus sur les mêmes corps humains en état de mort apparente.

Le plus grand reproche qu'on ait adressé au spirophore, c'est son volume et son poids considérables. Le fabricant de l'appareil a reconnu lui-même ces inconvénients, qu'il atténue considérablement en ce qui concerne le poids de l'appareil. On se demande naturellement si l'on ne pourrait pas opérer l'aspiration seulement sur la poitrine ou sur le tronc du patient en diminuant par conséquent de beaucoup le volume du spirophore. On conçoit qu'à la rigueur il soit possible de limiter l'application de l'appareil au tronc en le fixant inférieurement autour du bassin, qui offre un point d'appui circulaire excellent pour l'occlusion inférieure de l'appareil; mais une grave difficulté s'y oppose : c'est la taille si variable des individus qui nécessiterait en permanence plusieurs appareils de dimensions diverses.

MM. Colin, Le Roy de Méricourt et plusieurs autres membres de l'Académie ont prétendu qu'il était inutile de songer à ramener des noyés à la vie après quelques minutes de submersion complète. Cette conclusion ne paraît pas admissible à M. Woillez, qui insiste sur le danger qu'il y aurait à répandre et à accréditer un précepte qui aurait pour effet d'empêcher d'agir avec efficacité dans un grand nombre de cas. Il ne faut pas oublier les faits nombreux consignés dans les annales de la science et qui se rapportent à des noyés qui ont pu être rappelés à la vie après un temps qui dépasse beaucoup les cinq minutes de M. Colin.

En résumé, dit M. Woillez, le spirophore, qui a passé par

la période de l'expérimentation théorique, va entrer dans une période d'expérimentation pratique. Si les succès pratiques répondent aux succès physiologiques déjà obtenus, il est clair que malgré ses imperfections le spirophore s'imposera de lui-même partout où le danger de la submersion se présente à poste fixe.

HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE. — M. Dieulafoy donne lecture d'un mémoire sur le rôle considérable que paraît jouer l'hérédité dans la production de cette affection. Il rapporte plusieurs observations très-concluantes sur ce point intéressant. (Ce mémoire est publié aux *Travaux originaux*, p. 595.)

HYGIÈNE MORALE. — M. A. Latour donne lecture, au nom de M. Jolly, du premier chapitre d'un ouvrage intitulé *HYGIÈNE MORALE*, qui doit paraître prochainement.

REVUE DES JOURNAUX

Expériences sur la transmission des inflammations, par J. Burdon SANDERSON.

Les conclusions du travail de M. Burdon Sanderson peuvent se résumer ainsi :

Quand une inflammation produite chez un cobaye donne naissance, soit dans le tissu cellulaire, soit dans une séreuse, à un liquide, celui-ci possède une propriété infectieuse qu'il désigne sous le nom de phlogogénique; cette propriété consiste en ceci : que si un liquide de cette nature est injecté à un second animal, il produit une inflammation qui présente les mêmes caractères que celle qui lui a donné naissance.

L'intensité d'une inflammation transmise dépend de l'intensité du processus inflammatoire qui l'a produite; il en résulte que si dans une série d'animaux l'inflammation est transmise de l'un à l'autre, le processus inflammatoire deviendra de plus en plus intense. Dans toutes les expériences de Burdon Sanderson cette loi se vérifie. Mais cette augmentation de gravité ne se fait pas d'une manière continue et régulière, elle se fait par bonds; ce qui prouve qu'il ne faut pas seulement tenir compte de la nature et de l'origine du produit inoculé, mais encore de l'état de l'animal sur lequel l'inoculation est faite. D'autre part, les animaux qui ont résisté le moins longtemps à la cause de l'inflammation donnent des produits moins virulents, comme ceux-ci n'avaient pas eu le temps d'arriver à maturité. Ces différences qui sont très-accusées chez le cobaye, rendent cet animal impropre à servir de critérium pour juger de la virulence des liquides provenant d'inflammations successives.

Chez le chien, l'auteur a fait des expériences dans lesquelles il a pu étudier la marche de la température après l'introduction de liquides infectieux.

L'auteur étudie ensuite le degré de puissance des substances infectieuses.

« Les produits fortement infectieux, d'exsudations séreuses, dit-il, de cobaye, ont toujours un poids spécifique élevé et ne se coagulent pas, et possèdent une viscosité si particulière, qu'à elle seule elle servirait de caractéristique. Ils sont, en outre, distingués par la présence des sphéroïdes et des halères isolés ou groupés.... Chez le chien, les mêmes caractères se présentent, avec cette différence que ces liquides ont toujours plus ou moins la couleur du sang. » Cette coloration est due à la présence de l'hémoglobine.

L'auteur ajoute que la présence de corps figurés dans ces liquides n'est nullement une preuve que ces corps sont ou ne sont pas les causes de ses propriétés infectieuses. Cependant il croit pouvoir affirmer qu'il y a une relation entre ces corps et le processus morbide. (*Journal de l'anatomie et de la physiologie normales et pathologiques chez l'homme et les animaux*, juillet-août 1876, p. 357.)

La vérité sur le prétendu *Silphium cyrenaicum*, par M. MARTIN.

Dans une note récemment publiée dans le BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE, M. Stanislas Martin donne l'analyse des granules qui ont été dernièrement l'objet de la spéculation pharmaceutique. Mais c'est surtout sur la nature même de cette plante qu'il fournit des détails intéressants. S'appuyant sur les travaux de M. Herinçq, il démontre de la façon la plus concluante que le *Silphium* des Grecs, qui d'après tous les auteurs anciens avait disparu depuis les premiers siècles de l'ère chrétienne, n'a pas été retrouvé dans ces derniers temps et que le *Silphium cyrenaicum* du docteur Laval (*Thapsia silphium* de Viviani) est tout simplement le *Thapsia garganica* de l'Algérie, de l'Espagne, de l'Italie, le *Bou-nâfa* des Arabes.

Cette manière de voir est confirmée par un voyage qu'a fait récemment M. Davaeu, qui, comme M. Herinçq, est attaché au Muséum d'histoire naturelle de Paris.

M. Davaeu a étudié sur les lieux mêmes la plante que le docteur Laval avait signalée comme étant le *Silphium* des anciens, et il n'a pas eu de peine à constater combien cette assertion était peu fondée. Pour lui la plante du docteur Laval est, à n'en pas douter, le *Thapsia garganica*, et la comparaison des spécimens entiers des racines, des tiges, des feuilles et des graines qui se trouvaient dans la cargaison qu'il a rapportée de son voyage, avec les spécimens du *Thapsia garganica* du Muséum, lui a donné pleinement raison. Cet avis est du reste partagé par MM. Baillon, Cosson, Decaisne, Naudin, Planchon et par tous les botanistes qui ont comparé les deux plantes.

Mais comment expliquer que le *Silphium cyrenaicum* qui figurait à l'Exposition des industries fluviales et maritimes ait obtenu une médaille d'argent ? La chose est certainement difficile. Il est probable que le jury de la section des produits pharmaceutiques n'a pas soupçonné que la résine qu'on lui présentait comme le *Silphium* des anciens était tout simplement la résine du *Thapsia garganica*. (*Bulletin de thérapeutique*.)

Sur un acide nouveau préexistant dans le lait frais de jument, acide équinique, par M. Jules DUVAL.

Quand on traite le lait frais de jument par l'éther, l'acide nouveau, que l'auteur désigne sous le nom d'*acide équinique*, est dissous avec les matières grasses; on fait alors évaporer la solution étherée, on reprend par l'eau et on filtre. Le filtre laisse passer l'acide dissous dans l'eau et retient les matières grasses; par ce procédé on obtient 0^{rs} 52 d'acide équinique par litre de lait frais.

C'est un liquide sirupeux d'une couleur jaune ambrée, d'une saveur âcre, d'une odeur forte, pénétrante tout à fait spéciale; c'est un corps fixe, soluble en toutes proportions dans l'eau, l'alcool et l'éther. Sous l'influence d'une forte chaleur, il se décompose; il brûle en laissant un charbon peu boursoufflé. Avec l'acide azotique, il donne un acide cristallisé qui se comporte avec les réactifs comme l'acide équinique lui-même. Il ne forme de sels insolubles qu'avec l'oxyde d'argent et le peroxyde de fer; le premier est gris jaunâtre, le second est brun marron.

Pour M. Jules Duval l'acide équinique existait dans le lait en combinaison avec une ammoniacque; mais jusqu'ici il n'a pu déterminer à quelle ammoniacque composée on a affaire. (*Journal de l'anatomie et de la physiologie*, 1876, page 352, juillet-août.)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur les maladies mentales, par M. B. BALL, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. — Paris, Asselin. 1876.

Les leçons que publie aujourd'hui M. B. Ball sont le résumé de nos cours supplémentaires, cours fait en 1875 et 1876. Les élèves qui les ont entendues n'en ont pas perdu le souvenir; le succès qui les accueillait alors est une preuve qu'elles répondaient à un besoin. L'École n'avait pas jusqu'à ces derniers jours d'enseignement officiel des maladies mentales : un vote récent de l'Assemblée nationale vient d'ordonner la création d'une chaire dont l'utilité n'a pas besoin d'être démontrée. « Jamais peut-être, dit avec raison M. B. Ball, la psychiatrie n'avait été représentée par un aussi grand nombre d'hommes éminents; jamais peut-être l'esprit du siècle et les tendances du mouvement scientifique n'avaient été aussi favorables à ce genre de travaux; et jamais le public médical n'avait paru, dans son ensemble, aussi complètement étranger à cette branche de nos connaissances. Il est vraiment pénible de constater combien nos élèves, combien les médecins eux-mêmes sont restés indifférents aux progrès de la pathologie mentale, et combien leur éducation demeure incomplète sous ce rapport : on dirait que, loin de suivre à cet égard deux lignes parallèles, les aliénistes et les praticiens se sont engagés dans deux voies diamétralement opposées; tandis que les uns s'enfoncent de plus en plus dans leurs études de prédilection, les autres en détournent absolument leurs regards et paraissent abandonner le terrain sans réserve aux spécialistes. »

Certes, nous nous associons à ces sages paroles de M. Ball. Mais si, en effet, jamais l'étude des maladies mentales n'a été autant de représentants remarquables que dans notre pays et de nos jours, alors que cette science est représentée par Baillarger, dont tous les mémoires sont des modèles de science et d'observation, par MM. Lasègue, Tardieu, Falret, Mesnet, Moreau de Tours, Magnan, Marce, etc., par Griesinger en Allemagne, il ne faut pas oublier que l'étude de ces affections ne peut être faite par les étudiants au point de vue clinique; ce n'est pas dans les hôpitaux de Paris qu'il est possible de voir des aliénés : on les évacue immédiatement dans les asiles spéciaux, dont l'accès est fermé aux élèves. Il y a quelques années, MM. Magnan et Boucheureau établirent des cours à l'asile Sainte-Anne; ces cours étaient suivis non-seulement par des étudiants en médecine, mais même par des médecins, qui trouvaient là l'enseignement indispensable pour compléter les études médicales, enseignement que la Faculté ne pouvait se déterminer à fonder chez elle; par un arrêté dont nous avons alors signalé le fâcheux caractère, M. Ferdinand Duval, préfet de la Seine, a supprimé ces leçons cliniques. C'est alors que M. B. Ball fut chargé, comme agrégé, d'un cours complémentaire, dont le succès, tout en étant une réponse à l'arrêté de M. le préfet de la Seine, n'a certainement pas été étranger au vote de l'Assemblée nationale.

L'ouvrage que nous analysons aujourd'hui, a, disons-le tout de suite, un but essentiellement clinique. Mettant à profit toutes les recherches des savants dont nous avons parlé, M. B. Ball a voulu montrer qu'il faut envisager la folie comme une lésion d'ensemble, et ne point considérer les diverses formes de délire comme des maladies spéciales ayant chacune une place à part. « Nous reconnaissons, au contraire, comme des espèces distinctes toutes les formes d'aliénation mentale qui se rattachent à une cause spéciale ou à une lésion déterminée : telles sont la paralysie générale, la folie épileptique, la folie hysterique, les folies toxiques, la démence sénile et toutes les autres affections délirantes qui répondent à ces conditions. » On peut voir par cette citation le plan que M. B. Ball a adopté et le but qu'il poursuit dans ces Leçons. Nous n'avons malheureusement encore que le premier fascicule, qui contient trois chapitres : *La folie en général*; *Les éléments morbides*

de la folie ; Les illusions et les hallucinations. Ce sont donc les seuls dont nous ayons à parler.

Tout d'abord que doit-on entendre par folie ? C'est Esquirol qui répond, et sa définition, bien qu'incomplète, est la plus généralement adoptée. « La folie, dit-il, est une affection cérébrale, ordinairement chronique, sans fièvre, et caractérisée par des désordres de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté. » Cette définition en exige une autre, celle de l'aliéné. « L'aliéné, dit M. Ball, est un homme qui, par suite d'un trouble profond des facultés intellectuelles, a perdu plus ou moins complètement sa liberté morale et a cessé, par conséquent, d'être responsable de ses actions devant la société. Mais où commença la responsabilité de l'aliéné ? Où finit-elle ? Pour répondre à ces questions, M. B. Ball fait une étude psychologique des phénomènes de l'âme, que nous ne pouvons que louer n'ayant pas le loisir de nous engager dans une aussi grosse question ; mais il est un point sur lequel M. B. Ball nous semble ne pas avoir suffisamment insisté : c'est celui qui traite de la corrélation des troubles psychiques, illusions et hallucinations, avec les troubles physiques de la sensibilité. Les illusions sont, en effet, des interprétations délirantes qui toutes ont pour caractère commun les troubles des sensations. Esquirol a même donné comme signe différentiel de l'illusion et de l'hallucination, que l'illusion est un fait sensoriel, tandis que l'hallucination est un fait cérébral, une perception sans objet extérieur. Cette définition, admise aujourd'hui, ne nous paraît cependant pas absolument exacte. Dans l'illusion, en effet, il y a une impression d'un objet extérieur, cette impression est interprétée, et le fait, si peu important qu'il soit, ne tarde pas à prendre dans l'esprit du malade une importance considérable. Un malade entend-il une cloche, par exemple, il interprète le son de cette cloche ; c'est le signal de sa mort, etc. ; toutes les sensations normales sont ainsi expliquées, dénatées : elles deviennent par cela même des illusions. Le point primitif est donc la sensation ; or, pour qu'il y ait sensation il faut deux choses : un objet frappant les sens, un organe chargé de percevoir l'impression ; puis vient le moi qui interprète l'impression perçue par le cerveau. La sensation et l'impression sont deux choses absolument distinctes ; celle-ci est un état du cerveau, celle-là une fonction du moi, ou mieux de l'âme ; l'une est physique, en un mot, l'autre est psychique. Distinction importante, car elle permet de ne pas confondre l'illusion avec l'hallucination, comme on le faisait autrefois. C'est à Esquirol que revient le mérite de cette distinction ; c'est lui qui le premier, en effet, a montré que l'hallucination était une perception sans objets, qu'elle était, en un mot, un phénomène purement cérébral. Mais où Esquirol a dépassé la vérité, c'est en exagérant la fréquence des hallucinations : il confondait l'hallucination avec l'interprétation délirante ; erreur grave, car l'interprétation délirante n'est pas la création de toutes pièces d'objets non existants ; elle n'est pas, comme l'hallucination, une vision ou une audition interne. « En d'autres termes, dit M. Ball, qui a compris cette distinction, l'illusion diffère de l'hallucination en ce qu'elle suppose toujours l'existence d'un phénomène objectif, d'un fait réel faussement interprété. Dans l'hallucination, au contraire, rien ne vient justifier l'erreur du malade : c'est une sensation perçue en l'absence de toute excitation extérieure. » Cette définition est donc équivalente à celle de M. Lasèque lorsqu'il dit : « L'illusion est à l'hallucination ce que la médisance est à la calomnie ; l'illusion s'appuie sur la réalité, mais elle la brode ; l'hallucination invente de toutes pièces, elle ne dit pas un mot de vrai. »

Telle est la méthode adoptée par M. Ball. On voit donc que son but principal a été de dérouler sous les yeux des élèves l'histoire clinique des affections mentales. « Je me propose, dit-il, de séparer nettement dans ces LEÇONS la pathologie générale de la pathologie spéciale. Je veux d'abord vous parler des causes, des signes et des principaux éléments morbides de la folie ; reprendre ensuite quelques études de sémiolo-

gie ; vous parler de la manie, de la mélancolie, de la monomanie, de la démence ; aborder enfin la description des plus importantes de ces maladies spéciales dont je viens de vous parler et terminer par quelques considérations sur le diagnostic, le pronostic et le traitement de l'aliénation mentale, ainsi que sur le côté légal de la question, qui touche de si près aux intérêts et aux devoirs du corps médical. » C'est donc un cours complet de pathologie mentale que promet M. B. Ball ; nous regrettons que le premier fascicule ait seul paru ; nous aurions aimé à dire de tout l'ouvrage le bien que nous pensons des trois leçons que le professeur donne aujourd'hui.

M.

VARIÉTÉS

LES NOUVELLES PANCARTES DES HÔPITAUX.

Une innovation très-inattendue, introduite dans la disposition des pancartes des hôpitaux, a suscité dans la presse une polémique assez vive à laquelle nous ne saurions rester indifférents. On sait que chaque malade reçoit, à son entrée dans les salles, une feuille sur laquelle sont consignés les nom et prénoms, âge, état civil, profession, etc. Cette pancarte est la répétition d'un registre à souche qui reste dans les bureaux. Toutes ces indications sont nécessaires à l'administration. Quelques-uns seulement intéressent le médecin, et on avait déjà fait remarquer qu'il était fort inutile de livrer à la connaissance du nombreux personnel qui fréquente les salles les noms et l'adresse des malades. Dans les cas exceptionnels où le médecin aurait eu à se renseigner sur ce sujet, il aurait trouvé au bureau les indications nécessaires. L'habitude avait prévalu. Depuis quelques années on avait joint aux pancartes une feuille de statistique qui les complétait au point de vue administratif et médical. Jusqu'ici cela suffisait aux divers besoins du service. Il était, en outre, d'usage, lorsque le malade avait demandé et reçu les secours religieux, que l'aumônier de l'établissement l'indiquât sur la pancarte par un signe connu de lui seul. Les ministres des cultes non catholiques, lors de leurs visites dans les hôpitaux, trouvaient aux bureaux une note indicative des malades appartenant à leur religion et auxquels ils pouvaient s'adresser.

La modification introduite dans les nouvelles pancartes consistait à réserver quelques cases numérotées où doivent être consignés des renseignements supplémentaires. D'après l'instruction reçue à ce sujet, trois ou quatre de ces cases seraient consacrées à fournir, au moyen d'une lettre convenue, des indications toutes spéciales à l'aide desquelles on connaîtrait quel est le culte du malade, s'il s'est confessé, s'il a reçu les sacrements, s'il désire changer de religion.

Un de nos chirurgiens, M. le Dr Després, a protesté vivement contre l'introduction de cette pancarte. Il a porté sa réclamation au bureau d'un des fonctionnaires supérieurs de l'administration de l'Assistance publique. Cette réclamation aurait été assez froidement accueillie et M. Després prit alors le parti de s'adresser à la presse, qui répondit énergiquement à son appel. Comme il arrive presque toujours en pareils cas, la question, sous le prétexte de s'élargir, s'égarait. On fit entrer en cause les rapports des médecins avec l'administration, les aumôniers, les sœurs des hôpitaux. On admit comme démontré entre ces derniers et le personnel médical un antagonisme, une sorte de lutte perpétuelle qui n'existait pas. Nous dirons en passant que quelques faits particuliers, absolument exceptionnels, n'autorisent en rien cette opinion qui tend, ou ne sait pourquoi, à se répandre. Dans la plupart des services, sœurs et médecins vivent dans une entente très-cordiale, et il n'en saurait être autrement entre gens qui ont un fonds commun de dévouement et de sacrifice et dont les attributions sont d'ailleurs absolument différentes. Les plaintes du genre de celle à laquelle M. le Dr Després fait allusion sont vérita-

blement fort rares, et certes ce n'est pas à la réserve et à la limpidité des malades qu'il faut rapporter la rareté de pareilles réclamations. Mais laissons de côté cette question accessoire et revenons à nos panacées.

A quelque point de vue qu'on se place, l'innovation apportée dans leur disposition n'est pas heureuse. La pancarte figure au lit du malade pendant toute la durée du séjour à l'hôpital. Les services, et surtout les services affectés aux cliniques, sont fréquentés par un personnel fort nombreux qui n'a que faire de tous les renseignements extra-médicaux. A qui persuadera-t-on qu'il ne soit pas blessant pour un malade de voir une foule indifférente ou railleuse initiée à des faits absolument intimes comme ceux dont il s'agit, et qui ne voit qu'on va précisément contre le but qu'on poursuit en affichant en quelque sorte les déterminations qui sont du domaine sacré de la conscience? Qu'ont à faire en pareille matière les facilités plus ou moins grandes qu'on voudrait apporter aux visites des dames charitables dans les hôpitaux? On leur fait injure en supposant qu'elles vont consulter la pancarte des malades, lorsqu'elles ne sont guidées auprès d'eux que par les sentiments larges et élevés de la pure charité. Ce n'est pas de cette façon que la plupart d'entre elles comprennent la mission qu'elles se sont librement donnée.

Inutile de s'arrêter plus longtemps à rechercher les motifs qui ont guidé l'administration dans cette regrettable innovation. Il est peu probable que les médecins aient été préalablement consultés à ce sujet. Ils auraient facilement démontré la parfaite inutilité et les inconvénients d'une petite mesure qui va peut-être soulever de grosses questions.

EXPOSITION ET CONGRÈS INTERNATIONAUX D'HYGIÈNE ET DE SAUVETAGE (BRUXELLES, 1876).

L'Exposition internationale d'objets d'hygiène et de sauvetage, placée sous la haute protection de S. M. le Roi, la présidence d'honneur de S. A. R. le comte de Flandre et le patronage de la ville de Bruxelles, qui a été ouverte dans cette ville le 26 juin dernier par S. M. le roi des Belges, sera chose prochainement, après avoir fourni une longue et glorieuse carrière. Dans quelques semaines, les matériaux innombrables qui y ont été rassemblés par des mains habiles et actives seront dispersés et ramenés à leur lieu d'origine.

L'immense diversité des produits accumulés, et dans lesquels les choses de la médecine n'occupaient qu'une place relativement minime, a embellé la GAZETTE HEBDOMADAIRE de s'occuper spécialement de cette vaste et vigoureuse entreprise, ressortissant bien plutôt à l'industrie et à d'autres sciences sociales. Elle a le devoir néanmoins d'appeler l'attention de ses lecteurs sur l'acte qui doit couronner l'œuvre, à savoir la réunion d'un *Congrès international*, dont une section sera attribuée à l'examen de diverses questions relatives à l'hygiène et à la salubrité publiques, à l'hygiène appliquée à l'industrie, à l'hygiène domestique et privée, à la médecine, à la chirurgie et à la chimie dans leurs rapports avec l'hygiène.

Ce congrès s'ouvrira à Bruxelles, le 27 septembre prochain, au palais des Académies (ancien palais ducal). Voici le programme des questions qui seront discutées dans la section d'hygiène (1):

1° Quels sont les avantages des distributions d'eau et quels sont les moyens employés pour en procurer aux centres de populations? Discuter les inconvénients qui résultent de la prise d'eau pour les populations du bassin hydrographique. Préciser le chiffre de la consommation normale par tête d'habitant.

2° Quel est le système le plus pratique pour débarrasser une

ville de ses immondices et de ses boues? Indiquer les moyens: a, d'épurer les eaux d'égout, c'est-à-dire de les débarrasser des matières en solution et en suspension, et de fixer les gaz nuisibles et incommodes; b, d'utiliser les eaux vannes; c, de remédier à l'altération des cours d'eau par les résidus industriels; d, de combattre les effets nuisibles des fumiers placés à proximité des habitations.

Déterminer les circonstances qui doivent régler le choix des désinfectants et des antiseptiques.

3° Comment peut-on constater sûrement et facilement la mort réelle? Le permis d'inhumer doit-il être précédé d'une constatation par un homme compétent? Faut-il recommander l'institution des *coroners* anglais?

Quelles sont les mesures qui peuvent concilier les garanties contre l'inhumation précipitée et le prompt enlèvement des cadavres? Faut-il établir des dépôts mortuaires? Dans l'affirmative, quel est le meilleur mode d'installation et quelles sont les précautions à prendre pour le transport des morts?

Indiquer les avantages et les inconvénients des inhumations ordinaires et des divers modes de crémation.

4° Quelles sont les causes de l'excessive mortalité des nouveau-nés et des enfants en bas âge, légitimes et illégitimes?

Discuter le service des nourrices dans les grandes villes et l'hygiène propre aux enfants nourris artificiellement; les avantages et les inconvénients de l'emploi des petites voitures; l'utilité des hospices spéciaux dans les stations maritimes pour les enfants scrofuleux et l'opportunité d'établir des écoles spéciales pour les enfants rachitiques.

5° A quelles conditions de salubrité doivent satisfaire: a, les hospices, les hôpitaux et les maternités; b, les installations provisoires, telles que les hôpitaux temporaires et les ambulances civiles?

6° Comment peut-on concilier les intérêts de la liberté avec ceux de la santé publique dans les lois et règlements: a, sur les quarantaines et les lazarets; b, sur les maladies transmissibles de l'animal à l'homme, telles que la rage, le farcin, la morve, etc.; c, sur les mesures prophylactiques contre la propagation des épizooties?

Quels sont les moyens de désinfecter les écuries, les étables, les navires, les wagons et les maisons contaminées?

Quelles sont les règles à suivre dans le transport du bétail destiné à l'abatage, afin de pourvoir: a, à la sécurité de la voie publique; b, à la santé de l'animal?

Quelles sont les précautions à prendre dans le transport, l'abatage et l'embaumement d'un animal atteint de maladie contagieuse? L'incinération du cadavre est-elle recommandée dans ce cas?

7° Quels sont les meilleurs systèmes de chauffage et de ventilation de locaux destinés à recevoir un grand nombre de personnes, tels que salles de spectacle, écoles, arènes, salles d'hôpitaux, etc.?

8° Influence hygénique du boisement et des plantations, de la fixation des dunes, du drainage des marais et des terres humides.

Moyens de remédier à l'insalubrité des rizières, des rizières et des prairies irriguées avec des eaux limoneuses.

9° Rechercher les moyens d'uniformiser les renseignements statistiques des divers pays pour les rendre comparables.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (année scolaire 1876-1877).

Les Cours d'hiver de la Faculté auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 6 novembre:

Physique, M. GAUJARRET. — Physique général e; L'électricité et l'optique; les mercredis et vendredis, à midi.

Physique biologique: Les phénomènes physiques d; la phonation et de l'audition; les lundis, à cinq heures (peut au théâtre).

Pathologie médicale, M. OLLIVIER, agrégé, chargé du cours. — Des maladies du poumon; les lundis, mercredis et vendredis, à trois heures.

Anatomie, M. SAPPEY. — Le système nerveux central; le système nerveux périphérique; les organes des sens; les lundis, mercredis et vendredis, à quatre heures.

Pathologie et thérapeutique générales, M. CHA JEFFARD. — Éléments morbides communs: fièvre, fluxion, infam nation, douleur, spasme; trouble des facultés intellectuelles; les lundis, mercredis et vendredis, à cinq heures.

Chimie médicale, M. WURTZ. — Chimie générale: Histoire chimique des métalloïdes; étude de l'air et de l'eau, des princi-

(1) S'adresser au Secrétariat général (M. Aug. Couvreur, à Bruxelles), pour tous renseignements, ainsi que pour faire parvenir les cotisations et recevoir les cartes qui donnent droit d'entrée (25 francs) et de parcourir à moitié prix sur certaines lignes de chemins de fer, parmi lesquelles toutes les lignes belges et le Nord français.

peaux acides, etc., au point de vue des applications médicales; les jeudis et vendredis, à midi.

Chimie biologique: Etude des phénomènes chimiques de la nutrition; sécrétions; les mardis, à quatre heures (petit amphithéâtre).

Pathologie chirurgicale, M. DOLBEAU. — Maladies des tissus et des systèmes: Tissus cellulaires, osseux, cartilagineux; muscles, articulations; système vasculaire: artères, veines et lymphatiques; les mardis, jeudis et samedis, à trois heures.

Opérations et appareils, M. LÉON LE FORT. — Médecine opératoire: Thérapeutique des maladies du cou, des voies respiratoires, du thorax, de l'abdomen, des organes génito-urinaires dans les deux sexes; hernies; les mardis, jeudis et samedis, à quatre heures.

Histologie, M. ROBIN, suppléé par M. X., agrégé. — Etude des éléments anatomiques et des humeurs (la première partie du programme imprimé du cours); les mardis, jeudis et samedis, à cinq heures.

Histoire de la médecine et de la chirurgie, M. PARROT. — De l'histoire de l'inflammation et de la fièvre; les mardis, jeudis et samedis, à cinq heures.

Clinique médicale, M. G. SÉE, à l'Hôtel-Dieu; LASÈQUE, à la Pitié; HARRY, à la Charité; POTAIN, à l'hôpital Necker; tous les jours de huit heures à dix heures du matin.

Clinique chirurgicale, MM. GOSSELIN, à la Charité; RICHET, à l'Hôtel-Dieu; BUCCHÀ, à l'hôpital des Cliniques de la Faculté; VERNEUIL, à la Pitié; tous les jours de huit heures à dix heures du matin.

Clinique d'accouchements, M. DEPAUL, à l'hôpital des Cliniques de la Faculté; tous les jours de huit heures à dix heures du matin.

Cours cliniques complémentaires.

Maladies des enfants, M. BLACHEZ, à l'hôpital des Enfants; les lundis, jeudis et samedis, à huit heures et demie.

Ophthalmologie, M. PANAS, à l'hôpital Lariboisière; les lundis, conférence clinique et exercices ophthalmologiques, à neuf heures du matin; les jeudis, opérations, à neuf heures.

Maladies syphilitiques, M. FOURNIER, à l'hôpital Saint-Louis; les vendredis, leçon clinique, à neuf heures; les mardis, leçon au lit des malades, à huit heures et demie.

Maladies des voies urinaires, M. GUYON, à l'hôpital Necker; les mercredis, leçon clinique et opérations, à neuf heures; les samedis, leçon au lit des malades et opérations à neuf heures.

Maladies de la peau, M. X.

École pratique.

Les exercices de dissection commenceront, à l'École pratique, le lundi 23 octobre. — M. Mare SÉE, chef des travaux anatomiques, ouvrira son cours le 7 novembre. Il traitera des questions suivantes: Face, cou, tronc. (Suite du cours d'anatomie appliquée.) MM. les professeurs et les aides d'anatomie feront des cours à l'École pratique. Une affiche indiquera ultérieurement l'ouverture et le programme de ces cours.

Semestre d'hiver. — Distribution des études.

Première année. — Chimie médicale, physique médicale, anatomie.

Deuxième année. — Anatomie, histologie, dissections.

Troisième année. — Anatomie, histologie, dissections, opérations et appareils, pathologie interne et pathologie externe, cliniques médicale et chirurgicale.

Quatrième année. — Pathologie interne et pathologie externe, pathologie générale, exercices pratiques de médecine opératoire, cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Sur la proposition de M. de Nerval, directeur de l'Assistance publique, tous les hôpitaux et hospices de Paris vont être mis en communication télégraphique avec le bureau central des admissions.

CONGRÈS MÉDICAL DE TURIN. — On mande de Turin, le 18 septembre: « Aujourd'hui a eu lieu l'inauguration du Congrès des médecins. Le ministre Coppino, les autorités et un grand nombre de médecins italiens et étrangers y assistaient. Plusieurs discours ont été prononcés et applaudis. Parmi les orateurs figuraient le représentant du ministre de l'Instruction publique en France. »

LÉGION D'HONNEUR. — Le Président de la République a décoré, lors de sa visite à l'hôpital de Besançon, M. Chenevier, chirurgien en chef.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort regrettable de M. le docteur Viardin, chevalier de la Légion d'honneur, président de l'Association des médecins du département et de la Société médicale de l'Aube, décédé à l'âge de soixante-treize ans.

TARIF D'HONORAIRES EN AMÉRIQUE. — On lit ce qui suit dans l'intéressante correspondance que M. Molinai adresse depuis quelque temps au JOURNAL DES DÉBATS: « On ne compte pas moins de 50 médecins à Savannah, dont 3 homœopathes et 2 thomsonniens, sans compter les praticiens nègres et autres qui opèrent en se passant de diplôme... J'ai tous les yeux le tarif imprimé des médecins de Savannah, et l'on ne saurait rien imaginer de plus pratique. Chaque visite, opération ou traitement, y est tarifé selon son importance. Une visite simple à un résident, 2 dollars; à un non-résident, 5 dollars; une visite à bord d'un navire pendant le jour, 5 dollars; pendant la nuit, 20 dollars; une visite pendant les heures où le médecin reçoit ses malades à son office, 20 dollars; un accouchement ordinaire, 50 dollars; avec complications, 100 dollars; opération césarienne, 500 dollars; amputation d'un bras, 50 dollars; d'une jambe, 100 dollars, etc., etc. Ces prix ne sont toutefois qu'un minimum; ils peuvent être augmentés selon l'importance des cas, à la discrétion du médecin, et un avis imprimé en tête du tarif avertit les clients que la note leur sera présentée tous les mois ou aussitôt que le traitement sera terminé. Ce système, introduit par un médecin belge, plaît beaucoup aux médecins et ne paraît pas déplaire aux malades. »

TRONC DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — L'ouverture, qui a eu lieu le 22 août dernier, du trouc existant dans la chapelle de la Charité, a constaté la présence d'une somme de 2505 fr. 80 c. Le directeur de l'Assistance publique remercie les donateurs inconnus de cette généreuse libéralité.

Etat sanitaire de Paris:

Du 8 au 14 septembre 1876, on a constaté 925 décès, savoir:

Variole, 5. — Rougeole, 1. — Scarlatine, 1. — Fièvre typhoïde, 76. — Erysipèle, 4. — Bronchite aiguë, 27. — Pneumonie, 37. — Dysentérie, 7. — Diarrhée cholériforme des enfants, 16. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine conennese, 4. — Croup, 19. — Affections puerpérales, 8. — Autres affections aiguës, 272. — Affections chroniques, 356, dont 147 dus à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 47. — Causes accidentelles, 19.

SOMMAIRE. — PARIS. Académie de médecine: Le spirochète; M. Woillez. — Hélicité de l'hémorrhagie cérébrale; M. Dictionay. — De l'emploi de l'acide salicylique en thérapeutique. — TRAVAUX ORIGINAUX. Pathologie interne: Du rôle de l'hémoglobine dans la production des maladies cérébrales. — BERNARDINI: Etude sur une espèce de purpura d'origine nerveuse. — DIAGNOSTIC: Nouvel anesthésique à points isolés. — CONGRÈS SCIENTIFIQUES. Congrès annuel de l'Association médicale anglaise (British medical Association). — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine: REVUE DES JOURNAUX. Expériences sur la transmission des inflammations. — La vérité sur le prétendu Syphilis créméonien. Sur un acide nouveau prévalant dans le lait frais de jument, acide énoïque. — BIBLIOGRAPHIE. Leçons sur les maladies mentales. — Variétés. Les nouvelles puerpérales des hôpitaux. — Exposition et congrès internationaux d'hygiène et de sauvetage (Bruxelles, 1876). — FEUILLETON. Association française pour l'avancement des sciences.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Notes et impressions d'un voyage dans les Trois Royaumes, écrites au crayon; du crayon, par le docteur Noël Gueneau de Mussy. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 1 fr. 50

Étude anatomique, physiologique et clinique sur l'hémianesthésie et les tremblements symptomatiques, par le docteur Raymond. In-8 avec 3 planches. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 3 fr. 50

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie et l'hystérie, compte rendu des observations recueillies à la Salpêtrière de 1872 à 1875, par le docteur Bourneville. 1 vol. in-8 avec 3 planches. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 4 fr.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOUCQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 28 septembre 1876.

DE L'ACIDE SALICYLIQUE COMME AGENT ANTISEPTIQUE ET ANTIPUTRIDE. — LE MOUVEMENT DE LA POPULATION EN FRANCE.

De l'acide salicylique comme agent antiseptique et antiputride.

(Deuxième article.)

Nous ne reviendrons pas sur les premières expériences de Kolbe, de Müller, qui ont démontré les propriétés antifermentescibles et antiputrides de l'acide salicylique; nous prions le lecteur de se reporter à notre premier article sur ce sujet (1875, p. 321). Kolbe, Müller, Neubauer ont étudié l'action de l'acide, à des doses relativement très-faibles, sur les ferments figurés, sur les agents de la putréfaction: le développement des bactéries, des vibrations de diverses sortes est arrêté, empêché ou retardé par des solutions au millième, au cinq-centième même. La plupart des expériences faites depuis lors ont confirmé ces premières données; elles les ont en outre développées, et quelques-unes d'entre elles doivent arrêter notre attention. Les travaux de Bucholtz et ceux de Béchamp ont, en effet, été dirigés dans une voie qui seule peut nous mener à une appréciation exacte de la puissance de l'acide salicylique, comparée à celle des composés dont le pouvoir antiputride est généralement reconnu et des plus faciles à démontrer.

Ces études comparatives sur les antiseptiques ont été du reste commencées depuis longtemps à propos de l'acide phénique, de l'acide thymique, de l'acide benzoïque et de bien d'autres agents de même ordre; elles constituent une partie de l'histoire de la fermentation et de la putréfaction; les résultats

qu'elles ont donnés sont quelquefois variables, parce que les conditions de l'expérimentation sont des plus complexes, comme l'a montré tant de fois M. Pasteur. Le critérium ou les mesures pouvant servir de comparaison sont difficiles à trouver. Nous allons voir comment Bucholtz a procédé à cet égard (1).

Pour cet expérimentateur le pouvoir antiseptique se mesure à l'action produite sur les bactéries dans les deux conditions suivantes, qui se complètent l'une par l'autre. Il s'agit en premier lieu de déterminer quelle est la quantité minimum de l'agent antiseptique nécessaire pour arrêter le développement des bactéries dans un milieu favorable à leur multiplication, et en second lieu il faut rechercher quelle est la dose de l'antiseptique capable de détruire, dans des bactéries arrivées au plus haut degré de prolifération, toute faculté de développement nouveau.

Nous ne pouvons insister sur la série de précautions nécessaires pour obtenir des résultats démontratifs; mais nous donnerons un exemple des expériences du premier ordre faites pour l'acide salicylique.

Comme dans toutes les autres recherches, Bucholtz emploie ici des tubes remplis d'un liquide tenant en dissolution du sucre candi (40 pour 100), de l'acétate d'ammoniaque (1 pour 100) et du phosphate de potasse; dans chacun des tubes on dépose quelques gouttes d'une infusion de tabac contenant des bactéries en voie de prolifération. Tous ces tubes, à l'exception d'un seul, reçoivent une solution d'acide salicylique à des degrés variant entre 9,005 et 0,150 pour 100. Les flacons sont hermétiquement bouchés et garantis de l'entrée des bactéries de l'atmosphère.

Examinons maintenant ce qui se passe dans les tubes. Dans celui qui ne contient pas d'acide salicylique, les bactéries se

(1) Le mémoire de M. Bucholtz a été publié dans les *Archiv. für experimentelle Pathologie und Pharmacologie*. Vol. IV, 1^{re} livraison, août 1875.

FEUILLETON

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Leçons sur l'hygiène et la prophylaxie des maladies vénériennes.

(Suite. — Voyez les numéros 29, 30, 32, 34, 36 et 37.)

Messieurs, j'ai abordé en dernier lieu, avec quelque répugnance et non sans un certain embarras, l'histoire de la prostitution dans le monde à travers les différents âges. J'ai indiqué par quelles mesures législatives ou administratives l'antiquité et le moyen âge avaient tenté d'empêcher le scandale qui naît de la débauche vénale, de flétrir les femmes qui s'y abandonnent, de modérer le recrutement, de faire du vice une source de revenu pour l'Etat. Tout cela se retrouve dans les anciennes réglementations; ce qu'on ne parvient pas à y

découvrir c'est la préoccupation de l'hygiène, c'est le souci des intérêts sanitaires mis en péril par l'existence et le fonctionnement de la prostitution. Surveiller les femmes perdues, au point de vue des intérêts de la santé publique, c'est une innovation des temps modernes, dont je me propose d'étudier aujourd'hui les origines et le développement.

De tous les foyers de maladies vénériennes, la prostitution est assurément le plus important. Ce n'est pas malheureusement le plus facile à atteindre. Rien de plus simple que de soumettre les soldats et les marins à la visite sanitaire; rien de plus difficile souvent que de faire subir effectivement cet examen aux prostituées.

Il est un premier obstacle auquel se sont heurtés souvent les hommes qui ont mission de protéger la santé publique: quel est leur droit et d'où tirent-ils leur autorité? On comprend, en effet, que pour imposer cette inquisition corporelle il faut une arme légale. Visiter d'autorité une femme, même une prostituée, c'est assurément la plus outrageante violence

développent rapidement; elles forment en quatorze heures une sorte de trouble au milieu de la solution, puis ce trouble devient plus dense, plus étendu; la transparence du liquide disparaît, enfin celui-ci devient laiteux au bout de six à huit jours. Dans les divers autres tubes, l'aspect trouble se produit plus lentement, en vingt-quatre, trente-huit, soixante-deux heures. Enfin, dans le tube contenant 0,15 pour 100 d'acide salicylique il ne se forme pas de trouble, les bactéries ne se développent pas. Donc il suffit d'une solution de 0,15 pour 100 d'acide salicylique pour arrêter le développement des bactéries.

Pour arriver, d'une part, à cette conclusion, il a fallu quatre séries de recherches, c'est-à-dire examiner vingt-cinq tubes. Le second ordre de recherches démontre, d'autre part, qu'il faut une quantité de 0,4 pour 100 d'acide salicylique pour détruire chez les bactéries en prolifération la faculté de se développer à nouveau. Ce résultat est obtenu par une suite de transplantations sur lesquelles nous ne pouvons insister.

Des expériences analogues ont été faites avec différents sels de l'acide salicylique, avec divers autres acides, avec alcool, etc.; les résultats sont assez curieux pour que nous en indiquions quelques-uns; c'est ainsi que pour empêcher le développement des bactéries, il faut des solutions de 1/20000^e de sublimé, 1/2000^e de thymol, 1/1000^e de crésote, 1/250^e de salicylate de soude. Les résultats sont un peu différents quand il s'agit de fixer la quantité nécessaire pour détruire le pouvoir de prolifération des bactéries développées; il faut ici une solution de 1/312^e pour l'acide salicylique.

Sans doute, ces résultats ne peuvent encore être admis comme définitivement certains; en pareil sujet les expériences doivent être fort multipliées. Cependant ils mettent en lumière quelques points importants à connaître. C'est, en premier lieu, que l'acide salicylique est beaucoup plus énergique que ses sels; qu'il agit à une dose qui est inférieure à celle de sa solubilité dans l'eau. Une solution saturée sera donc suffisante pour empêcher le développement des bactéries; mais, aussi, pour tuer les bactéries en voie de prolifération, pour agir comme antiputride, il faut une quantité bien plus grande, mais qui peut encore être obtenue en solution aqueuse.

Ces différences font comprendre comment on obtient des résultats quelquefois contradictoires, lorsqu'on cherche empiriquement à conserver des tissus animaux, ou des substances capables de fermenter dans des solutions d'acide salicylique. Il est évident que l'état de fermentation ou de

putréfaction commencée peut singulièrement modifier la puissance conservatrice de la solution, et qu'il n'est pas besoin d'invoquer des phénomènes d'ordre catalytique, comme l'a fait un de nos confrères; il vaut mieux chercher dans l'expérimentation l'explication de ces phénomènes, et il faut reconnaître que chaque jour amène des progrès dans l'étude de la fermentation et de la putréfaction.

Nous avons, cette fois, analysé un travail expérimental dans lequel l'auteur n'a fait aucune théorie, nous aurons à examiner dans le mémoire de M. Béchamp, nos expériences, et, de plus, des déductions théoriques.

A. HÉNOQUE.

(A suivre.)

Le mouvement de la population en France.

Nous ne saurions rester indifférents à l'émotion que vient d'exciter dans le monde politique une lettre de M. Léonce de Lavergne appelant l'attention du gouvernement sur la diminution progressive du nombre des naissances comparé au nombre des décès, et les dangers qui en résultent pour l'avenir de la population française. La question, en effet, n'est pas nouvelle; bien souvent elle a été traitée par les médecins. En 1869, la GAZETTE HEBDOMADAIRE lui a consacré plusieurs articles à propos de la discussion académique sur la mortalité des nouveau-nés. A cette époque, et surtout dans ces dernières années, les travaux de M. Bertillon, résumés en partie dans ses articles du DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES, ont montré de la manière la plus évidente l'infécondité relative des unions et la mortalité considérable qui frappe les nouveau-nés. Citons quelques chiffres trop souvent oubliés, pour bien faire voir que le danger auquel nous faisons allusion n'est point imaginaire. En Allemagne, le chiffre des naissances excède chaque année d'environ 450 000 le nombre des décès; en Angleterre, l'excédant des naissances sur les décès a été en 1875 de 385 000. En Russie, l'accroissement annuel de la population est de 1,24 pour 100 habitants; de sorte que le doublement de la population s'y fait en 56 ans. En France, au contraire, le doublement de la population ne se fait qu'en 198 ans; pendant l'année 1872 l'excédant des naissances sur les décès n'a été que de 172 926, et en 1873 il est tombé à 101 776. C'est ce dernier chiffre qui a excité les appréhensions de M. de Lavergne et l'a engagé

qui puisse être faite à la liberté individuelle, et les casuistes n'ont pas manqué qui ont invoqué contre les agents et les médecins de la police sanitaire l'inviolabilité du domicile et de la personne humaine.

Avant d'envisager ainsi les choses par le côté tragique, il convient de se rendre compte de la situation des individus auxquels la société prétend imposer la visite. Si la prostitution, d'après la définition que je vous donnais dans la dernière leçon, est l'offre banale, avec provocation, de complaisances charnelles moyennant rémunération, la prostitution est un commerce; la femme prostituée étant commerçante et son négoce ne pouvant être privilégié, elle peut être soumise, comme bien d'autres négociants, à la surveillance, à l'exercice, aux mesures fiscales. De plus, dans le cas particulier, la marchande est en même temps la marchandise; elle perd par cela même, en partie du moins, sa qualité de personne. Et comme cette marchandise ne peut être admise ou tolérée que parce qu'elle prétend être de première nécessité; comme,

d'autre part, elle peut être avariée et nuisible à la santé publique, elle doit être soumise à l'inspection et exposée à la saisie. Voilà la réponse que l'on peut faire aux casuistes. La visite imposée aux prostituées est de droit, je puis dire de droit commun. Les Anglais eux-mêmes, malgré leur respect de la liberté individuelle, ont armé d'un droit légal les agents chargés de ces inspections par les Actes de 1866 et de 1871. C'est que la logique ne suffit pas en pareille matière, il faut un texte législatif.

En France, il est de tradition que le préfet de police, autrefois le prévôt de Paris ou le lieutenant général de police, a le droit de faire le nécessaire pour empêcher ou modérer les inconvénients qui procèdent du fait de la prostitution. Cette autorité, qui s'exerçait même par corps, a été rendue légale par l'ordonnance royale du 20 avril 1684. A partir de ce moment, les pouvoirs que la tradition attribuait depuis si longtemps au prévôt de Paris sont consacrés par la loi et transférés au lieutenant de police. En ces matières, « Sa Majesté lui

à provoquer une enquête sérieuse sur les causes qui entravent l'accroissement progressif de la population française et, diminuant l'émigration de ses habitants, affaiblissent le prestige, l'autorité et l'influence de la France. Le gouvernement a répondu à M. de Lavergne en publiant le tableau qui indique le mouvement de la population en France pendant l'année 1874. Les chiffres qu'il indique sont plus rassurants. L'excédant des naissances sur les décès s'élève à 171 943; mais lorsque, comme l'a fait avec soin un économiste distingué, M. P. Leroy-Beaulieu, on vient à étudier les causes qui ont déterminé cet accroissement, on s'aperçoit qu'il dépend non de l'augmentation du nombre des naissances, mais de la diminution du nombre des décès. Or cette diminution ne saurait être considérée comme exclusivement due aux progrès de l'hygiène et à l'influence de la loi récemment votée sur la protection des enfants nouveau-nés. Sans doute il faut reconnaître que le tribut que nous payons à la mort semble diminuer d'année en année et que les maladies sociales tendent à disparaître, comme les altérations de la santé publique, devant les progrès de la civilisation. La durée de la vie moyenne s'est accrue : elle est aujourd'hui de 39 années et 8 mois, et tandis qu'au XIV^e siècle 1 personne sur 16 mourait en moyenne à Paris, de nos jours il n'en meurt plus que 1 sur 32. Quant à la mortalité générale en France, elle était de 28,6 décès par 1000 habitants de 1800 à 1810; elle s'est abaissée graduellement d'année en année pour arriver en 1869 au chiffre de 22,83 décès pour 1000. Malgré ces résultats, favorables en apparence, il serait au moins imprudent de citer comme un progrès normal la diminution si notable du chiffre des décès en 1874. Il faut tenir compte de l'absence de toute épidémie et peut-être de conditions exceptionnelles difficiles à préciser mais pouvant disparaître dans un avenir prochain. D'ailleurs, même en tenant compte de cette diminution relative du chiffre des décès, il n'en faut pas moins reconnaître que l'accroissement progressif de la population en France est bien inférieur à ce qu'il devrait être. En cherchant à calculer, d'après les différences dans la natalité, le nombre des hommes qui dans cent ans parleront l'anglais, l'allemand et le français, M. de Candolle, en effet, est arrivé aux résultats suivants : On compte aujourd'hui, tant en Angleterre qu'en Amérique, au Canada, ou en Australie, 77 millions d'hommes parlant anglais. Dans cent ans, la population doublant en Angleterre et quadruplant aux États-Unis, au Canada ou en Australie, ce nombre sera de 860 millions d'habitants. 60 millions d'hommes dans les

divers États allemands et 2 millions en Suisse doublant en 56 et 60 ans dans le nord et en 167 ans dans le midi, donneront dans un siècle un total de 124 millions d'hommes parlant l'allemand. Enfin, il n'existe que 36 millions et demi de Français, 2 millions de Belges et 500 000 Suisses, 1 million environ d'Algériens ou de colons parlant la langue française. Cette population ne doublant qu'en 440 ans s'élèvera dans un siècle au chiffre de 69 millions et demi. Il résulterait de ces calculs que l'univers deviendra anglo-saxon et que la langue anglaise, qui a l'avantage d'être moitié germanique et moitié latine, tendra de plus en plus à remplacer le français. Il est vrai, hétons-nous de le faire remarquer, que ces calculs supposent une émigration toujours croissante et la possibilité pour les émigrants de trouver des terrains suffisamment étendus et de s'y développer indéfiniment. Ces conditions ne se réaliseront peut-être pas, et l'accroissement de la population anglo-saxonne et de la population allemande diminuera peut-être à son tour en raison même des difficultés sans cesse croissantes que rencontreront les émigrants.

Il n'en reste pas moins vrai que ce qui doit nous frapper aujourd'hui, ce que les économistes et les médecins doivent s'efforcer de combattre, c'est la diminution progressive et toujours très-considérable du nombre des naissances. En 1874 elles ont atteint le chiffre de 953 652; c'est seulement 7288 de plus qu'en 1873 et c'est 12 000 de moins qu'en 1872. Toutes les années, de 1858 à 1868 inclusivement, ont donné un chiffre de naissances oscillant aux environs de 1 million par an, c'est-à-dire supérieur à celui de 1874. Bien plus, en remontant à une période décennale antérieure, on voit que de 1821 à 1831 le chiffre des naissances a été plus considérable qu'en 1874, et cependant la population de la France était alors infiniment plus faible qu'aujourd'hui. Il faut donc considérer le chiffre des naissances qui correspond à l'année 1874 comme très-inférieur à ce qu'il devrait être. Nous ne savons encore ce que nous donnera le relevé statistique de 1875, mais nous craignons qu'il ne nous cause une nouvelle et plus triste déception. Bien que le nombre des mariages contractés en 1874 (303 113) soit en effet supérieur à celui de la moyenne des mariages pour chacune des années de 1861 à 1869, il reste, en effet, très-inférieur à ceux de 1872 (321 238) et 1873 (352 754). Ne peut-on pas dès lors supposer que le chiffre des naissances légitimes n'aura pas été en augmentant pendant les années 1875 et 1876 ?

Les seuls résultats satisfaisants que donne le relevé statistique de l'année 1874 sont la diminution du nombre des nais-

attribue, en tant que besoin est, toute juridiction et connaissance; » ses sentences doivent être exécutées « comme de juge en dernier ressort. » Cette puissance discrétionnaire, absolue et sans contrôle, n'était pas sans limites; mais elle s'étendait jusqu'à la réclusion inclusivement. La même ordonnance affectait la Salpêtrière à la détention des femmes de mauvaise vie.

L'ordonnance royale du 26 juillet 1713, confirmative de la précédente, régla la procédure que devait suivre le lieutenant de police.

Le droit pour le lieutenant de police de faire traiter les prostituées atteintes de maladies vénériennes, est déjà spécifié dans l'ordonnance de 1684 : « Et seront traitées de maladies qui leur pourront survenir, sans sortir du lieu où elles seront renfermées (la Salpêtrière), qu'en cas d'une nécessité indispensable. » Ce droit, comme tout autre pouvoir discrétionnaire sur les filles publiques, fut attribué aussi à l'autorité militaire par l'ordonnance royale du 1^{er} mars 1768. Le

commandant de place peut les faire mettre en prison pendant trois mois au pain et à l'eau, « enjoignant Sa Majesté aux intendans de donner des ordres pour les faire guérir des maladies dont elles pourraient être atteintes, avant de les faire conduire dans les maisons de force. » Une autre ordonnance royale du 6 novembre 1778 imposait aux filles publiques malades la séquestration dans un hôpital. La question de l'assistance des vénériens venait ainsi s'associer nécessairement aux mesures de surveillance et de répression, et, par ordonnance du 30 août 1785, Louis XVI voulait que, dans l'un des faubourgs, un hospice fût ouvert gratuitement aux pauvres de tout âge, de l'un et de l'autre sexe, atteints du mal vénérien. Déjà, en 1781, il avait établi à Vaugirard une annexe de l'hôpital des Enfants-Assistés pour le traitement des nouveau-nés syphilitiques.

Ces ordonnances, qui établissaient légalement le droit de l'autorité sur les prostituées, restèrent en vigueur même pendant les premiers temps de la période révolutionnaire, en

sautes illégitimes et la diminution du nombre des départements où le chiffre des décès l'emporte sur celui des naissances. Mais combien ces résultats sont insignifiants quand on les compare à ceux que nous donne l'examen du chiffre des naissances! On nous objectera peut-être que l'enfant ne contribue pas au bien-être de la société; que celle-ci est obligée de lui faire une avance dont elle ne sera remboursée que plus tard, que par conséquent il est surtout utile de combattre les causes qui font augmenter la mortalité des adultes. Nous répondrons avec tous les économistes et tous les médecins qu'une nation dont la population tend à s'abaisser par la diminution de la natalité est une nation qui se fie trop aveuglément à sa prospérité matérielle et qui compromet l'avenir pour améliorer le présent; mais nous n'essayerons pas de montrer ce que peuvent avoir d'inconvenients, au point de vue de la santé et de la moralité publiques, les habitudes de prudence conjugale si répandues dans certains milieux.

L. L.

TRAVAUX ORIGINAUX

Dermatologie.

ÉTUDE SUR UNE ESPÈCE DE PURPURA D'ORIGINE NERVEUSE, par le docteur COUTY, médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

(Suite. — Voy. les nos 36 et 38.)

Nous ne passerons pas en revue les espèces multiples de purpura créées par Biett, Werlhof, Willan, Fuchs, Alibert, Gintrac, Ray, Bazin, Devergie, Graves, Hébra, Richardson, etc., etc., purpura simplex, minima, lentulaire, diffusa, hæmorrhagica, pétéchial, passif, exanthématique, papuleux, urticans, senilis, contagiosa, cachectica, rheumatica, agueux, salin, vasculaire, sthénique, asthénique, aigu, chronique, pyrétiq., apyrétique, etc., etc.

Beaucoup de ces prétendues espèces disparaissent certainement devant un examen plus complet. C'est ainsi que M. Laget a montré récemment, dans un bon travail déjà cité, que le purpura urticans, créé par Willan, « n'est que l'exagération du premier stade de l'hémorrhagie, paralyse et dilatation vasculaire. » Nous avons vu dans plusieurs de nos observations que les taches avaient quelquefois été saillantes pendant les premières heures, et nous dirons simplement, après M. Vallin, « que cette sorte de nodosité est la conséquence forcée de l'hémorrhagie intra-dermique ou sous-épidermique » (*Gaz. méd.*, 1865, p. 738). D'après les observations que nous avons parcourues, nous croyons même que la

forme ortiée est seulement possible dans le cas brusque que nous étudions et qu'elle ne s'observe jamais dans les purpura cachectiques à marche progressive et continue; en tout cas, qu'elle soit produite par l'hémorrhagie en voie de s'effectuer (Laget) ou par l'hémorrhagie déjà faite (Vallin), l'apparence ortiée est un épiphénomène rare et inconstant.

On s'est beaucoup occupé ces derniers temps d'une autre espèce de purpura, le purpura rhumatismal. Assimilé par Schönlein, Hébra, Ferrand (*Des exanthèmes rhumatismaux*, thèse de 1862) aux autres manifestations cutanées du rhumatisme, il a été regardé par Wunderlich, M. Vallin, comme un purpura compliqué de phénomènes rhumatoides. Certains cas, tels que celui de M. Blachez (*Gaz. hebdom.*, 1865, p. 131), paraissent plaider en faveur de la première opinion, et nous savons (communication orale) que des cliniciens, comme M. Vulpian, ont observé des faits fort probants de purpura rhumatismal. Nous ne saurions donc nier complètement l'existence de cette espèce morbide, surtout tant que la nature de la diathèse dont elle dépend sera si peu connue; et nous croyons seulement que beaucoup des observations considérées comme types du purpura rhumatismal, telles que nos observations XIII, XIV, XV, XVI, se séparent complètement du rhumatisme et par l'état général, et par la marche et le siège des adèmes, adèmes souvent indolores, et en tout cas n'empêchant pas les mouvements, portant sur tout un membre, la face, le front, les paupières, le pénis, etc., marche qui les fait rentrer dans l'espèce morbide que nous étudions.

Deux classes de purpura seules nous paraissent bien délimitées, sinon bien décrites, le purpura hémorrhagique primitif et le purpura cachectique.

Sous le nom de purpura hæmorrhagica, ou mieux morbus maculosus, maladie de Werlhof, on a compris depuis des cas très-dissimilaires, quoique les faits rapportés par Werlhof soient très-caractéristiques (Gauthier Bellefonds, *Sur la maladie de Werlhof*, thèse de Strasbourg, t. XVI, 1811). Toujours on voit survenir, avec ou sans causes, des hémorrhagies multiples de la peau et des muqueuses: le purpura, augmentant progressivement, persiste pendant toute la maladie, qui suit une marche continue, ascendante et cyclique: l'état général est d'emblée très-grave, l'adynamie précoce et la mort rapide. Des cas de Werlhof, tous apyrétiques, on peut rapprocher une forme de purpura pyrétiq. étudiée par Graves (*Clinique médicale*, trad. Jaccoud, t. XI, p. 513) et dont la marche est la même.

Les faits compris dans cette première classe sont très-communs. M. Lereboullet (*Gaz. hebdom.*, 1876, p. 289) a analysé récemment, avec son esprit critique habituel, un cas de purpura terminé par une hémorrhagie cérébrale qui se rapporte à la première variété, et M. Hayem (*Gaz. méd.*, 1876, p. 357) a publié une observation non moins curieuse, ana-

1789 et en 1790; puis elles tombèrent en désuétude. On pensa qu'il n'y avait pas besoin de lois spéciales contre la prostitution; qu'elle rentrerait implicitement dans les matières soumises à la surveillance et à l'autorité municipales par la loi du 14 décembre 1789, constitutive des municipalités. Cette jurisprudence ne pouvait que par une extension abusive trouver dans la loi de 1789 la source légale du droit de visite, de séquestration et de traitement des prostituées. La loi des 16-24 août 1790, destinée à maintenir le bon ordre dans les lieux publics et à faire cesser les fléaux calamiteux, n'arriva au même résultat que par une application forcée et excessive. La loi des 19-22 juillet 1791, qui, plus spéciale, autorisait les officiers de police à entrer en tout temps dans les lieux livrés notoirement à la débauche, ne créait qu'un droit illusoire au point de vue de la surveillance sanitaire.

Toutes ces lois du déclin de la monarchie ne remplaçant donc pas les ordonnances royales qu'on affectait de laisser dans l'oubli; elles ne paraissaient pas et ne pouvaient pas

donner une garantie suffisante à la santé publique. Cette lacune de la législation fut comprise par le Directoire qui, le 17 nivôse an IV (7 janvier 1796), envoyait au Conseil des Cinq-Cents un message dans lequel il demandait aux législateurs une arme légale pour lever au coin des rues la prostitution publique. Une commission fut nommée pour examiner la proposition du Directoire; cette commission ne fit pas de rapport. Un membre du Conseil, Bancal, reprit la question, et dans la séance du 7 germinal an IV, soumit à l'Assemblée un projet de loi contre les maisons de débauche, « qui attaquent d'une manière si funeste la population, la santé, la pudeur, et propagent les maladies les plus dangereuses pour l'espèce humaine. » Cette proposition fut fort mal accueillie; Dumolard ne put réprimer une pudibonde indignation: une telle discussion était indigne de l'Assemblée. « Ce n'est pas aux législateurs d'un grand peuple qu'on doit présenter des règlements de moines... Au surplus, il existe des règlements de police très-précis; qu'on les exécute. » L'ordre

logue ou à peu près à celles de Graves. Quant aux faits ras-
seublés par M. Bucquoy dans sa thèse déjà citée, ils sont
très dissimilaires, et quelques-uns doivent être rapprochés
de ceux que nous étudions. En tout cas, la dénomination de
purpura exanthématique, employée par Bucquoy, Graves, etc.,
nous paraît peu légitime, car le *purpura hemorrhagica*,
même fébrile, n'a ni la période d'incubation, ni la brusquerie
de l'éruption, ni la marche réellement cyclique, ni la durée à
peu près fixe des exanthèmes.

A côté de cette première classe de purpura, pyrétiq ue
ou non, survenant primitivement, on doit en placer une deuxième,
purpura cachectica, *purpura secundaria*, dont le purpura
seuilis est probablement une variété. Le purpura secondaire
peut compliquer la fièvre typhoïde (*purpura contagiosa* de
Willan) ou une autre forme contagieuse; il peut être lié à
une lésion du foie, cirrrose, etc., ou à une altération de la
rate, comme Habershon en a rapporté plusieurs cas; ou plus
souvent à la phthisie pulmonaire, comme l'a montré M. Charcot
et après lui Vernier, déjà cité et dont la thèse contient un
exposé très-complet des différentes lésions pouvant entraîner
secondairement le purpura. Quelques maladies, par exemple
la méningite cérébro-spinale, la méningite tuberculeuse, agis-
sent peut-être sur les capillaires cutanés par l'intermédiaire
du système nerveux; mais le plus souvent il paraît y avoir,
dans ces cas de purpura secondaire, altération du sang, alté-
ration dont dépendent les hémorrhagies cutanées et muqueuses,
cette altération étant produite elle-même par la lésion primi-
tive d'un des organes hématoïdétiques, poumons, foie, rate,
reins, ganglions ou plaques lymphatiques, et nous devons
rapprocher de ces faits de purpura ceux observés dans la cac-
chetix palustre, caractérisée elle aussi par une altération
considérable du sang (Kelch, *Arch. de physiol. norm. et*
path., 1875) et ceux produits par l'abus du chloral (*The*
Lancet, 1874, p. 729, et *Soc. méd. de Londres*), substance
qui détermine souvent d'autres hémorrhagies, comme l'a
montré M. Vulpian; de l'arsenic, du phosphore, etc.

Nous savons bien que la distinction entre les deux espèces
précédentes est surtout symptomatique, peut-être artificielle;
malheureusement l'anatomie pathologique du purpura est
encore trop incomplète pour en permettre une autre. Willan
Fox a constaté en 1865, dans un cas de purpura secondaire
syphilitique, une dégénérescence amyloïde des capillaires de
la peau; MM. Olivier et Ranvier (*Société de biologie*, 1866),
dans un cas de purpura leucémique, observèrent des amas de
globules blancs dans les vaisseaux des différents organes;
M. Damaschino a publié une observation assez analogue.
M. Hayem, dans le cas récent de purpura primitif fébrile
dont nous avons parlé, et dans un autre en 1869, a trouvé
dans les artères dermiques correspondant aux ecchy-
moses, des débris de caillots anciens avec prolifération de

l'endothélium. Ces recherches anatomiques, d'un grand inté-
rêt, serviront certainement à mieux séparer les différentes
espèces de purpura avec ou sans lésion vasculaire. Mais l'étude
seule des accidents observés chez chaque malade, leur nature,
leur marche, nous paraissent devoir suffire le plus souvent à
classer chaque fait dans une des trois classes suivantes:
purpura primitif, pyrétiq ue ou non; purpura cachectique
secondaire; enfla purpura nerveux et l'on en saurait mettre
avec Molière (*Recherches cliniques sur le purpura*, in *Lyon*
médical, 1874) que le purpura est simplement un symptôme
de maladies diverses; ou rapprocher, comme il le fait, la ma-
ladie si spéciale, décrite par Werthof, «*un purpura dit rhuma-*
tismal, simple variété de l'espèce que nous étudions.

Les accidents qui accompagnent l'hémorrhagie cutanée
diffèrent par leur nature dans les différentes espèces.

Dans nos observations, on trouve soit des accidents intesti-
naux caractérisés par des coliques violentes et des vomisse-
ments bilieux; soit des œdèmes, œdèmes répétés, multiples
et très-variables de siège; soit en même temps ces deux ordres
d'accidents. Or ces troubles n'existent jamais dans les deux
autres espèces de purpura.

Au contraire, dans ces deux espèces, et surtout dans la
première, purpura primitif, on observe constamment dès le
début une altération grave des muqueuses, gencives, intesti-
tins, reins, poumons, etc., etc., par lesquelles se produisent
d'emblée des hémorrhagies graves et répétées; or, chez nos
malades les ecchymoses sont seulement cutanées, et dans les
trois ou quatre cas exceptionnels où l'on a observé une hémor-
rhagie muqueuse, cet accident tardif et limité à un organe,
par sa marche brusque et son peu de durée, est encore
entièrement spécial.

Les ecchymoses cutanées, seul symptôme commun à toutes
les espèces de purpura, suffiraient à elles seules pour les
distinguer. Dans nos observations, les poussées hémorrhagi-
ques survenant à des intervalles irréguliers se font toujours
brusquement, et elles sont complètes en moins d'une heure,
presque instantanément, comme l'indique Olivier: les taches
ont d'emblée leur étendue *maxima*. Au contraire, dans la
maladie de Werthof ou de Graves l'éruption se fait le plus
souvent lentement, progressivement; les ecchymoses augmen-
tent peu à peu de volume et l'on peut trouver sur le même
malade des taches correspondant à tous les degrés de la
résorption.

Il est vrai que dans quelques cas de purpura secondaire
l'hémorrhagie cutanée, dont la pathogénie peut du reste
varier comme la maladie initiale, paraît quelquefois précéder
par poussées, comme s'il y avait plusieurs complications suc-
cessives; mais même dans ces cas le diagnostic est facile par
l'état général, essentiellement différent dans les trois espèces
de purpura.

du jour fut voté. Cet ordre du jour, motivé par l'existence de
règlements de police non abrogés, remettait implicitement en
vigueur l'ordonnance de 1684, qui donne au lieutenant de
police un pouvoir discrétionnaire sur les prostituées. Ce droit
fut de nouveau confirmé, le 3 brumaire an IX (25 octobre
1800), par un arrêté qui mettait les maisons publiques sous
l'action du préfet de police. La législation nouvelle, loin
d'abroger par préterition les dispositions antérieures, les
consacre. Ce n'est pas seulement par la vertu d'un ordre du
jour qu'elles continuent à vivre; c'est par l'autorité d'un texte
législatif. L'article 484 du Code pénal dit, en effet: «*Dans*
toutes les matières qui n'ont pas été réglées par le présent
code, et qui sont régies par des lois et règlements particuliers,
les cours et tribunaux continueront de les observer. » La
prostitution rentre dans ces matières non spécifiées, et l'or-
ateur du gouvernement l'a dit explicitement.

Telles sont, Messieurs, les sources légales du droit de sur-

veillance et de répression de la prostitution, plus particuliè-
rement en ce qui concerne l'hygiène publique.

Cette appréciation est celle de la Cour de cassation, et, sous
ce rapport, la jurisprudence n'a pas varié. Dans les considé-
rants d'un arrêt rendu le 3 décembre 1847, le tribunal suprême
maintient que sous le rapport de la sécurité, de l'ordre et de
la morale, la prostitution «*rentre dans les objets confiés à la*
vigilance et à l'autorité des corps municipaux; qu'elle leur est
exclusivement attribuée par les dispositions des lois de 1790
et 1791. » Il précise davantage en déclarant que la prostitution
exige «*non-seulement des dispositions toutes spéciales dans*
l'intérêt de la sécurité, de l'ordre et de la morale, mais encore
des mesures particulières au point de vue de l'hygiène pu-
blique. » C'est là ce qui nous importe surtout: la Cour de
cassation reconnaît comme nécessaire et légale l'atteinte à la
liberté individuelle exercée sur la personne d'une prostituée
par le pouvoir municipal, en vue de préserver la santé pu-
blique. C'est la consécration absolue du droit de visite. L'un

Dans celle que nous étudions, le malade est atteint au milieu d'une santé parfaite, et cette santé reste excellente pendant la maladie, si bien que, comme le prouvent des observations de Laget, Buequoy, etc., et les nôtres, un individu peut avoir pendant trois, quatre mois de nombreuses poussées de purpura sans que son état soit aucunement modifié. Dans les cas où le purpura se complique d'œdèmes variés et d'accidents intestinaux, l'état général pendant toute la durée de la maladie reste souvent très-bon, comme aux obs. VII, XVIII; ou si d'autres fois le malade se trouve tardivement affaibli, cet affaiblissement s'explique par la répétition des vomissements et des coliques; il ne s'accompagne du reste ni de céphalalgie, ni de troubles intellectuels ou digestifs, et cesse, comme aux obs. I, XIII, dès que les accidents diminuent d'intensité.

Au contraire, dans le purpura secondaire l'hémorrhagie cutanée, liée à une lésion définie d'un organe hémato-poïétique, se produit presque toujours à la dernière période de l'affection, à la période cachectique, et cette complication est regardée comme un symptôme certain d'une altération profonde des organes et des humeurs.

Enfin, le purpura primitif, fébrile ou non, survient chez des malades déjà affaiblis; celui de M. Hayem était cuisinier et anémié. Précédée souvent de prodromes, courbature, impossibilité de travail, l'hémorrhagie s'accompagne toujours de symptômes d'adynamie rapide, avec perte des fonctions digestives et intellectuelles, et si la guérison ne se produit pas, la mort est certaine au bout de quelques jours.

Il est vrai que dans celles de nos observations où la mort est survenue, par exemple chez les malades de Stiedorf, de Wagner, on a pu observer tardivement quelques symptômes généraux propres à la maladie de Werlhof; mais ce fait même que ces symptômes, au lieu d'être primitifs et constants, sont survenus exceptionnellement et tardivement, vient à l'appui de la distinction que nous voulons établir.

En résumé, la confusion entre le purpura primitif étudié par Werlhof et Graves, et les observations rapportées plus haut, n'est possible que dans deux ordres de faits: dans les cas très-graves où l'on observe des symptômes généraux adynamiques, comme aux obs. X, XII, XVII, ou dans les cas où le purpura existe seul, comme à l'obs. XIX. Mais les cas pouvant devenir très-graves sont aussi ceux où existent toujours des accidents intestinaux et œdémateux entièrement spéciaux à l'espèce que nous étudions; et quant à ceux des malades qui ne présentent que des poussées de purpura, ils ne sauraient être confondus avec ceux de Werlhof, car leur état général reste excellent ou est à peine modifié pendant toute la durée de la maladie.

Il est vrai, nous voyons signalé une anémie légère aux obs. I, IX, XI, XIV; mais ce trouble peu marqué est évidem-

ment insuffisant pour expliquer directement les autres symptômes, d'autant plus qu'il n'a même pas été augmenté par l'évolution du purpura à l'obs. I. Nous ne pouvons non plus attacher aucune importance à l'hypertrophie de la glande thyroïde, observée seulement chez le malade de M. Villemain, quoique Virchow ait signalé cette lésion comme prédisposant au purpura.

Quant à la fièvre, dans celles de nos observations où elle existe elle est irrégulière, peu violente et passagère; sur le malade de M. Villemain les poussées fébriles, assez rares, n'ont en aucun rapport de temps avec les autres accidents, et cette fièvre inconstante, irrégulière, n'est nullement comparable à celle observée par Graves et Buequoy chez leurs malades.

Les cas rapportés plus haut, autant par la marche vraiment typique de l'éruption et des autres accidents que par les modifications de l'état général, se distinguent donc complètement des faits rassemblés sous le nom de *purpura hæmorrhagica primitif* et de *purpura cachectique*.

(A suivre.)

Pathologie externe.

DE LA CONSERVATION DU NERF SOUS-ORBITAIRE DANS LA RÉSECTION DE L'OS MAXILLAIRE SUPÉRIEUR, communication faite à l'Association française pour l'avancement des sciences dans la séance du 21 août 1876 (soir), par M. E. LÉTIÉVANT, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Messieurs, en demandant la parole à propos de la résection de l'os maxillaire supérieur, j'ai eu faire une communication utile au double point de vue scientifique et pratique.

M'inspirant de certaines idées nées de l'expérimentation physiologique, j'ai introduit une modification au procédé de résection de l'os maxillaire supérieur. Cette modification paraît confirmer sur l'homme ce que Longet avait observé sur les animaux.

De ses études comparatives des effets des sections nerveuses sur l'irritabilité des muscles, Longet avait conclu :

Que l'irritabilité musculaire est sous la dépendance des nerfs sensitifs (expériences sur la cinquième paire);

Que la section de ces nerfs amène la décoloration des muscles au bout de six ou sept semaines, et, après deux mois, la dégénérescence des muscles avec la perte de leur contractilité;

Que cette influence des nerfs sensitifs tient peut-être à la présence dans ces nerfs de fibres grises ou organiques (nous dirions aujourd'hui trophiques) qui s'allient si souvent aux nerfs de sensibilité;

Que les nerfs moteurs (facial ou autre) n'ont aucune influence sur la conservation de l'irritabilité musculaire, ear

des interprètes les plus autorisés de cette haute magistrature, M. Dupin, alors procureur général à la Cour de cassation, s'exprimait ainsi en 1859: « L'incarcération des filles est moins grave que la visite, et cependant nul ne conteste la légalité de cette dernière mesure. Lorsque les employés des douanes et ceux de l'octroi fouillent les voyageurs et mettent la main sur eux, ils portent, en quelque manière, atteinte à leur liberté, à leur personne, et cependant de telles mesures sont légales, parce qu'elles sont la conséquence forcée des choses... Au-dessous des peines proprement dites appliquées par les tribunaux de répression, il peut y avoir dans la matière dont il s'agit une série de mesures, comme l'incarcération et la visite des filles publiques, qui ne constituent que des moyens de police et qui peuvent résulter légalement de l'exercice du pouvoir discrétionnaire abandonné à l'administration, pouvoir que la police exerce librement sous les garanties constitutionnelles. »

Nous sommes donc maintenant en droit d'affirmer que la

surveillance corporelle, que la visite des prostituées, condition indispensable de tout essai d'hygiène publique appliquée à la prostitution, peut invoquer en sa faveur la logique, la tradition, la législation, la jurisprudence, le consentement unanime de la magistrature. Voyons maintenant ce qui a été fait par l'administration armée de ce droit légal.

En 1789, les filles arrêtées pour débauche publique ou pour tout autre scandale, étaient retenues d'abord dans les postes militaires et, de là, conduites à la salle Saint-Martin, ancien monastère devenu dépôt de police. Elles restaient là à la disposition du lieutenant général, et après la sentence rendue au Grand-Châtelet, transférées en charrette, escortées par des soldats, à la Salpêtrière, lieu de leur détention depuis Louis XIV. En 1790 le château de Vincennes remplaça la Salpêtrière; puis, en 1801, la prison de la Petite-Force devint leur lieu de réclusion, et au beson l'exécutant était versé dans la prison des Madelonnettes, qui remplaça définitivement la Petite-Force en 1820.

plusieurs mois après leur section on trouve encore le muscle coloré, ferme et obéissant aux moindres excitations galvanique, mécanique ou chimique.

S'il en est ainsi, le premier temps de l'opération de résection de l'os maxillaire supérieur, tel qu'on le pratique généralement, doit nous permettre de contrôler chez l'homme la réalité de ces affirmations; ce temps réalise, en effet, une des expériences de Longet sur les animaux : la section du nerf sous-orbitaire. En second lieu, si ces idées sont exactes, il y a lieu de modifier notablement ce premier temps de l'opération, si l'on veut en retirer tous les avantages que ces idées enseignent.

Dans tous les procédés décrits ou ne s'inquiète nullement de conserver les nerfs sensitifs qui vont aux muscles du masque facial. Si cependant ce sont eux qui y entretiennent l'irritabilité et la nutrition, n'est-il pas évident que leur conservation est des plus importantes? Vainement on conservera le nerf facial, comme on le fait dans plusieurs procédés : ce nerf moteur maintiendra la motilité un mois ou un mois et demi; à cette date il agira sur des muscles qui, privés de leurs nerfs sensitifs, se décolorent, vont dégénérer et perdre leur contractilité; dès le second mois le nerf facial ne commandera plus qu'à un appareil détruit et incapable de produire le mouvement.

D'après ces données, j'ai cherché à observer :

1° Ce que l'on obtient après l'opération de Gensoul faite sans conservation du nerf sensitif sous-orbitaire ;

2° Ce que la conservation de ce nerf, dans cette opération, permet de réaliser.

Sur ces deux points, je n'apporte que deux observations à étudier. Mon attention n'avait pas été jusqu'alors attirée d'une manière spéciale sur l'appareil moteur et sensitif de la face après l'opération de l'os maxillaire supérieur; aussi sur les nombreuses opérations de cette nature que j'ai faites ou observées dans ma pratique hospitalière depuis dix ans, les deux derniers faits seulement ont été l'objet d'études ayant trait à ce sujet. Je vais les relater brièvement (1).

Obs. I. Résection de l'os maxillaire supérieur sans conservation du nerf sous-orbitaire. — J.-B. G..., âgé de cinquante et un ans, cordonnier dans l'Isère, est actuellement dans mon service, salle Saint-Louis. Il a subi, il y a huit mois, la résection de l'os maxillaire supérieur droit. Cette résection fut faite pour un épithélioma de cet os ayant débuté par le rebord gingival pour envahir la voûte du palais du côté droit et tout l'os. L'incision pour la taille du lambeau suivit les sillons naturels de la lèvre supérieure, de l'aile du nez, s'élevant jusqu'à la partie interne de la base de la paupière inférieure pour se continuer alors transversalement en dehors jusqu'à la pommette. La dissection sépara de l'os un lambeau large en bon état; toutefois, le nerf sous-orbitaire fut coupé

(1) Je dois dire cependant que dès l'année 1864, dans un cours de médecine opératoire à l'École de médecine de Lyon, j'envisai pratiqué sur le cadavre ce procédé, que j'avais négligé depuis de mettre en usage sur le vivant.

On ne tarda pas à faire un triage parmi les prostituées arrêtées; à partir de 1802 les voleuses furent enfermées dans la maison de Saint-Lazare.

Ces diverses prisons, insuffisantes et mal disposées, rendaient tout traitement médical impossible ou illusoire; aussi était-on obligé d'envoyer celles de ces femmes qui étaient malades dans des hôpitaux ordinaires, à l'hôpital du Midi ou à la Pitié. De graves inconvénients résultaient de cette hospitalisation des détenues malades; la préfecture de police perdait toute action sur elles pendant la durée du traitement et restait responsable sans pouvoir exercer de surveillance; d'autre part, l'administration de l'Assistance publique se plaignait de l'insubordination de ces femmes, sur lesquelles elle ne pouvait exercer aucune action coercitive, et signalait l'inconvénient grave qu'il y avait à maintenir des malades aussi compromettantes en contact intime et permanent avec ses pensionnaires habituelles. En 1834, le conseil municipal donna satisfaction à ces plaintes légitimes en ordonnant la

dès qu'il se montra. La résection de l'os se fit à l'aide de la gouge et du maillet.

La guérison fut rapide, malgré l'apparition d'un érysipèle le sixième jour et qui cessa après cinq jours de durée. Le vingt et unième jour le malade quittait l'hôpital guéri, la joue insensible cependant, oedématisée encore et la paupière inférieure entraînée en léger ectropion par la cicatrice de l'incision transversale.

Voici ce que je constate au huitième mois de l'opération :

Comme motilité : la lèvre supérieure du côté droit ne peut s'élever activement; les muscles élévateur propre, élévateur commun, canin, paraissent sans action sur elle, aussi ce côté de la bouche se ferme sans force, le malade ne peut y produire les vibrations sonores qu'il exécute du côté opposé; s'il souffle la flamme d'une bougie, le souffle s'échappe de ce côté sans même la faire vaciller.

L'écroulement à travers la peau des muscles élévateur, canin, ne donne lieu à aucune contraction. Leur écroulement directe à l'aide d'épingles fines enfoncées dans leur épaisseur n'y détermine que des trépidations insignifiantes.

Comme sensibilité, les impressions légères de température ne sont pas perçues dans le département du sous-orbitaire; la piqûre jusqu'au sang y est peu douloureuse; les deux points de l'assès-troisième, écartés de 17 millimètres et souvent de 30 millimètres, n'y sont perçus que comme une seule pointe, tandis que du côté sans l'écroulement de 13 à 15 millimètres est toujours distingué.

Comme altération de forme : l'ectropion est plus accusé à la paupière inférieure qu'antérieurement; la joue est plus tassée, moins haute que celle du côté opposé; l'hiatus de la voûte palatine persiste long de 3 centimètres, large de 2, limité par des bords rouges douloureux, indice de récidive.

Dans le masque facial de ce malade tout avait été conservé : appareil moteur, nerf moteur, tout, sauf un seul nerf : le nerf sensitif sous-orbitaire. Eh bien, que donne l'excitation venue par le nerf facial aux muscles élévateurs et canin? Rien. Les excitations galvaniques ne produisent pas plus d'effet. Ces muscles ont perdu entièrement leur irritabilité, absolument comme les muscles des animaux expérimentés de Longet, ils ont perdu tout leur rôle dans l'expression du visage; en perdant cette propriété motrice la joue a perdu aussi la sensibilité, elle a subi des altérations de forme.

Mettions en parallèle avec ce fait cette autre observation dans laquelle l'opération a été pratiquée dans le but de rechercher par la conservation des nerfs sensitifs sous-orbitaires tous les avantages qui en découlent. Quelle différence dans les résultats! Motilité, sensibilité, forme même, tout est cette fois à l'état de perfection.

Mais avant de relater ce fait je vais exposer comment se pratique la conservation du nerf sous-orbitaire dans le premier temps de la résection de l'os maxillaire. Ce n'est point une complication apportée au procédé opératoire; elle peut se faire aisément; elle n'allonge cette opération que d'une minute environ.

Procédé opératoire. — Le malade étant anesthésié, on pratique (premier temps) une incision partant de 15 millimètres au-dessous de l'angle interne de l'œil, suivant le sillon

transformation en hôpital de la maison de refuge de la rue de Lourcine et la création d'une infirmerie à la prison de Saint-Lazare. Dès le commencement de l'année 1836 cette double amélioration était réalisée.

Ces institutions nouvelles rendaient possible et facile le traitement des prostituées arrêtées pour crimes ou délits ou pour de simples contraventions; c'était un avantage au point de vue de l'hygiène publique : on les guérissait avant de leur rendre la liberté; on pouvait ensuite leur permettre de se livrer de nouveau à leur profession sans mettre la santé publique en péril. C'était une mesure excellente, indispensable, mais tout à la fois trop restreinte et trop tardive. Ce qu'il fallait, c'était de constater régulièrement l'état de santé de toutes les prostituées et non exclusivement de celles qu'un accident amenait en prison; c'était de guérir rapidement toute prostituée malade et de la mettre pendant toute la durée du traitement dans l'impossibilité de nuire. On n'est arrivé que gra-

géo-nasal, contourant l'aile du nez dans son sillon de séparation avec la joue, gagnant horizontalement sous la narine le sillon médian de la lèvre supérieure, qu'elle divise ensuite verticalement dans toute sa hauteur et dans toute son épaisseur à ce niveau; cette incision contournée à pour but, comme on le sait, de dissimuler la cicatrice future dans le fond des sillons naturels. La moitié de la lèvre supérieure du côté où doit se faire l'ablation osseuse est alors saisie, portée en dehors et rapidement séparée par dissection de la face antérieure de l'os maxillaire. On arrête la dissection de ce lambeau en haut sur le rebord orbitaire, au niveau du canal sous-orbitaire, dès que l'on aperçoit le nerf sous-orbitaire à la sortie de son canal.

Alors (deuxième temps), un crochet mousse tirant sur le lambeau et maintenant à découvert le lieu du rebord orbitaire correspondant au nerf, le chirurgien taille, à l'aide du ciseau et du maillet, et à petits coups, une encochure triangulaire correspondant exactement par son sommet au canal sous-orbitaire; ce canal se trouve alors ouvert dans sa paroi supérieure et antérieure. On achève, à l'aide de pinces, l'ablation de toute la paroi supérieure du même canal dans le plancher de l'orbite, comme dans mon procédé de névrotomie du sous-orbitaire. Le nerf est alors à nu dans son canal osseux; il est facile de l'en extraire à l'aide d'un crochet: il vient alors, avec son artère satellite, s'appliquer à la face profonde du lambeau génien, qu'un aide maintient écarté.

Troisième temps. — L'encoche faite au rebord orbitaire invite l'opérateur à tailler, à l'aide du ciseau, sur la lèvre interne de cette encoche, une aiguille osseuse comprenant ce rebord orbitaire, qui est généralement sain, et se continuant avec la base de l'apophyse montante, intacte aussi le plus souvent. On taille de même sur la lèvre externe de l'encoche une deuxième aiguille osseuse comprenant cette fois la portion malaire du rebord orbitaire et se continuant avec le reste de l'os malaire. Puis on achève, toujours à l'aide de la gouge et du maillet, la séparation du maxillaire d'avec l'os malaire resté sain. Si l'on est assez heureux alors pour sauver dans la section osseuse palatine une ou deux incisives du côté opéré, on aura conservé avec ces incisives et les deux aiguilles osseuses taillées précédemment, trois points solides destinés à servir comme de trépied, de support, au lambeau jugal et à l'empêcher de s'affaisser.

Les derniers temps de l'opération se font comme dans les procédés ordinaires.

Tel est le mode opératoire que j'ai mis en application sur la malade qui fait l'objet de ma deuxième observation.

ONS. II. Résection de l'os maxillaire supérieur; conservation du nerf sous-orbitaire. — Marie R..., de la Haute-Loire, institutrice en Savoie, âgée de quarante-cinq ans, entre dans mon service à Saint-Paul, lit n° 48, le 7 septembre 1874.

Depuis trois mois elle porte une tumeur à la mâchoire supérieure du côté droit. Petite d'abord, cette tumeur, qui avait débuté par le rebord alvéolaire, avait envahi successivement la voûte palatine et le sinus de l'os maxillaire sans occasionner de vives douleurs.

Au 7 septembre 1874, cette tumeur formait à la joue une saillie arrondie, sans altération des parties molles: elle était de consistance résistante, élastique, sans bruit parcheminé. Dans la bouche elle formait une saillie cylindroïde occupant la région latérale droite de la voûte palatine et l'arcade dentaire de ce côté jusque vers le niveau de la canine. Le bord de l'arcade dentaire était, au niveau de la tumeur, fongueux, rougeâtre, et ne portait plus que trois molaires espacées les unes des autres. La tumeur était indolente, ne s'accompagnait pas d'adénite et n'avait en rien influencé l'état général de la malade.

La disposition de ce sarcome, ses limites très-nettes, sa non adhérence aux parties molles de la joue m'encourageaient à appliquer pour l'extirper le procédé que je viens de décrire.

La malade fut anesthésiée par l'éther le 7 septembre 1874. Je fis l'incision du lambeau comme je l'ai décrit; je disséchai le lambeau jugal en rasant l'os, sans toutefois lui emprunter du périoste; je taillai l'encoche du rebord orbitaire et mis à découvert le nerf sous-orbitaire dans toute l'étendue de son canal; je l'en dégagai pour l'appliquer à la face profonde du lambeau génien. Je taillai de même les deux aiguilles osseuses du rebord orbitaire en séparant l'apophyse montante du corps de l'os maxillaire d'une part, et d'autre part en séparant l'os malaire de l'os maxillaire. Passant alors au bord alvéolaire et à la voûte palatine, je pratiquai, toujours à la gouge, une section suivant le bord droit de la deuxième incisive, allant, dans la direction de la ligne de séparation de l'os incisif avec le maxillaire, jusqu'au canal palatin antérieur. Là la section osseuse, changée de direction, fut conduite en ligne droite en arrière, séparant les deux apophyses palatines jusqu'au bord adhérent du voile du palais; puis je fis rapidement, à l'aide du bistouri, la section du voile du palais à son bord adhérent, de dedans en dehors, jusqu'au voisinage de l'apophyse ptérygoïdienne. A ce moment, ayant saisi le maxillaire à l'aide de pinces dentées, je l'abaissai brusquement, rompanz ses adhérences avec l'apophyse ptérygoïdienne et l'extirpant en lui imprimant un mouvement de torsion. La tumeur enlevée, le lambeau jugal fut rabattu, les trois supports osseux le maintinrent soulevé. Des points de suture entortillée réunirent les lèvres de ce plaie dans toute son étendue, et la malade fut emportée à son lit.

Les jours qui suivirent, la malade éprouva quelques douleurs assez vives au siège de l'opération, mais elle n'eut pas de fièvre; les douleurs cessèrent le troisième jour. Aucun accident ne survint. La réunion immédiate se fit sur toute la longueur de la plaie.

Le 26 septembre 1874, dix-neuvième jour de l'opération, la malade quittait l'Hôtel-Dieu en très-bon état. La sensibilité au tact et à la douleur était très-développée dans le lambeau; la cicatrice était linéaire, la voûte palatine remplacée par un hiatus large à la place libre de l'os du maxillaire supérieur.

Treize mois plus tard je revis cette malade (octobre 1875). Tout sur sa face, au point de vue de la vie, de l'expression, du jeu de la physionomie, paraissait à l'état naturel; l'étude analytique m'en donna du reste la démonstration. La mobilité des lèvres était parfaite; tous les muscles de la face se contractaient: élévateurs, canin, zygomatiques, pyramidal, etc.; il n'y avait, en cherchant bien,

duellement à l'adoption de ces mesures d'hygiène réellement préventive; les premières tentatives remontent au siècle dernier.

D^r BOUCHARD,

Agrégé de la Faculté de Paris.

(A suivre.)

LA CRÉMATION SUR LES CHAMPS DE BATAILLE. — En 1874, M. le docteur Kuborn, membre de l'Académie royale de médecine de Belgique, a publié les plans d'un foyer destiné à réaliser le projet d'incinérer les animaux destinés à être enfoncés pour cause de maladies contagieuses. L'auteur va produire un second appareil, modification du premier, offrant les avantages suivants: 1° incinération d'un boeuf en soixante-cinq minutes, taux maximum de température; 2° incinération de dix cadavres à la fois en moins de temps; 3° aucun gaz ne se dégage à l'extérieur; 4° appareil mobile pouvant se transporter à la suite des voitures d'ambulance à l'aide d'un seul cheval et mis en activité en vingt-cinq minutes.

L'appareil figurera dans peu de jours à l'exposition d'hygiène et de sauvetage.

LA CRÉMATION DES MORTS EN ALLEMAGNE. — Le 12 de ce mois les autorités municipales de Gotha ont autorisé l'incinération facultative dans leur ressort, et accepté la somme de 15000 marks mise à leur disposition par la Société locale pour l'incinération des cadavres, à l'effet de faire construire dans le cimetière un appareil *ad hoc*, établi d'après la méthode Siemens.

Les mêmes autorités ont ensuite adopté un règlement applicable aux nouvelles funérailles; ce règlement a été approuvé par le gouvernement. Il porte notamment que l'incinération n'aura lieu qu'après la volonté bien constatée du défunt ou de ses proches, et après que le médecin des morts aura constaté qu'aucun crime n'a été commis. En outre, la police locale devra s'assurer que les cendres seront traitées avec piété. Elles devront être, après l'incinération, recueillies dans une urne qui sera remise aux parents du défunt, ou conservées, par les soins des autorités, dans une dépendance spéciale du cimetière.

Les partisans de l'incinération sauront donc désormais où ils pourront faire traiter leur déponille conformément à leur désir.

que deux petits faisceaux musculaires qui n'obéissaient pas à la volonté : le myrtiliforme et la petite portion élévatrice de l'aile du nez ; tous deux, par la confection du lambeau, avaient été séparés d'avec les nerfs de la face, mais ils sont si petits, leur rôle est si peu appréciable, puisqu'ils n'entrent en jeu que dans le cas de dilatation ou de resserrement de la narine, que leur perte était pour ainsi dire imperceptible.

La sensibilité dans la joue droite offrait les caractères les plus normaux : à la douleur, à la température, elle existait comme du côté opposé ; au tact, il faut 7 millimètres d'écart aux deux points de l'asthésiomètre pour donner une sensation double sur cette joue comme sur l'autre ; à 6 millimètres 1/2 les deux points sont perçus comme une seule sur les deux joues également. Si l'on exerce une pression, la malade accuse une légère différence dans l'intensité de la perception, ce que j'explique par l'absence de filets gingivaux des nerfs dentaires, sacrifiés avec l'os maxillaire, et qui, ne soutenant plus la joue, n'en appréciaient plus le refoulement.

La régularité de la forme du visage et la constitution de la joue n'étaient pas moins remarquables : à peine notait-on, à un examen minutieux, un peu plus de rondeur de la joue.

Mais ce qui me frappa le plus ce fut l'existence d'une masse fibreuse considérable représentant l'os maxillaire absent et le remplaçant ; c'est elle qui tenait la joue soulevée et arrondie, qui cambrait l'encoche triangulaire taillée sur le rebord orbitaire ; on pouvait apprécier nettement sur ce rebord la persistance des deux aiguilles osseuses, que réunissait une traînée fibreuse complétant ce rebord et lui donnant une apparence normale.

C'est encore cette masse fibreuse qui avait rempli complètement le vaste vide laissé par l'extirpation de l'os ; là elle s'était disposée suivant la forme de la voûte palatine, qu'elle prolongeait et complétait ; elle se présentait sous l'aspect d'une surface lisse, blanche, sur son même niveau que la voûte du côté sain. Sur son bord interne cette masse se confondait exactement avec le bord de l'apophyse palatine gauche ; sur son bord externe elle se fixait à la joue perpendiculairement ; par son bord postérieur elle donnait insertion au bord antérieur du voile du palais, qui s'y mouvait normalement ; en avant, elle prolongeait la voûte jusqu'au niveau de l'os incisif. Cette voûte de nouvelle formation permettait l'accomplissement de tous les actes buccaux.

Je suis loin de vouloir supposer qu'il faille accorder quelque influence au nerf sensitif sous-orbitaire dans la production et la disposition si heureuse de cette masse fibreuse nouvelle ; je me borne à constater que la forme et la constitution de la joue ne le cèdent presque pas à la sensibilité et la mobilité de cette partie comme perfection.

Tels sont, messieurs, les deux faits que je tenais à signaler, moins dans la pensée de juger la question scientifique que je soulevais en commençant cette communication que comme point de départ pour des observations nouvelles sur ce sujet.

Je les signale surtout dans le but d'être utile aux malades qui devront subir ultérieurement la résection de l'os maxillaire supérieur, car je pose en principe que lorsqu'un mal local, de la face surtout, est assez circonscrit pour permettre de réaliser toutes les conditions qui laissent le patient au sortir des mains du chirurgien dans l'état presque normal, on se rapproche de l'idéal en chirurgie.

Pathologie Interne.

CONTRIBUTION A L'HISTOIRE DU GOÏTRE EXOPHTHALMIQUE ; COEXISTENCE D'ACCIDENTS CHORÉIQUES ; mémoire lu à l'Association française pour l'avancement des sciences (séance du 25 août 1876), par M. A. GAGNON, professeur à l'École préparatoire de médecine de Clermont-Ferrand.

Le goître exophtalmique ou maladie de Graves a été décrit en 1835 par cet auteur qui, le premier, a réuni plusieurs faits observés par lui-même ou empruntés à la pratique de Stokes et de Pary. Déjà Desault et Boyer, sous la dénomination de *goître en dedans*, avaient entrevu une affection présentant quelque analogie avec le goître exophtalmique. Basedow, en 1840, a déterminé d'une manière plus précise les caractères essentiels de cette affection en insistant sur la triple coïncidence d'une maladie du cœur, d'un goître et d'une

exophtalmie. Signalée simplement par la plupart des ophthalmologistes, Mackenzie, Sichel et Desmarres entre autres, la première observation complète de cette maladie publiée en France est due au professeur Charcot (1856). A la suite d'une communication faite par Aran à l'Académie de médecine (1860), Trousseau fit un rapport dans lequel il décrit plus exactement la maladie dont il traite ensuite à diverses reprises dans ses leçons cliniques. Peu de temps après, M. le professeur Teissier (de Lyon), dans un mémoire publié en 1863, relata de nombreux faits observés qu'il avait, fournissant ainsi de nouvelles bases à l'étude de cette affection relativement rare, et dont la description plus récente encore, due à M. Luton, fait que son existence comme entité morbide est aujourd'hui admise par le plus grand nombre de pathologistes.

Tous ces divers auteurs, auxquels nous devons la connaissance du goître exophtalmique, ne l'ont observé qu'après la puberté. Tous s'accordent à déterminer sa plus grande fréquence entre vingt et cinquante ans, quoique des faits encore assez nombreux aient été observés après cet âge. Les pathologistes ont fait connaître les liens qui unissent la maladie de Graves à l'anémie, à l'hystérie, voire même à l'angine de poitrine, mais aucun d'eux n'a étudié le goître exophtalmique dans ses rapports avec la chorée.

Parmi les quelques observations de goître exophtalmique qu'il m'a été donné de recueillir jusqu'à ce jour, deux faits m'ont paru offrir plus spécialement de l'intérêt ; ils se rapportent à deux jeunes filles, l'une de huit et l'autre de douze ans, chez lesquelles j'ai observé la coexistence du goître exophtalmique et de la chorée.

Obs. I. — Le 4 mars 1871, je reçois dans mon cabinet une petite fille de huit ans, de Puy-Guillaume (Puy-de-Dôme), indigente, mal nourrie, d'une constitution très-débilée. Je constate aussitôt, chez cette enfant, la triade symptomatique du goître exophtalmique en même temps que les symptômes de la chorée. Les battements du cœur sont extrêmement fréquents ; la glande thyroïde est un peu hypertrophiée, sans prédominance d'aucun des deux lobes. Je constate un double *exorbismus* très-prononcé des deux côtés, les paupières ne se rapprochent ni pendant le sommeil ni pendant la veille ; il existe une double kératite avec ulcération de la cornée droite.

J'observe des mouvements saccadés de la tête et du tronc étendus et fréquents ; la préhension et la marche présentent une très-grande difficulté dans leur exécution ; l'amaigrissement est prononcé.

La personne qui accompagne la malade déclare que la saillie des yeux remonte à trois mois environ, qu'elle a été progressive et que les mouvements irréguliers sont beaucoup plus récents. Je prescris le sirop de digitale, une préparation arsénicale et un régime tonique non excitant.

Le 29 mars, vingt-cinq jours après l'institution du traitement, j'apprends que les mouvements désordonnés des membres thoraciques et pelviens sont beaucoup moins étendus et qu'ils sont plus rares ; que la saillie des yeux est moindre, mais que l'état de faiblesse de l'enfant ne permet pas son transport. Depuis cette époque je n'avais plus entendu parler de la malade, et j'ai appris tout récemment qu'elle avait succombé.

Obs. II. — Je suis appelé, à la fin d'octobre 1875, à donner mes soins à mademoiselle X..., de Clermont-Ferrand, âgée de douze ans, non réglée, d'un tempérament essentiellement nerveux, ne présentant rien de particulier à noter au point de vue de l'hérédité, n'ayant jamais été atteinte de rhumatisme. Depuis environ un mois l'amaigrissement est devenu très-notable ; le caractère a changé brusquement ; d'égal et sensible qu'il était il est devenu volontaire, bizarre et indifférent. A sa pension, l'enfant ne prend plus part aux jeux tant elle éprouve de vives palpitations de cœur.

À l'examen, je constate de violents battements ayant leur siège à la région cardiaque, la pointe du cœur bat dans le quatrième espace intercostal ; il n'y a pas la moindre voussure ; la percussion fournit de matité absolue que dans une étendue de 4 centimètres carrés environ. Il n'existe pas de bruit de souffle, les claquements valvulaires sont très-secs et très-sonores, les battements carotidiens plus forts qu'à l'état normal. Poids, 130 ; température, 39.

La glande thyroïde est sensiblement hypertrophiée, son lobe

droit est plus saillant; elle présente dans la presque totalité de sa surface un mouvement d'expansion, et on y perçoit à l'auscultation un léger bruit de souffle intermittent. La voix, faible, présente un certain degré de rauçité.

Les yeux forment un grand cercle blanc autour de la cornée, et à l'aide d'un jeu d'attention ou distingue l'insertion des muscles droits. Je remarque un léger épiphora. L'acuité visuelle est normale; la saillie du globe oculaire empêche l'occlusion complète des paupières; l'écartement entre leurs bords libres est de 3 millimètres environ. Cet écartement est plus prononcé pendant le sommeil.

La malade est en proie à une dyspnée habituelle; son appétit est irrégulier, parfois exagéré; souvent il survient de la diarrhée sans qu'il soit possible de l'attribuer à l'alimentation.

Je conseille la digitale, le bromure de potassium et quelques exercices hydrothérapiques de courte durée; la viande crue, un régime non excitant.

Dès cette époque, j'observe régulièrement la marche de la maladie; le traitement institué est suivi pendant deux mois consécutifs, sans quelques courtes interruptions. L'état de la malade pendant cette période n'est pas sensiblement modifié; la dyspnée persiste au même degré; les battements du cœur sont moins violents, mais ils augmentent de fréquence. Pendant le mois de décembre, le pouls se maintient à 140.

Dès les premiers jours de janvier 1876 apparaissent les premiers symptômes de la chorée. Je constate d'abord quelques mouvements irréguliers des doigts; bientôt les membres thoraciques et pelviens s'agitent. La jeune fille reste difficilement en place sur le banc de sa classe, elle laisse échapper les objets, ne peut plus faire ses devoirs et devient une cause de distraction pour ses compagnes. En la plaçant dans la station verticale, j'observe diverses inclinaisons du cou et de la tête, les sourcils se rapprochent ou s'écartent, les yeux sont le siège de quelques mouvements irréguliers. La généralisation des phénomènes choréiques, après quelques jours d'observation, est plus évidente encore: quelques mouvements irréguliers de l'épaulé gauche sont constatés, la force de contraction du bras gauche est notablement affaiblie. Les battements du cœur augmentent de fréquence même au moment du repos absolu. Le pouls est à 150. Je prescriis une préparation arsenicale et le sirop de digitale à la dose de deux cuillères à soupe.

Sous l'influence de cette médication, les symptômes de la chorée diminuent progressivement. En Mars, c'est-à-dire deux mois et demi après le début de la danse de Saint-Guy, les mouvements irréguliers ont entièrement disparu; mais la fréquence des battements du cœur est la même. Pendant les mois qui suivent la disparition de la chorée, la triade symptomatique du goitre exophthalmique n'a pas cessé de présenter la même intensité. L'amaiçrissement est de plus en plus prononcé. Quelques crises surviennent, pendant lesquelles il y a menace d'asphyxie, la dyspnée étant encore plus forte et l'hématoxe très-incomplète. Les divers troubles de la circulation sont momentanément modérés par l'action des douches froides.

Les deux observations qui précèdent présentent un double intérêt, en ce qu'elles prouvent: 1° que le goitre exophthalmique peut être observé avant l'âge de la puberté (huit et douze ans); 2° que la chorée généralisée peut se rencontrer pendant le cours de la maladie de Graves et compliquer cette affection.

Chez la jeune fille de douze ans la chorée survenue pendant le cours de la maladie ne peut être attribuée au principe rhumatismal, cause invoquée par M. Sée comme étant très-fréquente.

Ne serait-il pas rationnel, dans cette circonstance, d'assimiler la chorée, au point de vue étiologique, à un phénomène réflexe? Cette opinion vient à l'appui de celle émise en 1865 par Cyon qui établit, dans les diverses divisions de la chorée, un troisième genre auquel il donne le nom de chorée réflexe pouvant être simplement cardiaque ou pouvant provenir de troubles utéro-ovariens.

De son côté, Spitznüller est porté à penser que la chorée cardiaque existe. Enfin, en 1868, M. Henry Roger démontra, par des faits, que l'existence de la chorée cardiaque ne peut plus être mise en doute.

Déjà Trousseau, dans ses cliniques sur le goitre exophthal-

mique, rapporte un fait se rapprochant des deux qui précèdent, au point de vue de la chorée cardiaque, mais en différant essentiellement par l'absence des symptômes choréiques généralisés.

Les deux observations relatives, tout en aidant à démontrer l'existence d'une chorée réflexe généralisée, ajoutent un symptôme nouveau et exceptionnel à l'histoire du goitre exophthalmique.

CORRESPONDANCE

A propos du *Silphium*.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Je suis engagé par le bruit qui se fait autour du *Silphium*, et par le résumé que donne la GAZETTE HEBDOMADAIRE du 22 septembre d'un article publié par M. Stanislas Martin dans le BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE du 15 juillet 1876, à vous adresser quelques réflexions à ce sujet.

Sans vouloir jurer tous les détails d'une correspondance qui n'a peut-être pas partout l'allure d'une polémique exclusivement scientifique, j'ai pensé pouvoir appeler votre attention sur quelques-uns des points en litige, bien que je n'apporte aucune solution nouvelle.

Savoir si le *Silphium* de Laval est le même que le fameux *Silphium* des anciens, c'est un problème d'archéologie botanique dans lequel je n'ai aucune compétence.

Déterminer si le *Silphium cyrenaicum* de Laval (*Thapsia cyrenaicum* de Viviani) est ou non identique avec le *Thapsia gargarica* est une étude de botanique que je ne trancherai pas. Cependant, je ferai remarquer que l'objection avait été faite à Laval, avant son troisième voyage en Cyrénaïque, au début duquel il mourut victime de son dévouement, en donnant ses soins aux pestiférés. Il paraît donc a priori que la différence entre les deux plantes peut se faire, et je crois savoir que Laval la fondait, non pas seulement sur la différence des racines, comme M. Derode (*Le Silphium cyrenaicum* par un explorateur de la Cyrénaïque, Paris, 1875), mais sur l'examen attentif des stries de la graine.

Au point de vue pratique, il y aurait cependant quelque intérêt à savoir si le *Silphium* des granules de MM. Derode et Delfès est de même nature que celui qui a été rapporté par Laval à son second voyage, surtout si l'on pouvait affirmer que le *Silphium cyrenaicum* n'est pas le *Thapsia gargarica*.

M. Lecerf, pharmacien de 1^{re} classe, pharmacien aide-major à l'hôpital militaire de Belfort, a mis entre mes mains de l'extrait aqueux de *Silphium* préparé par lui à Valenciennes, en 1873, sous les yeux de Laval, avec des plantes fournies par Laval lui-même. Cet extrait, semblable à celui qui fut envoyé à l'Académie de médecine, en 1874, a servi de base au mémoire présenté à l'Académie cette même année, et M. Lecerf, qui fut à cette époque le préparateur ordinaire de Laval, a bien voulu nous remettre la note suivante: « Le *Silphium* de Laval est une ombellifère dont les racines, les liges et les semences peuvent fournir des extraits avec l'eau et l'alcool dans les proportions suivantes :

	Racines.	Tiges.	Semences.
Extrait aqueux	15,5 p. 100	18 p. 100	16 p. 100
Extrait avec alcool à 20 degrés	1,5 —	2,5 —	0,5 —
Extrait avec alcool à 60 degrés	1,5 —	2 —	2,5 —
Extrait avec alcool à 85 degrés	2,5 —	3,5 —	2 —

» L'extrait aqueux est d'un brun marron, il est entièrement soluble dans l'eau distillée, sa saveur est franchement amère, sans que cette amertume soit persistante. L'extrait laisse dans la bouche un arrière-goût aromatique. Il est le seul facilement toléré par les malades, et c'est pour obvier aux inconvénients des autres extraits que je le préparai pour la première fois en septembre 1873. Depuis cette époque, il a exclusivement servi aux observations et expériences de Laval.

» Les extraits obtenus à l'aide de l'alcool à 20 degrés et à 60 degrés ne semblent pas différer entre eux. Ils sont d'un brun noir, leur saveur est amère et chaude, et laisse à la bouche un

arrière-goût brûlant. Ces extraits, légèrement purgatifs, se trouvaient en petites proportions dans l'extrait qu'employait Laval avant le mois de septembre 1873, et rendaient le médicament intolérable après quelques jours d'usage. Ces extraits semblent être un mélange, en proportions différentes, de l'extrait aqueux et de la résine que contient la plante.

» L'extrait que donne l'alcool à 85 degrés est d'un brun jaunâtre ; il est composé en grande partie d'une résine analogue à celle du *Thapsia garganica*. La solution alcoolique de cet extrait donne avec l'eau un abondant précipité de résine qui, dissoute et précipitée à plusieurs reprises, est d'un blanc jaunâtre, de consistance molle et ressemblant beaucoup à la résine élémi, dont elle diffère, cependant, par son odeur acre et vireuse. Prise à l'intérieur, elle agit comme drastique. Elle a la propriété de faire naître des pustules quand on l'applique sur la peau saine et d'être sans action quand elle est en contact avec des parties contusionnées.

Peut-être cette analyse pourra-t-elle être de quelque utilité dans l'étude du *Silphium cyrenaicum*.

Mais ce qui aurait le plus d'importance, ce serait de déterminer la valeur thérapeutique du *Silphium* de Laval dans les maladies de poitrine et particulièrement dans la tuberculose. Le *Silphium cyrenaicum* a-t-il, comme le pensait Laval, la propriété d'arrêter l'envahissement des tubercules ?

J'ai eu occasion en quelques mois de donner mes soins à 34 hommes, âgés de vingt et un à vingt-six ans, atteints de tuberculose pulmonaire aiguë ou chronique : dix-huit fois j'ai administré l'huile de morue, huit fois j'ai donné l'arsenic et huit fois l'extrait aqueux de *Silphium* préparé par M. Lecerf, à la dose de 0,05 à 0,25, tout en faisant dans chaque catégorie de malades la thérapeutique des symptômes (toux, hémoptysies, etc.), et le traitement hygiénique que comporte une salle d'hôpital. Les malades soumis au *Silphium* ont, du reste, été choisis par le seul hasard des entrées. Il m'a paru, d'une façon générale, que les résultats obtenus ont été sensiblement les mêmes dans les trois manières d'agir. Il est juste de remarquer que, si un de nos malades entré mourant et traité par le *Silphium* est sorti amélioré, il n'a pas tardé à succomber dans sa famille peu de temps après qu'il eût quitté l'hôpital. Un autre, au cours du traitement par le *Silphium*, a été pris d'une poussée aiguë de tubercules qui l'enleva en quelques jours. Sans vouloir rien conclure d'une indication aussi sommaire de faits qui demanderaient à être étudiés dans leurs détails, ils prouvent cependant que, quoi qu'en disent les ardens admirateurs du *Silphium*, ce médicament n'est pas *infaillible*. Qu'on puisse l'utiliser dans le traitement de la phthisie, au même titre peut-être que l'arsenic, je suis porté à le croire, et les quelques faits que j'ai observés m'engagent même à penser que chez les phthisiques il a une action thérapeutique, locale et générale, analogue à celle de l'arsenic.

Il n'est pas à craindre que les praticiens se laissent envahir par un engouement irrésistible pour le *Silphium*, mais le public extra-médical subit parfois des entraînements dangereux, surtout lorsque la substance en vogue peut ne pas être inoffensive, et c'est précisément parce que l'extrait aqueux du *Silphium* de Laval paraît être acif qu'il m'a paru opportun de mettre sous vos yeux ces documents quelque incomplets qu'ils soient. Ma bonne volonté sera, j'ose l'espérer, l'excuse de la longueur de ma lettre.

Veuillez agréer, etc.

D^r C. VIRY,
Médecin-major.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 18 SEPTEMBRE 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

Eaux minérales. — M. E. Duchemin adresse une note relative à l'emploi de l'acide carbonique pour la conservation de certaines eaux minérales naturelles à base de crémate de fer. (Commissaires : MM. Boussingault, Peligot.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 26 SEPTEMBRE 1876. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. le ministre de l'instruction publique adresse à l'Académie une lettre par laquelle il donne son entière approbation à la nomination de M. Poggiale comme titulaire.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie des échantillons et des notes relatives à l'exploitation des eaux d'Uriage. (Commission des eaux minérales.)

L'Académie reçoit : a. Une lettre de candidature de M. le docteur Casin (de Boulogne) au titre de membre correspondant national. — b. De la part de M. le docteur Lefevre, une brochure sur les diarrhées.

INSUFFLATION CHEZ LES NOUVEAU-NÉS. — M. Depaul rappelle que l'emploi du spéculum laryngien de M. le docteur Laboriette facilite beaucoup l'insufflation chez les nouveau-nés. D'après le rapport fait à l'Académie en 1865, le spéculum laryngien rend particulièrement sûr et rapide le cathétérisme de la trachée en permettant à l'œil de suivre l'extrémité de la sonde jusque dans l'orifice supérieur du larynx. Il peut par conséquent être utile dans l'administration des secours aux noyés et asphyxiés.

L'utilité de ce spéculum est d'autant plus grande que le contact d'un instrument avec la muqueuse du larynx et les cordes vocales suffit quelquefois pour amener des contractions de tout l'appareil respiratoire.

LE SPIROPHORE. — M. Piorry réfute quelques-uns des arguments présentés en faveur de cet instrument. Il remercie d'abord M. Woillez d'avoir rappelé ses travaux sur les asphyxiés ; malheureusement l'estime qu'on veut bien leur porter n'est pas aussi unanime qu'on le pense, car s'il en était ainsi il ne serait pas tous les jours témoin de l'oubli qu'on fait en pratique et de l'utilité de l'hyperpnésie pour remédier à la dilatation du cœur, à la pneumonie, à la pneumonie, au refoulement du diaphragme de bas en haut, à l'accumulation des mucosités, des crachats, du sang et des autres liquides, de l'écumé dans les voies de l'air, aux pneumorrhémies et à plusieurs causes matérielles d'hypo ou d'anoxémie. Il espère que la présente discussion appellera de nouveau l'attention sur les termes dont l'emploi est si négligé.

Revenant au spirophore, M. Piorry rappelle qu'il n'a pas condamné complètement l'usage de cet instrument. Tous les faits cadavériques, toutes les recherches plessimétriques le conduisent à croire que dans les cas précités le spirophore serait d'une grande utilité ; seulement il faut ajouter que, s'il y a des caillots déjà volumineux formés dans le cœur, il y a lieu de croire, comme M. Colin, que tous les moyens seraient insuffisants pour rappeler un submergé ou tout autre anoxémié à la vie.

M. Piorry termine son discours en disant qu'un examen plessimétrique très-attentif, qui permettrait de constater exactement le volume des diverses parties du cœur et donnerait des notions sur l'état de dilatation de ces parties, ainsi que sur les dimensions qu'elles peuvent présenter, serait d'une grande utilité dans l'application du *spirophorisme*.

NOTE SUR LES MOUVEMENTS DE FLEXION ET D'EXTENSION DE LA COLONNE VERTÉBRALE. — M. J. Guérin consacre un long mémoire dont il n'a lu que la première partie à la démonstration des faits suivants : 1° il existe des mouvements spéciaux de flexion et d'inclinaison latérales de la colonne vertébrale qui n'avaient pas encore été déterminés jusqu'ici ; 2° à ces mouvements de flexion et d'inclinaison correspondent des dispositions articulaires spéciales et des moteurs spéciaux ; 3° ces mouvements spéciaux de flexion et d'inclinaison latérales deviennent, sous l'influence de certaines causes, le point de départ et les premiers phénomènes d'une classe entière de déviations latérales, par conséquent une des sources principales de leurs caractères anatomiques.

La première partie du mémoire de M. J. Guérin qui a été

lue dans cette séance traite des phénomènes physiologiques. Les mouvements latéraux de la colonne observés dans leur phénoménalité tout expérimentale, sans considération aucune des conditions articulaires ni des agents dynamiques qui les produisent, se résument ainsi : 1° un mouvement d'inclinaison de totalité de la colonne sur le sacrum ; 2° un mouvement de flexion de la colonne au niveau des onzième et douzième dorsales, ou d'inclinaison de la région dorsale sur la région lombaire ; 3° un mouvement d'inclinaison de totalité de la région cervicale sur la région dorsale ; 4° un mouvement d'inclinaison de la tête sur l'extrémité de la colonne cervicale ; 5° finalement une flexibilité latérale décroissante au-dessus de chacun de ces trois points : sacro-lombaire, dorsal inférieur, cervical inférieur et une rigidité décroissante au-dessus de chacun des mêmes points.

M. J. Guérin examine ensuite les faits anatomiques et terminera son mémoire par l'étude des faits pathologiques qui se rattachent à cette question.

REVUE DES JOURNAUX

Prolapsus des deux ventricules du larynx, excision par la thyrotomie, guérison, par le docteur LEFFERTS, de New-York.

C'est le premier cas de ce genre qui ait été rapporté. Mackensie et Moxon ont publié chacun une observation de prolapsus d'un seul ventricule dans le larynx, mais les désordres n'avaient été constatés qu'à l'autopsie, et peut-être ne s'étaient-ils produits que peu de temps après la mort.

Le malade qui fait le sujet de cette observation fut subitement atteint d'une aphonie complète qu'il fut impossible de rattacher à aucune cause. La voix reparut cependant au bout de quelques semaines, mais rauque, enrourée, basse. Un an plus tard la respiration, qui était restée à peu près normale, devint embarrassée ; les attaques de dyspnée et de spasme laryngé, qui devinrent fréquentes, firent supposer qu'il existait une altération de structure dans l'organe de la voix. Il se forma ensuite une tumeur sur le côté du cou, au niveau de la moitié gauche du cartilage thyroïde. Au moment de l'examen, qui eut lieu environ deux ans après l'apparition des premiers symptômes d'aphonie, la tumeur est irrégulière, douloureuse et adhérente à la peau. Il était à peu près impossible de faire un examen laryngoscopique convenable, à cause de l'irritabilité du pharynx et de la disposition anatomique des parties ; cependant, après des efforts considérables, on put voir que le larynx était partiellement obstrué par une tumeur dure, ovoïde, située au-dessus de la corde vocale gauche et restant immobile pendant la phonation et la respiration. Du côté droit on observe une sorte de tumeur immobile pendant le repos de l'organe, mais qui rentrerait dans le ventricule pendant la tension des cordes vocales pour disparaître de nouveau aussitôt que les muscles aryénoïdiens étaient relâchés. La muqueuse laryngée était épaissie et congestionnée et présentait les caractères de l'inflammation chronique.

Le diagnostic ne fut pas établi tout d'abord. M. Lefferts croyait être en présence d'une tumeur maligne dont l'excision ne lui paraissait pas très-indiquée. Néanmoins, en présence des symptômes de suffocation et sur les instances du malade, il se décida à pratiquer la thyrotomie. Après avoir éthérisé le patient il fit une large incision en T sur la ligne médiane dans le but d'enlever la tumeur extérieure. Après avoir déséqué et enlevé celle-ci, il ouvrit la trachée et introduisit une canule. Le cartilage thyroïde fut divisé de haut en bas d'après le procédé indiqué par Krishaber ; la muqueuse fut ensuite divisée et les deux moitiés du cartilage thyroïde maintenues séparées par des crochets mousses. La plaie n'étant pas encore assez grande, on incisa la membrane thyro-hyoldienne au-dessus et la membrane crico-thyroïdienne au-dessous. La

cavité laryngienne fut alors complètement découverte, et l'on put apercevoir la tumeur, qui naissait du ventricule gauche par une large base. On la saisit avec des pincettes et l'on en fit la section avec des ciseaux courbes au niveau de l'entrée du ventricule. On traita de la même manière la portion de membrane muqueuse qui faisait hernie à travers l'orifice du ventricule droit, et l'on réunit les bords du cartilage thyroïde par quatre points de suture. Les bords de la plaie furent également réunis par des sutures, et la canule fut maintenue dans la trachée. Le malade avait bien supporté l'opération et la canule put être retirée au bout de quinze jours. Un mois après il avait recouvré l'usage de la voix et était complètement guéri.

D'après l'examen histologique, pratiqué par le docteur Mann, la tumeur externe était certainement de nature inflammatoire. Quant aux tumeurs excisées du larynx, elles étaient formées de tissu conjonctif, de vaisseaux, de cellules et recouvertes par une muqueuse. Leur structure, de même que les apparences extérieures, confirmait le diagnostic de double prolapsus du larynx. La tumeur externe était complètement indépendante de la tumeur interne, mais il est probable que le tissu conjonctif sous-muqueux, enflammé et tuméfié, a repoussé la muqueuse laryngée et a produit le prolapsus. (*New-York medical Record*, 3 juin 1876.)

Ovariectomie ; menstruation par le pédicule, par le docteur PREWITT (de Saint-Louis).

Il s'agit d'une femme de trente-neuf ans, mère de six enfants, chez laquelle on constata la présence d'une tumeur abdominale immédiatement après un accouchement normal au mois d'août 1864. Elle fut ponctionnée trois mois plus tard et l'opération a été renouvelée trois fois à deux ou trois années d'intervalle, et elle fut pratiquée pour la dernière fois au mois de mai 1874. La malade éprouvait une grande amélioration après chaque ponction, mais l'émaciation et les autres troubles de la santé générale apparaissaient de nouveau à mesure que le liquide se reproduisait. Elle fut encore délivrée d'un enfant à terme et bien portant au mois de novembre 1866 et eut un avortement de quatre mois en octobre 1874.

L'ovariectomie fut pratiquée le 14 octobre 1875. L'énucléation ayant été tentée sans succès, le chirurgien fit la ligature et le pédicule fut constitué par le péritoine, le tissu aréolaire et les vaisseaux. La guérison marcha assez rapidement et était à peu près complète au bout de vingt-trois jours. La plaie abdominale n'était pas encore cicatrisée le 13 janvier 1876, quatre mois après l'opération. A la place du pédicule on aperçoit une petite tumeur rougeâtre et bourgeonnante, qui, à chaque époque menstruelle, devient le siège d'un écoulement sanguin assez abondant et qui se continue pendant toute la durée de cette époque. Ce curieux phénomène, qui s'est renouvelé trois fois depuis l'opération, n'a eu aucune influence sur la santé de l'opérée, qui est dans un état très-satisfaisant. (*Annales de gynécologie*, août 1876 ; *American Journal*, avril 1876.)

Traitement des rétrécissements du larynx et de la trachée par la dilatation, par le docteur THAON (de Nice).

M. Thaon étudie d'abord les causes de ces rétrécissements : ces causes sont la syphilis, la varicelle, la fièvre typhoïde et toutes les affections qui provoquent la sténose par lésions des tissus sous-jacents de la muqueuse : presque toujours il y a de la périchondrite qui amène la nécrose des os, l'ankylose des petites articulations, la formation d'exsudats qui font saillie sous la muqueuse, s'ulcèrent ou subissent la transformation fibreuse. Les muscles comprimés et devenus inactifs passent à l'état graisseux. — Les lésions provoquent des accidents graves dont les principaux sont le cornage, la dyspnée et l'étouffement ; c'est pour remédier à ce dernier symptôme qu'on faisait autrefois la trachéotomie. Plusieurs chirurgiens, dont M. Thaon donne la liste, proposèrent la dilatation du

larynx, mais les résultats ne furent pas heureux; le professeur Schrötter de Vienne paraît cependant avoir eu plus de succès (*Jahresbericht der Klinik für Laryngoskopie an der Wiener Universität*, 1871-1873, et in *Berliner Klinischen Wochenschrift*, 1875-1876). Ces résultats ont été consignés dans plusieurs mémoires que M. Thacon analyse aujourd'hui.

Le mode opératoire varie selon qu'il s'agit : 1° de malades ayant déjà subi la trachéotomie; 2° de malades ne présentant aucune ouverture chirurgicale au cou. Dans le premier cas, le professeur Schrötter se sert de la fistule trachéale pour fixer dans le larynx un prisme dilateur, introduit par la bouche, prisme de zinc, triangulaire, à bords arrondis, présentant à sa partie inférieure un petit étranglement, suivi d'une petite tige arrondie : par la fistule, on fixe avec une pince à mors à pression continue au niveau de son étranglement, de telle sorte que la dilatation, au bout de quelques séances destinées à habituer le larynx au contact de ce corps étranger, puisse être continue; le prisme n'étant maintenu par sa partie supérieure que par un fil fixé au pavillon de l'oreille, l'accoutumance peut aller au point que les malades mangent et passent la nuit avec l'instrument en place. Les malades sont alors rapidement soulagés et la forme du larynx se modifie peu à peu. Les cas les plus favorables sont naturellement ceux où la lésion est la moins ancienne : alors en effet l'ankylose des articulations est plus facile à vaincre.

Lorsque le malade ne présente pas de fistule trachéale, M. le professeur Schrötter se sert d'une sonde en caoutchouc : sonde qui, lorsque le rétrécissement siège très-bas, a une longueur de 26 centimètres; son extrémité laryngienne est triangulaire, à bords arrondis pour s'adapter à la forme de la glotte, et sur sa longueur elle présente des ouvertures latérales destinées à laisser passer les mucosités. On la laisse en place pendant quinze à vingt minutes. Ces sondes font merveille, paraît-il, dans les rétrécissements par diaphragmes membraneux.

En résumé, dit M. Thacon, on peut parvenir par la méthode de Schrötter :

1° Après la trachéotomie, à supprimer la fistule du cou en rétablissant le passage de l'air à travers le larynx;

2° A dilater d'emblée les rétrécissements du larynx et quelquefois ceux de la trachée, en évitant la trachéotomie. (*Progrès médical*, 16 septembre 1876, n° 38.)

Deux observations de carie du larynx, par MM. CARTIER et MASSON, internes des hôpitaux de Saint-Etienne.

Dans la première observation, due à M. Cartier, il s'agit d'une carie du larynx, accompagnée de communication de l'œsophage et de la trachée et déterminée par une canule laissée à demeure pendant six ans, après une opération de trachéotomie, chez un individu de 45 ans. La trachéotomie fut faite en 1870 pour des accès de suffocation survenus dans le cours d'une laryngite ulcéreuse. Peu de temps après l'opération, il rejetait par la bouche des cartilages du larynx ossifiés. La santé se rétablit jusqu'en 1876; il entra à l'hôpital pour une bronchite au mois de février; lorsqu'au commencement d'avril on s'aperçut que des aliments sortaient de sa canule au moment de la déglutition; à l'ophthalmoscope on vit sur la paroi postérieure de la trachée un point ulcéré par lequel il était possible d'introduire un stylet dans l'œsophage. Bien qu'il fût nourri par la sonde œsophagienne, la mort arriva par cachexie le 10 juin. A l'autopsie on trouva une large communication entre la trachée et l'œsophage : la perforation commence au niveau du point qui devait être en contact avec le bout terminal de la canule et se prolonge en bas; elle est ovalaire, et son grand diamètre mesure cinq centimètres. Tout autour existent d'autres points ulcérés, dont quelques-uns communiquent avec l'œsophage. La muqueuse est très-œdématisée et ne permet pas de distinguer ce

qui reste des cordes vocales inférieures; la corde vocale supérieure droite est remarquable par son développement exagéré : elle remplit en quelque sorte la cavité du larynx. — Les ganglions bronchiques sont très-volumineux et l'aspect du poumon rappelle tout à fait celui de l'encombrement charbonneux.

La seconde observation, due à M. Masson, est celle d'une fille de vingt-huit ans, affectée au début d'une extinction de voix accompagnée d'efforts respiratoires très-pénibles : la toux datait de quelques semaines. Mise d'abord au traitement par l'iodure de potassium, au bout d'un mois les accidents s'aggravèrent; la dyspnée augmenta et la malade mourut presque subitement sans qu'on fit la trachéotomie. A l'autopsie, on trouva un œdème assez marqué des parties molles, mais sur le côté gauche, au niveau du cartilage cricoïde, et dans le ventricule, siège une ulcération profonde de la largeur d'une pièce de cinquante centimes, qui a détruit la corde vocale inférieure, et au fond de laquelle on sent le cartilage ossifié, c'est-à-dire à la première période de la carie. Du côté droit, les mêmes désordres étaient en voie de se produire, mais les altérations étaient bien moindres quoique parfaitement visibles.

Cette dernière observation, présentée à la Société médicale de Lyon, a été suivie d'une discussion à laquelle ont pris part MM. Mollière, Boucaud, Létievant et Aubert à propos de l'emploi de l'iodure de potassium dans les lésions tertiaires des voies respiratoires. M. Aubert est d'avis que, dans ces cas, il vaut mieux donner des préparations mercurielles. (*Lyon médical*, n° 39, 24 septembre 1876.)

BIBLIOGRAPHIE

Précis d'opérations de chirurgie, par le docteur J. CHAUVEL, professeur agrégé de médecine opératoire à l'École du Val-de-Grâce, avec figures dessinées par le docteur E. Charvot. — Paris, J.-B. Baillière, 1877.

Les traités ou les manuels de médecine opératoire sont assez nombreux déjà et presque tous se sont proposés pour objet non-seulement la description, mais encore l'appréciation des méthodes et des procédés opératoires. Si l'on veut, en effet, qu'un ouvrage de ce genre puisse servir tout à la fois à l'étudiant qui s'exerce à la pratique des opérations et au chirurgien qui en juge l'opportunité et la valeur, il faut qu'il renferme, outre quelques détails relatifs au manuel opératoire, un certain nombre de chapitres consacrés à apprécier la valeur clinique de l'opération. Un traité de médecine opératoire est donc une œuvre considérable qui ne peut, sans dangers, être réduite aux modestes proportions d'un manuel. Un simple manuel, en résumant succinctement la plupart des procédés opératoires pour en recommander et en décrire avec détails un seul : le *Procédé de l'auteur*, échappe rarement aux inconvénients des ouvrages qui, pour embrasser à la fois trop de questions, en négligent le plus grand nombre. Aussi ne saurions-nous trop approuver M. Chauvel d'avoir voulu s'appliquer exclusivement à la description minutieuse de toutes les opérations et à l'indication détaillée de toutes leurs phases. Ainsi compris, l'ouvrage qu'il nous présente aujourd'hui s'adresse surtout à l'étudiant; il doit servir de guide aux travaux de l'amphithéâtre; il a pour but, non d'apprécier la valeur de telle ou telle méthode, mais de bien préciser les divers temps de chaque opération. Ces temps étant déterminés par des chiffres numérotés, rien n'est plus facile que de les exécuter successivement dans l'ordre indiqué. Le livre en mains, chaque mouvement de l'opérateur lui est prescrit d'avance : pas un coup de couteau ou de bistouri qui n'ait sa raison d'être. C'est ce qu'il importe, quand on s'adresse à des élèves, de bien nettement préciser. On ne devient, en effet, bon opérateur qu'après une longue pratique à l'amphithéâtre, et les exercices sur le cadavre n'ont de

valeur que lorsqu'ils sont faits avec régularité et méthode. S'il est vrai qu'un certain nombre de manœuvres s'apprennent en un instant quand on les voit exécuter sous ses yeux, il est non moins démontré que plusieurs d'entre elles exigent un long apprentissage et que, en l'absence du maître, il faut à l'élève des indications nettes et multipliées; en fait d'opération tout doit être prévu d'avance et il ne faut pas intervenir sans savoir ce que l'on veut faire. M. Chauvel, qui longtemps vécu au milieu des élèves qu'il a formés, connaît bien, on le voit en parcourant son livre, tous les défauts qui peuvent les arrêter; il cherche à les prévenir, et à mieux guider ceux qui veulent apprendre la médecine opératoire en évitant les redites inutiles et en multipliant les indications nécessaires.

Agrégé de médecine opératoire à l'École du Val-de-Grâce et chargé de suppléer dans son cours d'opérations M. le professeur Perrin, M. Chauvel a dû suivre, dans l'exposition des matières qu'il avait à traiter, le programme du cours qu'il avait été chargé de faire. C'était encore rester sur le terrain pratique; car, plus que les autres, les médecins de l'armée, appelés à pratiquer les opérations dans les conditions les plus diverses, ont besoin de ces connaissances précises qui, seules, peuvent leur permettre de satisfaire aux exigences impérieuses d'un service d'ambulance ou d'hôpital. Le cadre qu'il a adopté est d'ailleurs assez large pour embrasser tout ce qui rentre dans l'éducation médicale classique; on peut même affirmer que rien de ce qu'on peut apprendre à l' amphithéâtre n'a été omis ou négligé.

C'est ainsi que nous trouvons indiquées et décrites avec soin quelques ligatures d'artères que l'on a bien rarement l'occasion de pratiquer sur le vivant. Elles devaient trouver place dans ce livre, car on gagne toujours beaucoup en s'exerçant à des opérations qui exigent des connaissances anatomiques précises et donnent une idée des difficultés que peut présenter sur le vivant une ligature difficile. A un tout autre point de vue nous relèverons encore, dans cette étude des ligatures, le conseil que donne l'auteur de se servir, pour le passage du fil, d'aiguilles courbes au lieu de sondes cannelées. Son but évident a été de faire perdre aux élèves cette mauvaise habitude de croire l'opération terminée quand ils ont mis à nu une artère et, après l'avoir largement dénudée, glissé sous le vaisseau une sonde cannelée.

Le chapitre des amputations comprend un très-grand nombre de méthodes opératoires, et l'auteur les a signalées avec les plus minutieux détails. Jusqu'au jour, en effet, où les maîtres seront d'accord sur la valeur des diverses méthodes, il est indispensable de connaître tous les procédés. Quelques-uns d'entre eux ont conservé des partisans convaincus; plusieurs peuvent être appliqués dans un cas déterminé.

Les procédés de résection sous-périoste ont été décrits avec soin. Presque tous appartiennent à l'éminent chirurgien de Lyon qui en a vulgarisé l'emploi. Si l'auteur a quelquefois modifié les procédés de M. Ollier, c'est dans les cas assez rares d'ailleurs où de nombreux essais lui ont montré la valeur de ces modifications.

Nous ne dirons rien du chapitre consacré à l'étude des opérations spéciales. L'auteur s'est efforcé, comme dans les autres parties de son ouvrage, de rester au courant de la science sans décrire toutes les opérations nouvelles trop souvent contestées.

Mais nous devons appeler l'attention sur les figures intercalées dans le texte de ce *Précis d'opérations*. Elles sont dues au crayon d'un aide-major du Val-de-Grâce, ami et collaborateur de l'auteur. M. Charvot s'est efforcé de représenter aussi nettement et aussi clairement que possible, dans une série de figures demi-schématiques, les lignes qui doivent indiquer la marche du couteau quand il s'agit de pratiquer une opération. Quelques-unes de ces figures ne sont peut-être pas encore tout ce que donnera, quand il aura perfectionné cette méthode, le crayon si habile de notre distingué camarade. Mais on peut dire dès aujourd'hui que ces figures

demi-schématiques ne sont pas comparables pour la netteté et la précision à ces dessins compliqués où l'œil se perd au milieu des ombres et qui ne montrent rien pour vouloir trop montrer. Elles ont été faites par un artiste qui est en même temps un médecin éclairé et qui sait interpréter ce qu'il s'agit de faire comprendre.

Nous avons cru devoir insister avec quelques détails pour recommander un livre qui, malgré son titre modeste et malgré le grand nombre des ouvrages analogues, nous semblait digne d'une mention toute spéciale. Nous ne doutons pas, en effet, que le précis d'opérations de M. Chauvel ne devienne rapidement un ouvrage classique. Tous les étudiants auront goût et profit de le consulter.

L. LEREBoullet.

Index bibliographique.

NOUVELLES RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES SUR LES NERFS VASO-MOTEURS, par M. Paul Bricon (de Paris). 1 vol. in-8. — Paris, J.-B. Baillière et Fils, 1876.

Ce mémoire ne contient pas seulement un exposé des diverses théories émises sur le rôle des nerfs vaso-moteurs et sur leur mode d'action, mais il renferme un assez grand nombre d'expériences personnelles qui donnent une importance réelle aux conclusions de l'auteur.

M. Bricon se rallie tout d'abord à la théorie de la contraction autonome des vaisseaux (Legros et Onimus) contrairement à M. le professeur Goltz, qui pense que le périlstaltisme, loin d'augmenter la dépense du sang, doit nécessairement, pour des raisons d'ordre physique, ralentir la circulation et diminuer la dépense du liquide sanguin. Puis, après avoir fait l'historique de la question, en commençant par Dogiel, qui le premier (1871) remarqua que l'électrisation du bout périphérique du sciatique ou du crural, chez des animaux curarisés, déterminait une accélération du courant sanguin, jusqu'aux dernières communications de M. Lépine à la Société de biologie, M. Bricon étudie le mode de contractilité des vaisseaux. Cette revue, très-bien faite, de tous les travaux publiés sur cette question, lui permet de dire : « qu'il est parfaitement rationnel de supposer les vaisseaux dotés de mouvements périlstaltiques, mouvements qui, s'ils n'ont pas été observés chez tous les animaux, ont été vus sur quelques-uns. » L'auteur remarque avec raison que l'expérimentation a permis de reconnaître la vérité des idées de Sénac et de Bichat : « Les cours périphériques sont devenus la contraction autonome. »

La partie expérimentale est la partie de beaucoup la plus importante de la thèse. Faites avec une grande rigueur, les expériences sont au nombre de trente-cinq. Nous ne pouvons malheureusement les analyser avec le soin qu'elles méritent, ni même discuter quelques-unes des appréciations sur les travaux de MM. Vulpian, Charcot, Schiff, Brown-Séquard et Legros et Onimus, les conclusions de l'auteur permettront de voir les réserves qu'il y aurait à faire. Pour M. Bricon :

1° L'effet immédiat de la section d'un nerf contenant des fibres vaso-motrices est un effet actif et non passif.

2° L'irritation du bout périphérique d'un nerf contenant des fibres vaso-motrices produit une dilatation des vaisseaux du membre correspondant.

3° L'irritation avec un courant induit du bout périphérique d'un nerf contenant des fibres vaso-motrices peut amener une constriction des vaisseaux du membre correspondant.

4° Les résultats différents obtenus par l'irritation avec les courants induits tiennent à l'intensité du courant; un courant faible amène une dilatation, un courant fort une constriction.

5° Il n'y a qu'une seule espèce de nerfs vaso-moteurs, comprenant des fibres centrifuges et centripètes, pouvant produire à la suite d'une excitation violente une contraction spasmodique des vaisseaux et augmenter, si l'excitation est moins forte, les contractions périlstaltiques et autonomes des vaisseaux.

Telles sont les conclusions du travail de M. le docteur Bricon. Nous regrettons de ne pouvoir donner qu'un résumé trop succinct de ce travail si consciencieux et si intéressant.

J. M.

DE L'IDENTITÉ DU BRUIT DE SOUFFLET DIT PLACENTAIRE AVEC LE BRUIT DE SOUFFLET DES GROSSES ARTÈRES ET DE SA LOCALISATION DANS LES ARTÈRES INTRA-PÉLVIENNES, par M. le professeur BOULLAUD. In-4 de 51 pages. G. Masson, 1876.

Cette brochure est la reproduction exacte de la réponse de l'éminent professeur au discours de M. Depaul. La GAZETTE HEBDOMADAIRE en ayant déjà donné un compte rendu dans le bulletin de l'Académie de médecine, nous n'avons qu'à mentionner cette publication, en appelant l'attention sur les pièces justificatives qui y sont annexées (page 34).

VARIÉTÉS

FOURNITURE DE VIANDES MALSAINES. — CONdamnATIONS.

On n'a peut-être pas oublié que nous avons, à plusieurs reprises, insisté sur la nécessité de déférer aux tribunaux les bouchers assez peu consciencieux pour livrer à la troupe des viandes malsaines. Il nous paraît donc utile de signaler les condamnations qui peuvent les atteindre lorsqu'ils sont convaincus d'avoir agi de mauvaise foi. Tout récemment, un boucher chargé de la fourniture des viandes de boucherie nécessaires à la troupe, s'était cru autorisé à distraire les morceaux d'un prix élevé, tels que filets de bœuf, aloyaux, gigots de mouton, etc., et à ne livrer que des quartiers de viande de deuxième choix. Il a été condamné à deux années de prison. Nous empruntons au journal LE TEMPS le compte rendu du procès suivant :

« Au mois de juillet dernier, le bruit se répandit dans le 12^e régiment d'artillerie, en ce moment en garnison à Vincennes, que des cas de ténia s'étaient déclarés à une époque concomitante avec la livraison d'une importante commande de porc, livrée par le prévenu Pathé au 12^e régiment d'artillerie. Le comité chargé de veiller aux subsistances et principalement à la bonne qualité de la nourriture des troupes s'était vivement ému. On avait écrit au général commandant l'artillerie, et celui-ci à M. le gouverneur de Paris.

» Une enquête avait été prescrite et cette enquête prouva que la viande de porc vendue par le sieur Pathé était de la viande gredée, contenant des cysticerques de ladrière du porc, lesquels, absorbés par l'homme, se développent en ténia.

» C'est donc sous la prévention de mise en vente de viande corrompue que le chareutier Pathé a comparu, le 23 septembre, devant le tribunal correctionnel de Paris.

» Le prévenu pour sa défense s'est borné à dire que les faits relevés contre lui ne sont pas punis par la loi.

» Le tribunal l'a condamné à trois mois de prison, 50 francs d'amende, et a ordonné l'affichage du jugement à sa porte. »

Ces condamnations sont encore bien moins sévères que celles qui atteignaient jadis les bouchers malhonnêtes. On peut lire dans les ANNALES D'HYGIÈNE, le récit des peines délictuelles contre ceux qui échappaient au contrôle des jurés courtiers-visiteurs de chairs, lards et graisse de porc. Nous avons déjà rappelé qu'en 1776 Antoine Dubout fut condamné « à faire amende honorable, nu et en chemise, la corde au cou, tenant en ses mains une torche de cire ardente du poids de deux livres, ayant écriteau devant et derrière portant ces mots : *Directeur des boucheries qui a distribué des viandes lardées aux soldats*, » puis puni de dix années de bannissement et d'une amende de 50 000 livres. Nos bouchers n'ont donc pas à se plaindre de vivre en l'an de grâce 1876.

COLONIE POUR LES ENFANTS IDIOTS OU ARRIÉRÉS. — Le Conseil général de la Seine a, dans sa session ordinaire de 1875 et sur la proposition du préfet, décidé l'institution d'une colonie pour le traitement et l'éducation des enfants idiots ou arriérés. Les travaux qui avaient pour objet cette création sont aujourd'hui terminés, et

la nouvelle institution a pu s'ouvrir le 1^{er} juillet dernier. L'état des locaux ne comprenant pas des aménagements spéciaux pour les épileptiques et les malpropres, dont la promiscuité avec les autres enfants aurait les plus graves inconvénients, le programme de la colonie a dû forcément les exclure.

L'instruction dont leur degré d'intelligence est susceptible est donnée aux colons de Vaulseur par un instituteur aussi expérimenté que dévoué, qui avait exercé pendant trente-cinq ans les mêmes fonctions à l'hospice de Bicêtre. Un aumônier est chargé de l'éducation religieuse. Des professeurs de gymnastique, de musique, etc., seront en outre attachés à l'institution, et des chefs d'atelier seront chargés de donner l'éducation professionnelle aux enfants chez lesquels on aura reconnu l'aptitude à un métier.

Il a été annexé à la colonie une ferme et une exploitation de 10 hectares, comprenant un spécimen de toutes les cultures auxquelles les enfants aptes aux travaux agricoles seront exercés graduellement. La direction médicale de la colonie est confiée à un médecin en chef, assisté d'un médecin adjoint et d'un interne en médecine.

La colonie, complètement distincte de l'asile, dont elle est séparée par la rivière de l'Orge, est placée dans d'excellentes conditions hygiéniques.

On s'y rend par le chemin de fer d'Orléans, station d'Épinay-sur-Orge, qui n'en est distante que d'un kilomètre à peine.

La population de la colonie se compose : 1^o de pensionnaires du département ; 2^o de pensionnaires au compte des familles. La dépense des uns et des autres sera réglée d'après un tarif qui doit être soumis au Conseil général dans sa prochaine session. On peut s'adresser pour tous les renseignements au directeur, médecin en chef de la colonie, à Épinay-sur-Orge, par Savigny-sur-Orge (Seine-et-Oise).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Potain, professeur de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur de clinique médicale à la même Faculté, en remplacement de M. Déhier, décédé.

— M. Petit, docteur en médecine, est chargé provisoirement des fonctions de sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Olivier, démissionnaire.

— M. le docteur Lattent est nommé chef de laboratoire à l'hôpital des Cliniques, en remplacement de M. Monod, démissionnaire.

— M. Duret, institué aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, par arrêté en date du 4 août 1876, entrera en fonctions à dater du 1^{er} avril 1877. — Il est créé une cinquième place d'aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris.

— Sont nommés chefs de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris : MM. Homolle, en remplacement de M. Sevestre, dont le temps d'exercice est expiré ; Hanot, en remplacement de M. Ducastel, dont le temps d'exercice est expiré ; MM. Pierret et Landouzy sont nommés chefs de clinique adjoints à ladite Faculté. M. Martel, aide de clinique, est nommé chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. le docteur Pinard.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — 1^o Sont nommés chargés de cours à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille :

Médecine légale : M. Baggio.

Pharmacie : M. Lotard.

Histoire naturelle : M. Girard, docteur ès sciences, ancien professeur à l'École préparatoire de cette ville.

Physique : M. Terquem, professeur de physique à la Faculté des sciences de Lille.

Chimie organique : M. Lesclapart, préparateur du cours de chimie organique à la Faculté des sciences de Paris.

Physiologie : M. Morat, ancien chef des travaux anatomiques de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon, lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

Anatomie : M. Folet, ancien professeur adjoint de l'École préparatoire de Lille.

2^o Sont chargés de cours de clinique complémentaire à ladite Faculté, savoir :

Cours de clinique ophthalmologique : M. le docteur Huidier, médecin du Dispensaire ophthalmologique de l'hôpital Saint-Sauveur de Lille. — *Cours de clinique des maladies syphilitiques*,

et cutanées : M. le docteur Castelain, chargé des fonctions d'agrégé. — *Cours de clinique complémentaire des maladies des enfants* : M. Castiaux, chargé des fonctions d'agrégé. — *Cours de clinique des maladies mentales* : M. Bouteille, chargé des fonctions d'agrégé, médecin de l'asile d'aliénés d'Armentières.

3° Sont nommés :
Chef des travaux anatomiques : M. le docteur Demon, chargé des fonctions d'agrégé, ancien chef des travaux anatomiques de l'École préparatoire de Lille. — **Chef des travaux chimiques** : M. le docteur Thibaut, chargé des fonctions d'agrégé, ancien chef des travaux chimiques à ladite École. — **Chef de clinique médicale** : M. le docteur Loethen. — **Chef de clinique chirurgicale** : M. le docteur Gosser.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — M. Guittard, professeur de pathologie interne, est autorisé à se faire suppléer pendant l'année scolaire 1876-1877, par M. Caubet.

M. Chabbert est nommé professeur d'anatomie.
ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — MM. Villeneuve et Marceilles, docteurs en médecine, sont institués suppléants des chaires de chirurgie.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT. — M. Blatin, suppléant, à anatomie et physiologie, est maintenu pour un an dans ses fonctions.

ASSOCIATION GÉNÉRALE. — La Société locale du département de Seine-et-Oise, dans sa dernière réunion générale, a voté un subvention de 1500 francs en faveur de la Caisse des pensions viagères. — M. le docteur Luys a fait un don de la somme de 200 fr. à la Caisse des pensions viagères.

CONSEILS D'HYGIÈNE. RÉCOMPENSES HONORIFIQUES. — Sur la proposition du comité consultatif d'hygiène publique, le ministre de l'agriculture et du commerce vient de décerner des récompenses honorifiques aux membres des conseils d'hygiène et de salubrité qui se sont le plus particulièrement distingués par leurs travaux pendant l'année 1874. Parmi ces membres, nous remarquons les confrères dont les noms suivent :

Médaille d'or. — M. Rollet, membre du conseil d'hygiène du Rhône.

Médailles d'argent. — MM. Pujos (Gers), Micé (Gironde), Causade (Gironde), Joire (Nord), Houzelot (Marne), Rampal (Bouches-du-Rhône), Roux (de Brignoles) (Bouches-du-Rhône).

Médailles de bronze. — MM. Dieuzaide (Gers), Anselin (Oise), Dupuis (Oise), Aiguillon (Puy-de-Dôme), Malmenayde (Puy-de-Dôme), Marx (Seine-et-Marne), Rousselin (Seine-Inférieure), Faux (Somme), Caussé (Tarn).

ÉCOLE NORMALE DE GYMNASTIQUE. — La direction de l'instruction primaire à la préfecture de la Seine s'occupe de la création d'une École normale de gymnastique dans l'intérieur de Paris. Cet établissement, conçu dans d'assez vastes proportions, possédera des cours spéciaux où les instituteurs des Écoles de la Ville pourront apprendre les éléments de cet art, afin de l'enseigner à leur tour à leurs élèves. Le projet vient d'être définitivement arrêté par les architectes, et sera prochainement soumis au Conseil municipal.

(Le Siècle.)

EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1876.

Dans la classification générale de l'exposition, les sciences médicales seront ainsi représentées :

Dans le DEUXIÈME GROUPE, classe 14. — *Médecine, hygiène et assistance publique.* — Matériel, instruments et appareils des travaux anatomiques et histologiques. — Pièces d'anatomie classique. — Instruments d'exploration médicale. — Appareils et instruments de pansement et de petite chirurgie, appareils d'anesthésie générale et locale. — Instruments de chirurgie groupés d'après leur destination : instruments des amputations, résections, etc. Instruments spéciaux : obstétrique, ovariotomie, voies urinaires, oculistique, art du dentiste, etc.; appareils d'électrothérapie. — Appareils de prothèse plastique et mécanique, appareils d'orthopédie. Bandages herniaires. — Appareils de secours aux noyés et asphyxiés. — Appareils balnéatoires et hydrothérapiques. Appareils de gymnastique médicale et hygiénique. — Plans et modèles d'hôpitaux, d'asiles divers, de maisons de refuge, de retraite, d'aliénés. Agencement et mobilier de ces établissements. Appareils divers destinés aux infirmes, aux malades et aux aliénés. Objets

accessoirs du service médical, chirurgical et pharmaceutique dans les hôpitaux ou infirmeries.

Dans le QUATRIÈME GROUPE, classe 41. — Tentes et objets de campement. Lits, hamacs, sièges, plants, etc.

Dans le CINQUIÈME GROUPE, classe 47. — *Produits chimiques et pharmaceutiques.* — Acides, alcalis, sels de toutes sortes. Sels minéraux et produits de l'exploitation des eaux-mères. — Produits divers des industries chimiques : cires et corps gras ; savons et bitumes ; matières premières de la parfumerie ; résines ; goudrons et corps résineux ; essences et vernis ; enduits divers ; cirages. — Produits de l'industrie du caoutchouc et de la gutta-percha ; substances tinctoriales et colorants. — Eaux minérales et eaux gazeuses naturelles ou artificielles. Matières premières de la pharmacie ; médicaments simples et composés.

Dans le SIXIÈME GROUPE, classe 53. — *Matériel des arts chimiques, de la pharmacie.* — Ustensiles et appareils de laboratoire. Appareils et instruments destinés aux usages industriels et commerciaux. — Matériel et appareil des fabriques de produits chimiques. — Matériel et procédés de la fabrication des essences, des vernis, des objets en caoutchouc et en gutta-percha. — Matériel de la préparation des produits pharmaceutiques.

Dans le SEPTIÈME GROUPE, classe 74. — *Condiments et stimulants, sucrés et produits de la confiserie.*

EXPOSITION D'HYGIÈNE ET DE SAUVEGarde DE BRUNSWICK. — Des diplômes d'honneur ont été décernés : 1° à la direction de l'enseignement primaire, pour l'organisation de son matériel ; 2° à la direction des eaux et égouts, pour les travaux importants accomplis pendant ces dernières années ; 3° à l'Assistance publique ; 4° enfin, à la préfecture de police, pour l'organisation du service des secours.

FIÈVRE JAUNE. — On mande de New-York, le 24 septembre : « La fièvre jaune a éclaté à Brunswick (Etat de Géorgie). On compte 600 malades. »

— On mande de New-York, le 21 septembre : « Il y a eu hier à Savannah 36 décès occasionés par la fièvre jaune. Le nombre des malades s'élevait, dit-on, à 8000. La moitié de la population a abandonné la ville. »

NÉCROLOGIE. — M. le docteur J. Gourdon, professeur à l'École vétérinaire de Toulouse, est décédé à la suite d'une courte maladie.

SOMMAIRE. — PARIS. De l'écid salicylique comme agent antiseptique et antiputride. — Le mouvement de la population en France. — TRAVAUX ORIGINAUX. Dermatology : Étude sur une espèce de purpura d'origine fébrile. — Pathologie externe : De la conservation du nerf sous-orbitaire dans la résection de l'os maxillaire supérieur. — Pathologie interne : Contribution à l'histoire du polype ophthalmique. — CORRESPONDANCE. A propos du syphilis. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — REVUE DES JOURNAUX. Propriétés des deux ventricules du larynx. — Ovariotomie ; menstruation par le péricule. — Traitement des rétrécissements du larynx et de la trachée par la dilatation. Deux observations de cancer du larynx. — BIBLIOGRAPHIE. Précis d'opérations de chirurgie. — Index bibliographique. — Variétés. Fournitures de viandes moutonnées. Condiments. — Colonne pour les enfants létales ou arrêtés. — PÉRIODIQUES. Leçon d'hygiène et la prophylaxie des maladies vénériennes.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

- Des paralysies traumatiques des membres inférieurs, consécutives à l'accouchement laborieux, par le docteur Lefebvre. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Co. 1 fr. 50
- De l'asphyxie, appareil de sauvetage pour le traitement de l'asphyxie, et principalement de l'asphyxie des noyés et des nouveau-nés, par le docteur Voillez. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Co. 2 fr.
- De la tuberculose du testicule et de l'orchite tuberculeuse, suite du docteur P. Reclus. 1 vol. in-8, avec 5 planches. Paris, V. A. Delahaye et Co. 5 fr.
- De la greffe animale et de ses applications à la chirurgie, par le docteur Armagnac. 1 vol. in-8 avec 2 planches. Paris, V. A. Delahaye et Co. 3 fr. 50

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOQUE, L. LERBOULET

Adressez tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 5 octobre 1876.

APERÇU GÉNÉRAL DE L'EXPOSITION ET DU CONGRÈS DE BRUXELLES (1).

SOMMAIRE : GYMNASTIQUE. — HYDROTHERAPIE. — MORTALITÉ DES ENFANTS. — MOBILIER SCOLAIRE. — MOBILIER DES CRÈCHES. — DILATATEUR DE LA POITRINE. — APPAREILS ORTHOPÉDIQUES. — CARTE DÉMOGRAPHIQUE. — CARTOGRAPHIE DES ÉPIDÉMIES.

Le Congrès international d'hygiène et de sauvetage de Bruxelles est un événement considérable non-seulement à cause des circonstances politiques au milieu desquelles il s'est produit, mais encore à cause de l'importance capitale des questions qui s'y sont traitées et de la valeur des hommes qui ont pris part aux rapports et aux discussions. Le Congrès, en effet, avait été précédé d'une Exposition qui, depuis six mois, envahit une grande partie du parc de Bruxelles et, selon le programme de la commission, elle devait comprendre l'hygiène et le sauvetage « en prenant le mot sauvetage non dans son sens propre et restreint, mais en lui donnant la signification la plus large qu'il comporte, à savoir : tout ce qui tend à sauver et à garantir la vie des hommes. Ainsi l'hygiène publique, ajoutait le programme, constitue aussi un véritable sauvetage et le plus désirable de tous, puisqu'il est d'une application journalière, qu'il s'adresse à tous et qu'il a pour résultat le prolongement de la vie humaine et la diminution des maladies qui nous déciment. »

On voit par combien de côtés la médecine pouvait aborder un programme aussi large; d'autant plus qu'un Congrès, couronnement de l'Exposition, conclusion théorique de tant

(1) L'espace nous manquerait, et le cadre spécial de la GAZETTE HEBDOMADAIRE ne s'y prêterait d'ailleurs que médiocrement, pour rendre un compte détaillé de ce congrès. Notre intention est seulement de nous attacher à quelques-uns des sujets scientifiques qui nous paraissent les plus susceptibles de mériter l'attention de nos lecteurs.

La Rédaction.

FEUILLETON

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Leçons sur l'hygiène et la prophylaxie des maladies vénériennes.

(Suite. — Voyez les numéros 29, 30, 32, 31, 36, 37 et 39.)

Avant 1798 la police n'exerce sur la prostitution qu'une action répressive, nullement préventive; on ne recherche pas les filles malades pour leur interdire l'exercice de leur métier pendant la durée de leur mal; on se borne à rechercher et à punir celles qui ont déjà causé des dommages; encore faut-il que le cas soit notoire ou la victime influente. Les maîtresses de maison pouvaient être rendues responsables. Boisjournain, dans ses MÉLANGES HISTORIQUES (t. II, p. 305), raconte ce qui suit : « En 1716, le prince de Conti va chez la Moronval, qui

2^e SÉRIE, T. XIII.

de grandes et belles œuvres mécaniques, devait en faire ressortir la valeur et aborder, en outre, les problèmes les plus importants de l'hygiène publique, les eaux, les égouts, les inhumations, les cimetières, les contagions épidémiques, la mortalité des nouveau-nés, la valeur des méthodes de statistique en vue de l'uniformité des résultats dans les différents pays et bien d'autres qui rentrent moins entièrement dans le domaine médical.

La section de sauvetage, par exemple, contenait, distribué en huit questions (de VII à XV), tout ce qui avait rapport au service médical en temps de guerre. Aussi bien l'Exposition offrait un tel luxe de voitures d'ambulances, brancards, lits d'opérations et de pansement qu'il eût fallu plusieurs journées pour étudier sérieusement ces appareils. Hâtons-nous de dire que cette partie si intéressante de l'Exposition et du Congrès sera dans la GAZETTE l'objet d'un examen spécial, et qu'à côté des Esmark, Von Langenbeck, un certain nombre de chirurgiens français éminents faisaient leur profit de cette riche collection.

Il y avait en outre toute une section, comprenant l'économie sociale qui est, paraît-il, l'objet des préoccupations habituelles du Roi des Belges, protecteur et au fond initiateur du Congrès, et que nous devons au moins mentionner. Les habitations ouvrières, le matériel de l'enseignement primaire, la gymnastique scolaire, l'alcoolisme, le travail des femmes et des enfants dans les manufactures, les caisses d'épargne, les chambres syndicales... nous conduisent à la limite extrême de notre domaine, quoique le médecin puisse dire avec le philosophe : *Nihil a me alienum*.

Enfin, on dit qu'au-dessus du Congrès planant dans la haute sphère internationale et diplomatique, le roi, qui aurait la noble ambition d'aider à la paix européenne, considérait la réunion d'exposants et de savants appartenant à des nations hostiles et la juxtaposition de drapeaux fort étonnés de se trouver plantés côte à côte au lieu de côte en côte, comme une Expo-

tenait une maison de débauche. Elle prie le prince de s'abstenir des femmes qui sont chez elle; trop dangereuses pour un prince comme lui. Il persiste. Il prend la syphilis et la donne à sa femme. Le prince tira une vengeance atroce de la malheureuse fille. « La Moronval et son mari furent promenés moitié nus dans Paris, fustigés et bannis; le prince de Conti pas même inquiété. » A la fin de 1798, un médecin eut l'idée d'établir une consultation pour le traitement des filles publiques atteintes de maladies vénériennes. Il ouvrit de son initiative privée, mais avec le patronage administratif, un dispensaire établi dans un local à ses frais, où, sans interrompre leur trafic et de leur plein gré, les filles soumises venaient se faire soigner moyennant rétribution. C'était un premier pas. Le 12 ventose an X (3 mars 1802), le préfet de police chargea deux officiers de santé de visiter deux fois par mois les femmes qui se trouvaient dans les maisons publiques; et, moyennant des honoraires payés mensuellement par les femmes qui recevaient ces visites, imposa à ces médecins,

sition *per se*, Exposition royale s'il en fut, procédé de sauvetage en très-grand, dont les conséquences politiques pourraient devenir d'une extrême importance. En fait, s'il y a un terrain commun pour les nationalités, c'est la science, et s'il y en a un pour l'humanité, c'est la médecine; Aussi le grand mot d'humanité a été souvent répété dans les nombreux discours et toast qui ont été prononcés aux fréquentes occasions qui fournissait l'hospitalité belge. Soit donc ! l'humanité n'a point de patrie et nous allons parcourir l'Exposition comme nous ferions des catégories subjectives qui seraient tracées sur le sol à titre de nationalités. Plus tard nous rendrons compte des séances du Congrès.

L'Allemagne ouvre la marche la première, non-seulement selon l'alphabet, mais par le nombre, l'étendue et l'importance des objets exposés. Nous dirons plus tard pourquoi la France s'est trouvée sinon mal, du moins fort incomplètement représentée. Toutefois, réserve faite du matériel des ambulances de guerre, il reste peu d'objets dont la description soit de quelque intérêt pour nos lecteurs. Le modèle d'une salle de gymnastique exposé par le ministre de l'Instruction publique est inférieur aux salles de Triat et de Paz qui malheureusement ne sont pas exposées, inférieur même au modèle du capitaine Dox, le grand apôtre de la gymnastique belge.

Les appareils d'hydrothérapie et de balnéothérapie ne supportent pas la comparaison avec ceux de l'Autriche et de la France qui ne figurent pas à l'Exposition. On peut en dire les mêmes choses des appareils électro-médicaux. Mais pour la richesse de l'Exposition considérée dans ses détails et dans la grande variété des objets exposés, il serait injuste de ne pas reconnaître que l'Allemagne a développé une activité et une fécondité digne des plus grands éloges. Il est vrai que, sauf les grandes administrations publiques françaises, l'Assistance publique, les eaux et égouts et en général la ville de Paris, peu de particuliers ont exposé. Signalons en passant à travers l'Allemagne une excellente carte jointe de la mortalité des enfants dans l'Allemagne du Sud, et les publications démographiques figurées concernant le royaume de Bavière. Ce sont là des documents officiels publiés par le Bureau Royal et que nous retrouverons en Belgique et en Danemark. Les procédés cartographiques de ce genre que nous verrons en France dans un coin obscur sont dus à notre éminent confrère M. Bertillon, mais ils ne figurent même pas au catalogue. Ils sont loin d'offrir le luxe des publications officielles de l'étranger qui, cependant, ne sont que des reproductions du système de M. Bertillon; mais qui ne sait que cet infatigable

travailleur, dont toutes les académies du monde, sauf celles de son pays, paraît-il, se feraient honneur, a publié ses cartes à ses frais, sans aucun appui, et souvent même avec une sorte d'indifférence hostile des administrations publiques ?

L'Autro-Hongrie, très-riche, comme l'Allemagne, en matériel hospitalier de guerre, et en systèmes d'économie sociale en faveur des classes pauvres, n'offre sur 70 numéros (l'Allemagne en compte 308, la France 301 et la Belgique 492), qu'un très-peu nombre d'articles relatifs à l'hygiène. En tous cas, rien d'une extrême importance. La Belgique, au contraire, nous a donné les preuves d'une grande activité dans toutes les classes de l'Exposition. Nous ne retiendrons ici que l'admirable modèle de mobilier scolaire primaire et les types plus remarquables encore de M. Belot, de Bruxelles, pour les bancs et les pupitres d'école. Il y a là pour notre pays un immense progrès à réaliser, car le pupitre et le banc qui sont encore en usage dans la presque totalité de nos écoles viennent aux âges primitifs de l'écolage, et c'est à bon droit qu'on en accuse de nombre de méfaits. Le banc légèrement creux avec dossier en relief et le pupitre à charnière qui permet de replier la portion inférieure destinée à l'écriture sur la supérieure et de l'appliquer ainsi à la lecture sont devenus d'une impérieuse nécessité, soit pour le support du dos, soit pour la position du bassin, soit pour la distance visuelle abandonnée, avec le mobilier actuel, à la fantaisie individuelle. Les mobiliers des crèches de l'agglomération bruxelloise est aussi une merveille de simplicité et de commodité. Citons aussi avec les plus grands éloges les modèles de gymnase du capitaine Dox et de la Société de gymnastique d'Anvers. La gymnastique a pris en Belgique une extension que nous ne pouvons qu'envier. Le docteur Comotto (d'Ypres) a exposé un appareil très-simple qu'il désigne sous le nom de Pendule double ou dilateur de la poitrine, qui constitue un excellent système privé. Il se compose de deux perches de frêne suspendues librement à leur sommet et munies à leur extrémité inférieure de sphères de fonte ou de plomb percées d'un trou dans lequel pénètre la perche; le poids est fixé à l'aide d'un étau simple. On comprend que ces perches s'écartant ou se rapprochant du corps par l'effort du bras, simultanément ou isolément et sous divers, permettent une série nombreuse d'exercices des régions brachiales et thoraciques.

Sans pouvoir mettré en regard de M. Collin et de M. Mathieu les instruments du chirurgie de Clasen, de Bruxelles, il faut

par arrêté du 1^{er} prairial an XIII (21 mai 1805), l'obligation d'ouvrir un dispensaire de salubrité qui fut installé rue Croix-des-Petits-Champs, et où un chirurgien et un élève chirurgien devaient rester, ou permanence pour donner leurs soins gratuits à toutes les prostituées vénériennes ou galeuses qui s'y présenteraient. Un arrêté du 22 janvier 1810 fixa à quatre par mois le nombre des visites faites dans les maisons et décida que les filles isolées seraient également visitées, mais seulement deux fois par mois. Le personnel fut augmenté en conséquence; il comprenait deux médecins directeurs et cinq médecins ou chirurgiens. Ces améliorations successives restaient insuffisantes; la constatation de l'état de maladie était presque illusoire, car le rôle des médecins se bornait à traiter les femmes sans les retirer de la circulation; ils ne pouvaient diriger sur l'hôpital que les filles arrêtées pour délits ou pour contraventions. A partir de 1816, un médecin du dispensaire visitait chaque matin, à la préfecture de police, celles qui avaient été arrêtées pendant la nuit; on amena à la consul-

tation de la rue Croix-des-Petits-Champs celles qui étaient capturées pendant le jour.

Beaucoup de femmes répugnaient à se présenter au dispensaire. Celles dont les allures et la tenue contrastaient avec le dévergondage des clientes habituelles avaient à subir des railleries ou des injures qui les éloignaient. Toujours confiante dans l'efficacité neutralisante du traitement, l'administration imagina de créer pour cette catégorie plus relevée de prostituées un cabinet de consultation pour les femmes galantes. Il fut établi rue Louvois en 1820; on le ferma en 1822. Pendant ces deux années soixante-sept femmes seulement s'y étaient présentées. On renouvela sans plus de succès la tentative en 1827.

On commençait d'ailleurs à s'apercevoir que la santé publique ne bénéficiait pas beaucoup du traitement médical accordé à des femmes vénériennes qu'on laissait en liberté; on reconnaissait surtout que ce traitement était la source d'abus. Certains médecins, chargés de la visite des filles isolées,

signaler la finesse et la légèreté des appareils orthopédiques du fabricant bruxellois; on peut voir dans sa vitrine nombre de modèles ingénieux et nouveaux.

Bruxelles, qui ne compte ni établissement d'hydrothérapie ni même maison de bains confortable, possède cependant un institut de gymnastique suédoise dirigé par M. Nicolaïder, qui a exposé, à l'aide de très-belles photographies, les procédés et les résultats orthonomiques de cette méthode.

La carte démographique du service d'hygiène de la ville de Bruxelles, due à M. Jauvens, est un véritable chef-d'œuvre de clarté; on peut y suivre, à l'aide de *punaises* mobiles et colorées diversement pour chaque genre d'observations, les diverses répartitions de mortalité, de natalité, la marche des épidémies, le siège des endémies dans leur rapport avec la population et les divers services d'hygiène de la ville. Un travail de ce genre appliqué à la ville de Paris ferait éclater aux yeux de tous des vérités qui ont peine à pénétrer dans les administrations comme dans le public.

Dans cette voie, le Danemark a été plus loin qu'aucun pays. La cartographie des épidémies, due au docteur Møller, celle de la mortalité et de la natalité exposée par le directeur de la statistique, M. Falbe-Hansen, n'ont point de rivales pour l'exécution matérielle. Nous regrettons qu'il n'y soit pas fait mention des travaux de M. Bertillon, plus complets que ceux de ses successeurs.

Il serait long de raconter ici les péripéties qui ont retardé ou laissé fort incomplète l'organisation de l'exposition française. Tout d'abord le comité était composé de MM. Dupuy de Lôme, Serrurier, de Rotschild, etc., et, comme médecins, de MM. Ricord, Despaulx-Ader et Krishaber. Ce comité donna sa démission; un nouveau comité fut nommé et entre temps les choses ne reçurent pas en France la publicité et l'élan habituels en ces affaires. Néanmoins, et malgré nombre d'abstentions, l'exposition telle qu'elle est reste considérable et intéressante. Hâtons-nous d'ajouter, au surplus, qu'au Congrès la représentation française était, au point de vue médical, des plus élevées. Il suffit de citer les noms de MM. Fauvel, Proust, Laussedat, Liouville, Perrin, Dauvé, Dumesnil, Worms parmi les délégués officiels des ministères et des administrations, pour comprendre l'importance que le gouvernement a attachée au Congrès. Plus de trente médecins français sans délégation assistaient d'ailleurs à ses séances; MM. Bouchut, Bertillon, Brochard, Despaulx-Ader, Houzé de l'Aulnoit, Manouvrier, Krishaber, Riant, étaient plus particulièrement assidus, et nous rendrons compte de leurs travaux. Quant à l'exposition,

recevait d'elles des honoraires supplémentaires. Le préfet de police mit un terme à ce scandale en ordonnant aux filles isolées de venir subir au dispensaire les visites périodiques et en interdisant aux médecins de l'établissement de les soigner à domicile. C'était établir vers le dispensaire un énorme courant de prostituées. L'inconvénient devint frappant surtout quand M. de Belleyme, en 1828, décida que les femmes des maisons de la banlieue se rendraient chaque semaine à la visite du dispensaire. Les passants étaient offusqués par ces longues et peu édifiantes processions de filles qui traversaient à pied tout Paris pour une destination bien connue. On crut remédier à cet inconvénient en leur interdisant de venir à pied; elles vinrent en chars à bannes; les jours de visite étaient leurs jours de fête. On leur impose enfin les omnibus fermés; mais leurs chants licencieux offensaient encore les oreilles à défaut du regard. Enfin, en 1869, M. Piétri fit cesser le scandale, en décidant que les femmes des maisons de la banlieue seraient, comme à Paris, visitées

elle n'est guère remarquable que par la participation de la ville de Paris, dont tous les services ont été mis à contribution, et qui donnent à cette partie de notre travée un aspect véritablement grandiose.

Nous ne citerons que pour mémoire les maisons Collin et Mathieu, habituées aux triomphes; les remarquables appareils de gymnastique à contre-poids de M. Paz, exécutés avec une perfection incomparable et qui nous ont laissé le regret de n'avoir pas vu dans notre salle un modèle de gymnase français tel que celui d'Enghien, qui est sans rival en Europe malgré sa petitesse. Les lits et fauteuils mécaniques de M. Dupont, imités par plusieurs fabricants prussiens et bruxellois, ont aussi un caractère de fini et une perfection de mécanisme que l'on cherche en vain chez ses rivaux.

Mais, il faut le dire, c'est aux travaux du Congrès plutôt que dans les salles de l'Exposition, qu'il faut rechercher la grande participation française.

(à suivre)

E. DALLY.

TRAVAUX ORIGINAUX

Dermatologie.

ÉTUDE SUR UNE ESPÈCE DE PURPURA D'ORIGINE NERVEUSE, par le docteur COUTY, médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

(Fin. — Voy. les nos 36, 38 et 39.)

On ne peut penser non plus à faire de nos malades des scorbutiques. La confusion entre ces deux espèces morbides est possible et même fréquente, et d'après Rayer les épidémies de Lordat, de Hart, de Forget, étudiées comme du purpura, étaient simplement du scorbut. La confusion est encore plus facile, maintenant que l'on sait, grâce au remarquable travail de M. Villemin (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1874, 770), que le scorbut peut survenir d'emblée et sans cause hygiénique appréciable. Cependant les raisons qui nous ont fait distinguer nos malades des autres espèces de purpura éloignent *a fortiori* l'idée du scorbut, maladie à marche progressive, s'accompagnant d'un état dynamique rapide, etc.

Malgré la présence d'hémorrhagies cutanées et d'accidents intestinaux vraiment spéciaux, le siège varié, la marche erratique des œdèmes cutanés nous avait fait songer à une lésion rénale; malheureusement dans toutes les observations (I, II, X, etc.) où l'urine a été examinée on n'a pas trouvé d'albumine. Il est vrai que dans quelques cas on a constaté une réaction alcaline de l'urine; aux obs. I, XVIII, l'ébullition donnait un précipité redissous par l'acide azotique, et ce précipité incon-

à domicile. Les filles isolées continuèrent seules à se rendre au dispensaire, mais leurs pérégrinations, réparties entre les différents jours de la semaine et les différentes heures de la journée, passèrent inaperçues.

A partir de 1830 le dispensaire fut transféré à la préfecture de police. Il ne tarda pas à perdre son caractère d'établissement de traitement; les médecins durent se borner à l'examen pur et simple. Après l'ouverture de l'hôpital de Lourcine et de l'infirmerie Saint-Lazare, les filles reconnues malades, soit à la visite des maisons, soit à la visite du dispensaire, furent dirigées sur l'hôpital de Lourcine; les délinquantes furent envoyées à Saint-Lazare.

Cette réglementation, qui isole et séquestre les filles publiques des qu'elles sont dangereuses, donne de bons résultats et réduirait sans doute dans de proportions considérables la propagation des maladies vénériennes si la visite était effective. Elle est effective assurément pour toutes les femmes de maisons et pour un certain nombre de femmes isolées; mais parmi ces

stant, au moins à l'obs. 1, serait constitué pour Boucquet par du phosphate ammoniac-magnésien. Dans un seul cas, où, l'urine a été analysée complètement (obs. X), on a constaté une diminution considérable du chiffre total de l'urée avec augmentation des urates. Or, ces altérations de l'urine, du reste légères et inconstantes, ne sauraient rendre compte des troubles œdémateux; et, au contraire, l'alcalinité, la diminution de l'urée s'expliquent parfaitement si l'on admet l'origine nerveuse des accidents observés. Et en effet, n'ayant pu trouver ni dans une lésion d'un organe hémopoïétique, ou autre, ni dans une altération primitive du sang, l'explication des troubles présentés par nos malades, nous sommes amenés par exclusion à la chercher du côté du système nerveux. Ces accidents ont eu une évolution caractéristique: ils se produisent brusquement, sans cause, sans intervalle fixe, disparaissent de même après une durée variable; ils ne modifient pas l'état général, à moins d'une intensité spéciale; au lieu de la marche régulière progressive et souvent cyclique des affections fébriles ou néoplasiques, ils ont présenté la marche symptomatique irrégulière et essentiellement variable des affections nerveuses et surtout de celles dites névropathiques, hystérie, etc.

Dans quelle partie du système nerveux devons-nous localiser la cause de ces accidents?

On sait que des lésions de l'encéphale, et même de la moelle, peuvent déterminer des hémorragies variées; et nous n'avons pas à rappeler les expériences de Brown-Séquard, Vulpian, Schiff, Ebstein, Nothnagel, Navarre, etc., les observations de Charcot et de ses élèves Ollivier, Joffroy, etc. Mais dans ces cas de lésion des centres nerveux, outre l'hémorragie due à une modification consécutive, vaso-motrice, il y a des troubles directs, moteurs, paralytiques ou autres, sensitifs ou intellectuels; or, chez nos malades les fonctions encéphalo-médullaires sont restées complètement intactes. De plus, les hémorragies d'origine centrale sont viscérales, elles siègent sur le pignon, l'estomac, les reins, les capsules surrénales, etc., etc., et non pas sur la peau; elles sont le plus souvent limitées à un organe et ne précèdent pas par poussées successives.

Les troubles intestinaux, crises de coliques et de vomissements que nous avons étudiés, sont eux aussi spéciaux; il n'y a pas eu chez nos malades de ces diarrhées brusques dites émotives, il n'y a pas eu de hémorrhagies ni de mouvements tumultueux des intestins, comme dans certains cas de nervosisme ou excitation cérébrale observés par M. Vulpian; pas de ces paralysies intestinales brusques avec météorisme qui surviennent dans certains cas de lésion médullaire et aussi dans l'hystérie; enfin jamais d'incontinence urinaire et fécale, ce symptôme si fréquent des lésions médullaires.

Les œdèmes cutanés par leur marche ératrice, se distin-

guent, eux aussi, des différents œdèmes d'origine encéphalo-médullaire. Nos malades n'ayant présenté aucun des symptômes caractéristiques d'une lésion encéphalo-médullaire, et de plus les accidents observés différaient par leur marche et leur siège des troubles analogues d'origine cérébro-médullaire, nous sommes amenés en dernier lieu à l'hypothèse d'une lésion du système sympathique.

L'idée n'est du reste pas nouvelle. M. Vallin, le premier, avait insisté sur l'origine probablement névropathique des accidents; consignés dans son intéressante observation: Hénoch et M. Laget admettent l'existence d'un trouble vasomoteur. Malheureusement ces auteurs n'ont étudié que des cas isolés ou, comme Laget, une des variétés d'une espèce plus complexe; de plus, ils ont indiqué ce mécanisme comme probable, mais sans discuter soit son origine, soit sa nature précise; nous sommes donc autorisés à insister davantage, et nous allons non-seulement essayer de montrer l'analogie des accidents présentés par nos malades avec d'autres troubles d'origine nerveuse; mais surtout discuter, à l'aide des faits fournis par la pathologie expérimentale, leur mécanisme intime, et après avoir passé en revue chacun des trois ordres de symptômes, nous essayerons d'expliquer pourquoi ils sont réunis.

Et d'abord les accidents intestinaux. Ils sont très-comparables aux troubles observés chez les ataxiques et si bien étudiés par M. Charcot sous le nom de crises gastriques. Chez nos malades comme chez les ataxiques, la douleur surtout épigastrique survient brusquement; le pouls est tantôt ralenti, tantôt accéléré; les vomissements bilieux très-pénibles laissent dans leur intervalle les fonctions stomacales intactes; enfin dans les deux cas si ces vomissements se répètent trop longtemps ils peuvent amener la mort du malade par épuisement, comme l'a observé M. Vulpian.

Si les crises des ataxiques peuvent être rapportées indirectement à une lésion médullaire, il n'en est pas de même des coliques saturnines, avec lesquelles nos crises intestinales présentent une similitude complète: même début brusque, mêmes douleurs violentes rémittentes, même constipation avec absence de troubles digestifs, même rétraction du ventre; il est vrai que ces symptômes sont à peine étudiés dans quelques-unes de nos observations; ou dans les cas graves ils se sont tardivement modifiés. Mais sur le malade que nous avons observé l'identité était frappante, et elle est nettement indiquée chez plusieurs autres; la pression sur le ventre, toujours rétracté, tantôt augmentait et tantôt diminuait la douleur: or les observations contenues dans la thèse de M. Renaut, dues pour la plupart à M. Vulpian, montrent que, contrairement à l'opinion classique, il en est de même dans la colique saturnine. Chez plusieurs de nos malades, comme dans les obs. 11,

dernières beaucoup négligent de se rendre à la visite de la préfecture de police. Ce sont les plus dangereuses, car le plus souvent c'est parce qu'elles sont malades qu'elles tentent de se soustraire à la visite: elles savent qu'elles ne sortiraient du dispensaire que pour être enfermées à l'hôpital. La fréquence des maladies vénériennes chez ces prostituées insoumises est, on effet, énorme; c'est le tiers ou même la moitié de l'effectif; tandis qu'on ne rencontre en moyenne que 1 femme malade sur 70 filles soumises. On comprend dès lors quelle importance l'administration attache à la régularité des visites des femmes isolées. Autrement on frappait d'une amende de 2 francs celles qui manquaient à la visite; aujourd'hui on les punit par la prison.

Les prostituées inscrites qui réussissent à se soustraire à l'examen médical créent donc pour le public un danger des plus sérieux. Mais la grande plaie c'est la prostitution clandestine. Malgré les plus grands efforts, on n'arrive pas à réduire le nombre des prostituées secrètes, et ce nombre est bien fait

pour causer l'épouvante. En 1830 les rapports de police estimant que dans Paris seulement 60 000 femmes se livraient à la prostitution. Aujourd'hui, après la condensation de la population et l'annexion de la banlieue, on peut bien admettre que leur nombre n'est pas moindre. Dans cette masse, le contingent des prostituées inscrites ne forme qu'un chiffre minime; on en compte seulement 3500, dont 1000 en maisons et 2500 isolées; encore ce chiffre va-t-il en décroissant d'année en année. L'administration a réalisé pour la prostitution régulière presque tous les progrès désirables; le, but qu'elle doit se proposer aujourd'hui, c'est d'étendre son action sur le plus grand nombre possible de prostituées; c'est d'imposer l'inscription à toutes celles qu'elle pourra atteindre; c'est de combattre, d'ailleurs, si on le peut la prostitution clandestine. Elle est bien loin d'atteindre ce résultat: la prostitution clandestine grandit; le nombre des inscriptions décroît.

Quelle est la cause d'une situation aussi déplorable? Je n'hésite pas à le dire: c'est que l'inscription est devenue un

IV, VI, XXI de M. Renault, la douleur était surtout épigastrique. J'ai pu constater à l'obs. I que la pression profonde seule, et non pas le pincement des muscles abdominaux, augmentait la douleur; il y avait entéralgie comme chez les saturnins (Raymond, *Gaz. méd.*, 1876, p. 351), et non myobalgie.

Et de même que nous avons été amené à chercher dans le système sympathique la cause des accidents présentés par nos malades; c'est aussi par un trouble analogue qu'on explique les coliques saturnines. « C'est probablement l'action du plomb sur les plexus solaires et les plexus intra-pariétaux, dit M. Vulpian, après avoir discuté les autres hypothèses, qu'il faut attribuer la douleur si spéciale de la colique saturnine. »

Et maintenant quelle est la nature de ce trouble sympathique? Y a-t-il excitation ou paralysie? Les crises intestinales sont constituées par des vomissements et des coliques. Ces vomissements ne peuvent s'expliquer que par une excitation de l'appareil moteur stomacal; d'autant plus que ces vomissements ont toujours été bilieux, verdâtres ou jaunâtres, et M. Vulpian l'a montré expérimentalement, « les vomissements bilieux sont dus aux violentes contractions antipéristaltiques qui se communiquent de la première partie de l'intestin grêle aux voies biliaires et à la vésicule. »

Quant aux coliques, elles sont dues aussi à une augmentation de la tonicité, de la contractilité intestinale; car si les intestins étaient paralysés il y aurait du ballonnement et non de la rétraction du ventre; s'il y avait défaut d'excitation du système splanchnique on ne s'expliquerait pas ces douleurs gastriques violentes ressenties par les malades; car si M. Vulpian, M. Cl. Bernard ont prouvé expérimentalement que l'irritation des nerfs sympathiques, nerfs splanchniques, nerfs cardiaques, etc., était douloureuse, on n'a point prouvé qu'il en fût de même de leur paralysie. Enfin, ces coliques avec rétraction et douleur s'accompagnent de constipation, et il y aurait diarrhée si le système intestinal était paralysé. On sait, en effet, que la destruction du plexus solaire pratiquée par Budge, ou même la section des filets nerveux intestinaux, comme l'a faite Ar. Moreau, détermine une diarrhée abondante avec dilatation paralytique de l'anse intestinale correspondante. Au contraire, si l'on irrite ces mêmes plexus solaires en les touchant avec de la potasse caustique, on obtient, d'après Muller, Longet, une excitation des mouvements intestinaux sans distension ni diarrhée. Il est vrai que dans les cas mortels, par exemple aux observations X, XI, XII, après les accidents de coliques et de constipation, il est survenu de la diarrhée et du ballonnement, c'est-à-dire des phénomènes de paralysie intestinale; or cette succession possible mais inévidente de deux ordres de phénomènes différents vient à l'appui de la thèse que nous soutenons, car on comprend

également; c'est qu'elle entraîne avec elle une foule d'entraves, de formalités, de vexations. Les excès de l'arbitraire, ou, si vous préférez, du pouvoir discrétionnaire, font le vidé autour de lui. Je ne veux pas m'attaquer aux errements actuels et les rendre seuls responsables du mal que je signale; mais il y a eu bien des malades commises; bien des administrateurs inexpérimentés ont, avec les meilleures intentions, usé sans tact et sans mesure de leur pouvoir illimité et créé dans le camp des prostituées une opinion, un préjugé peut-être, qui les détourne de l'inscription, et que l'administration la plus bienveillante, la plus tolérante, aura grand-peine à déraciner.

Mangin, le dernier préfet de police de la Restauration, n'a-t-il pas eu l'idée de décider par cet merveilleux arrêté du 14 avril 1830, que désormais la prostitution ne s'exercerait que dans les maisons de tolérance; que les prostituées isolées, pour exercer leur métier, devraient se rendre dans ces maisons en qualité d'externes, qu'elles ne pourraient se montrer sur

parfaitement qu'une excitation trop intense aboutisse à des troubles paralytiques; mais on ne saurait, dans ces cas au moins, admettre d'emblée une paralysie.

Les accidents intestinaux ne peuvent donc s'expliquer que par une excitation du système sympathique. Nous allons voir qu'il en est de même du deuxième ordre de troubles.

Si l'on a pu comparer les crises intestinales observées dans ces cas de purpura aux coliques saturnines, peut-être pourrait-on chercher à établir aussi quelque rapport entre les œdèmes étanés et les divers accidents arthralgiques ou fluxionnaires observés assez souvent chez les saturnins, comme le prouvent les observations I, XII, XV, XXIII de M. Renault, qui se demande si ces troubles ne constituent pas une classe spéciale d'accidents saturnins (Renaut, *De l'intoxication saturnine chronique*, 1875).

Sans insister sur cette relation, nous pourrions encore comparer ces œdèmes présentés par nos malades, indolores ou non, portant souvent sur tout un membre, comme aux observations VI, VIII, X, etc., à ces œdèmes arthralgiques étudiés chez les ataxiques par M. Charcot; et aussi à ces œdèmes produits quelquefois chez les grenouilles par la lésion des racines postérieures médullaires, œdèmes dont nous avons récemment (*Soc. de biol.*, et *Gaz. méd.*, 1876, p. 254), après M. Cl. Bernard, observé quelques cas dans le laboratoire de M. Vulpian.

Nous pourrions encore rappeler divers autres troubles fluxionnaires étanés dus à des lésions nerveuses, encéphaliques, médullaires ou périphériques; et il suffit pour se convaincre de la fréquence des œdèmes nerveux de lire le chapitre que leur consacre M. Vulpian dans ses LEÇONS SUR LES VASO-MOTEURS, ce véritable compendium de la pathogénie des affections nerveuses.

Il est vrai que les œdèmes sont le plus souvent douloureux et congestifs dans les cas de purpura; et ils sont pâles et indolores dans les cas de lésion nerveuse, hormis toutefois les fluxions névralgiques. Il est vrai aussi que ces accidents, s'ils sont liés à une lésion encéphalo-médullaire et à une modification permanente du territoire vaso-moteur correspondant, ont un siège fixe et une durée assez longue, au lieu de leur marche erratique et rapide dans les observations ci-dessus. Mais ces caractères nous serviraient justement à faire de l'œdème lié au purpura une classe à part et à le rattacher à un trouble vaso-moteur, non pas secondaire et localisé, comme dans les cas de lésion cérébro-spinale, mais primitif et général.

Et ce trouble nous paraît encore devoir être ramené à une excitation. M. Ranvier a montré, en effet, en électrisant le nerf tympanico-lingual, que l'œdème peut coïncider avec l'augmentation d'action des centres vasculaires, et il attribue ce trouble fluxionnaire non pas à la stase vasculaire, mais à l'augmentation de tension capillaire. M. Brown-Séquard a

la voie publique que pour se rendre directement de leur domicile à la maison de tolérance, que ce trajet ne pourrait s'effectuer qu'après l'allumage des réverbères et avant onze heures du soir; enfin, un costume simple et décent leur était imposé. Des vexations aussi exagérées sont le meilleur encouragement qu'on puisse donner à la prostitution clandestine. On devine quels remarquables résultats cette décision aurait produits si elle avait été appliquée. Mais trois mois après la signature de cet arrêté, la révolution de Juillet venait donner d'autres préoccupations à l'administration. L'arrêté du 14 avril fut d'ailleurs implicitement abrogé par celui du 7 septembre 1830, qui, faisant défense aux filles publiques de paraître dans les rues avant l'allumage des réverbères ou après onze heures du soir, autorisait par le fait le stationnement sur la voie publique, et par conséquent la provocation, depuis la tombée de la nuit jusqu'à onze heures. Livrées à la merci d'une administration capable de semblables excès de zèle, on comprend que les prostituées ont

prouvé aussi que l'œdème pulmonaire consécutif aux lésions du ganglion thoracique supérieur ne se produisait jamais quand ce ganglion avait été enlevé en entier, et il en a conclu que ce trouble était dû à l'excitation et non à la paralysie de ce ganglion. Et comme le fait très-bien remarquer M. Vulpian, dans beaucoup de ces œdèmes nerveux, comme dans les œdèmes du purpura, la peau n'est pas congestionnée, et même quand elle l'est sa teinte n'est pas telle qu'elle devrait exister si la théorie paralytique était exacte.

On est donc amené à admettre, pour expliquer ces accidents fluxionnaires cutanés, une excitation du système sympathique, d'autant plus que cette excitation agit probablement non-seulement par la circulation, mais aussi « en déterminant dans la région où va se nouer l'œdème un trouble nutritif plus ou moins analogue à celui qui constitue le premier stade du travail inflammatoire » (Vulpian, *Leçons sur les vaso-moteurs*, t. II, p. 602). De même, dans nos observations de purpura, les œdèmes simulaient souvent une tuméfaction inflammatoire, mais une inflammation spéciale et peu douloureuse, puisque dans les cas où elle a été articulaire elle n'a jamais empêché la marche, les mouvements, comme l'ont noté Hénoch, Stiedorf, Vallin, etc., etc. De même cet œdème a pu, aux observations IX, XI, XV, aboutir à une gangrène rapide et véritablement comparable à ces esclaires d'origine nerveuse dont la pathogénie est encore si obscure.

Les troubles fluxionnaires observés dans le purpura ne sauraient donc être assimilés à ces œdèmes passifs produits par la ligature des veines, compliquée ou non de section des nerfs; et l'on doit les rattacher, comme d'autres œdèmes nerveux, à une excitation du système sympathique.

Il me restait encore à discuter le mécanisme d'un autre trouble, le seul constant dans tous les cas, et suffisant à lui seul pour constituer l'espèce morbide que nous étudions : les éruptions brusques de purpura.

Cette hémorrhagie cutanée ne saurait mieux être comparée, comme l'a indiqué M. Vallin, qu'aux hémorrhagies névropathiques qu'a si bien étudiées M. Parrot (*Etude sur la sueur de sang*, etc., in *Gaz. hebdom.*, 1859).

Il est vrai que la sueur de sang se fait par les glandes cutanées, mais elle peut aussi, comme dans l'observation V de M. Parrot, s'accompagner d'ecchymoses, et l'on voit noté aux observations I et VI des accidents intestinaux, coliques et vomissements, complètement analogues à ceux observés dans nos cas de purpura. L'hématidrose, qui elle aussi survient par poussée brusque, s'accompagne d'accidents nerveux variés, le plus souvent hystérisiformes, et elle est plus fréquente chez les femmes et non chez les jeunes gens; ce qui la distingue du purpura nerveux et explique peut-être les différences symptomatiques. M. Parrot rapporte aussi un cas de purpura avec hémorrhagie naso-buccale survenue à la suite d'une violente

colère, et un de nos dermatologistes les plus distingués, M. Vidal, citait récemment à la Société de biologie un autre cas de purpura généralisé survenu chez une femme très-bien portante qui avait appris brusquement, deux jours auparavant, la mort accidentelle de son mari. L'existence d'hémorrhagies cutanées de cause nerveuse ne saurait donc être niée.

On ne saurait assimiler ces purpura ou ceux que nous étudions aux hémorrhagies viscérales observées isolément dans le poumon, l'estomac, le foie, etc., à la suite de lésions méso-encéphaliques ou autres que nous avons déjà signalées. Toutefois ces ecchymoses peuvent, elles aussi, s'accompagner d'œdème, très-fréquent, par exemple, dans les cas d'hémorrhagie pulmonaire, d'après M. Vulpian. De même, quoique liées à une lésion cérébrale, ces extravasations sanguines se font-elles aussi, M. Brown-Séquard l'a montré, par l'intermédiaire du système sympathique, et non par les nerfs médullaires. Enfin, comme le purpura, elles se produisent brusquement, aussitôt après la lésion de l'organe nerveux central. Il y a donc certains rapports entre ces hémorrhagies secondaires d'origine encéphalique et les hémorrhagies primitives survenues chez nos malades, soit dans la peau, soit même exceptionnellement dans un des viscères, comme aux observations I, IX, X, XII, XIII. Or, M. Brown-Séquard a expliqué ces ecchymoses viscérales par une excitation vaso-motrice portant surtout sur les veines, et M. Vulpian a constaté dans quelques cas des caillots dans les artères correspondantes, caillots dont la production paraît indiquer un ralentissement du sang et un rétrécissement vasculaire. On serait donc autorisé à admettre une irritation du sympathique. Nous savons cependant que la pathogénie de ces hémorrhagies est encore très-discutée; et si nous rattachons nos éruptions de purpura à une excitation du système vaso-moteur et non à une paralysie, comme Hénoch, Laget, c'est parce que ces éruptions coïncident le plus souvent avec d'autres troubles, œdèmes et surtout crises intestinales, qu'une irritation du sympathique peut seule expliquer; c'est surtout parce que les symptômes généraux présentés par les malades sont des phénomènes d'excitation et non de paralysie du système sympathique.

Chez le malade de M. Villemin, dont les accidents très-marqués et durables ont été assez complètement observés, la peau a toujours été très-sèche; et elle est même devenue squameuse et furturacée au milieu de la maladie; les extrémités étaient froides, plus froides à la palpation qu'à l'état normal; la peau était pâle; et il n'a jamais eu de ces congestions cyanotiques observées dans les cas de paralysie vaso-motrice secondaire, ou même dans ces cas mal définis de névrose vaso-motrice dont M. Vulpian a observé un cas intéressant.

tout intérêt à se soustraire à l'inscription; quelques administrateurs l'ont compris, et déjà, en 1841, M. Delessert recommandait que l'arbitraire ne fut employé qu'avec une réserve équitale et avec une extrême prudence.

D'une part, les prostituées cherchent à se dérober aux atteintes de la police; d'autre part, la police se heurte à des difficultés de tout genre quand elle veut les rechercher. Les modes de la prostitution sont innombrables, et, le plus souvent, le flagrant délit est impossible à constater. Les agents peuvent verbaliser quand la provocation est adressée aux passants par des femmes qui stationnent dans la rue ou à la porte de leur maison, ou à leur fenêtre. L'acte de prostitution est alors patent, et, si elle ne l'est déjà, la femme peut être inscrite d'office. Mais la provocation peut se faire autrement que par parole ou par signe; elle n'a besoin que du regard ou d'une mise qui, sans être exécutoire, diffère par je ne sais quoi de celle des femmes honnêtes, ou d'une allure, d'une attitude que tous trouvent significative, que nul ne pourra dé-

clarer répréhensible. Ce peut faire la police quand cette provocation contenue, mais non déguisée, transparente et insaisissable, s'exerce même dans les lieux publics, sur les promenades, dans les cafés, dans les bals, dans les salles de spectacle, même dans les musées, dans les gares de chemin de fer? Elle ne doute pas qu'elle est en présence d'une prostituée; mais elle ne peut agir; elle ne peut pas imposer l'inscription. Quel scandale, quelles réminiscences passionnées et légitimes, par hasard, un agent s'était trompé! Pour enrégimenter d'office une femme dans la prostitution officielle, il faut constater un délit, un acte caractérisé de débauche vénale; il faudrait pour cela pénétrer dans le domicile; et comment? à moins de faire du guet-à-pens un procédé régulier de police sanitaire. Si l'on veut se fonder sur une déclaration de notoriété, où recueillir les renseignements, où provoquer les dénégations? sinon chez les concierges, qui sont les complices ou les complaisants rémuniérés de ces femmes. Ce sont là des questions bien délicates; c'est une

Il est vrai qu'il y a eu chez ce malade, exceptionnellement, de légers mouvements fébriles; la fièvre paraît avoir été plus marquée dans d'autres observations, X, XII, et elle a coïncidé le plus souvent alors avec de la paralysie intestinale, diarrhée, ballonnement.

La pathologie expérimentale tend de plus en plus, après Heidenhain, Cl. Bernard, etc., à faire de la fièvre une paralysie du système sympathique; mais l'existence possible dans ces cas de purpura d'une élévation de température, à cause de son *inconscience* même, prouve justement que la paralysie vaso-motrice, si elle survient, est consécutive d'un trouble opposé.

Nous n'insisterons pas davantage sur cette discussion, trop longue déjà peut-être, des divers accidents consignés dans nos observations. Quelle que soit la nature du trouble initial, il nous suffit d'avoir montré que ce trouble a son origine dans le système nerveux et non dans les organes viscéraux ou circulatoires restés intacts, et qu'il siège primitivement dans le système sympathique et non dans l'encéphale ou la moelle.

Il nous resterait à examiner pourquoi, dans ces cas, les troubles, sont restés localisés dans une partie du système sympathique, tandis qu'on n'a observé aucune modification fonctionnelle de la vessie, de la pupille, du cœur, etc. Si nous ne craignons d'abuser des données fournies par la pathologie expérimentale, données auxquelles on est si peu habitué à recourir en clinique, probablement parce que bien souvent elles sont encore trop incomplètes, nous hasarderions une explication.

Il est un fait connu, c'est que les glandes salivaires, la vessie, le cœur, etc., sont en rapport très-direct avec les organes nerveux centraux, et nous n'avons pas à indiquer ici les nombreuses expériences qui l'établissent. Si on considère simplement le système vaso-moteur, les vaso-moteurs viscéraux et surtout abdominaux sont eux aussi beaucoup plus influencés par les centres mésophaliques que les vaso-moteurs cutanés, et nous n'avons pas à énumérer ici les nombreuses expériences de Ludwig, Cyon, Thiry, et qui font des vaisseaux splanchniques les régulateurs de la tension générale.

On peut donc diviser le système sympathique en deux sous-systèmes : le premier, que nous venons d'indiquer, très-dépendant de la moelle et du cerveau; le deuxième, constitué par les muscles intestinaux et par le sympathique cutané, qui serait beaucoup plus indépendant. Chez nos malades cette deuxième partie serait seule irritée, simplement parce que l'affection portant primitivement sur les nerfs sympathiques doit occuper seulement les parties véritablement caractéristiques de ce système. Et un autre fait nous paraît venir à l'appui de cette distinction : à savoir que le purpura siège souvent uniquement et, en tout cas, est toujours plus abondant sur

les membres. Or on sait que la face et le tronc, régions éparpillées par le purpura, sont aussi les seuls territoires vasculaires cutanés en rapport direct avec le cerveau anatomiquement (Frank, *Des nerfs vasculaires de la tête*) et physiologiquement, les seuls où se produisent les congestions dites émotives, les seuls qui rentrent dans la partie du système sympathique dépendante directement des organes centraux.

Quoique cette division des nerfs sympathiques en deux classes nous paraisse très-réelle, quoiqu'elle puisse être soutenue à l'aide des expériences si intéressantes de M. Bochefontaine sur la faradisation de l'écorce grise; et aussi à l'aide de recherches que nous avons faites récemment sur l'anémie cérébrale, dans le laboratoire de pathologie expérimentale, recherches qui seront prochainement publiées, nous n'insistons pas sur cette dernière explication.

Nous avons voulu faire surtout une étude clinique; nous avons cherché à séparer du purpura cachectique secondaire et du purpura hémorrhagica primitif, une troisième espèce de purpura d'origine nerveuse; nous avons fait rentrer dans cette espèce quatre variétés dont la première et la troisième avaient été à peine indiquées, et dont les deux autres étaient étudiées sous des noms divers. Nous serons heureux si la discussion pathogénique qui termine ce travail ne paraît pas trop peu riche en faits expérimentaux, trop insuffisante et par conséquent inutile.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 25 SEPTEMBRE 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LE VICE-AMIRAL PARISS.

ÉMANATIONS SULFUREUSES DU SOL. — M. H. Miot adresse une note relative à l'action exercée sur les animaux par les émanations sulfureuses du sol. (Renvoyé à l'examen de M. Bous-singault.)

ACCOUCHEMENTS MULTIPLES. — M. A. Puech soumet au jugement de l'Académie une étude statistique sur la répétition des accouchements multiples. (Renvoyé au concours de statistique.)

grave entreprise que de vouloir soumettre à la surveillance de la police une femme dont l'inconduite bien que notoire s'impose pourtant une réserve qui rend impossible la constatation d'un flagrant délit, et c'est une témérité capable de provoquer les plus grands scandales que de baser une action sur des dénonciations diècles, peut-être, par la malveillance ou par l'ineptie. Comment atteindre la grande galanterie qui, pour certaines classes, est plus dangereuse, que la prostitution infime, dont elle ne diffère d'ailleurs que par le prix assigné aux complaisances? Il est de ces femmes à la mode pour lesquelles le monde a de telles indulgences, que la police est obligée de les ignorer. L'offre et la provocation s'établent effrontément dans certains journaux; il est une presse qui ne craint pas de leur faire une véritable réclame. Mais si elles affichent leurs mauvaises mœurs, elles ont soin de ne pas laisser constater matériellement leur inconduite. Quelle prudence, quelle circonspection la police ne doit-elle pas mettre encore dans ses agissements quand c'est une femme

mariée ou une jeune fille de famille honnête qui se livre à la débauche vénale dans un domicile étranger? Si les conseils, les admonestations, les menaces ne suffisent pas, il faut bien se décider à prendre des mesures pour sauvegarder la santé publique. Je pourrais citer des villes où de telles femmes sont inscrites d'office et soumises à toutes les obligations sanitaires sans que le mari ou le père de famille soit informé.

Vous le voyez, Messieurs, il est facile de formuler des règles absolues; il est facile de déclarer que l'administration doit faire à la prostitution clandestine une guerre acharnée, sans pitié et sans merci; en pratique, elle se heurte à chaque pas à des difficultés qu'on ne peut méconnaître, et souvent elle est obligée de garder des ménagements nécessaires. Oui, sans doute, quand on le peut, il faut frapper énergiquement la prostitution clandestine, la régulariser en lui imposant l'obligation tutéaire de l'inscription; mais, surtout, il faut rendre cette inscription moins odieuse en supprimant autant qu'il est possible les formalités vexatoires.

Académie de médecine

SEANCE DU 6 OCTOBRE 1876. PRÉSIDENCE DE M. CIVILIN.

M. le ministre de l'Agriculture et du Commerce... rapporte de quelques préparations pharmaceutiques... M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce...

M. Gobeley, M. le Président donne lecture d'un discours qui a prononcé à l'occasion de la mort de M. Gobeley, trésorier de l'Académie...

M. Magné donne lecture d'un long travail sur l'alimentation des enfants et des animaux. Il s'appuie sur la physiologie comparée et remarque entre la manière de nourrir les enfants et la manière de nourrir les jeunes animaux une différence qui n'est expliquée ni par leur organisation, ni par les lois de la physiologie.

Il est généralement admis aujourd'hui que le lait constitue la seule nourriture qui convienne aux enfants jusqu'à l'âge d'un an. Mais devons-nous attendre cet âge pour priver l'enfant d'éléments plus substantiels? En un mot, le lait de la femme peut-il suffire pendant les douze premiers mois de la vie? N'est-il pas permis d'affirmer que les besoins des enfants augmentent avec l'âge, que leur squelette devenu plus grand et leurs muscles plus volumineux exigent pour se développer une plus grande quantité de phosphates, d'albuninoides que pendant les premiers mois de la vie? que le lait des mères ne peut pas, pendant douze mois, augmenter dans les mêmes proportions que les besoins du nourrisson? M. Magné résout ces questions par l'affirmative. Il a apporté pas des faits démontrés, mais il appuie son opinion sur des faits observés dans l'hygiène vétérinaire.

On donne aux jeunes animaux une nourriture qui renferme à peu près la composition du lait, mais qui est préférable à ce dernier parce qu'elle est infiniment moins aqueuse et plus substantielle. Mais les mères de famille, les riches surtout craignent d'irriter les organes digestifs de leurs enfants; non encore habitués, disent-elles, aux aliments solides. Les nourrices, pauvres, agissent de même quoique guidées par d'autres motifs, par des raisons d'économie. Les mères et les

autres font prendre des bouillons faciles à digérer, mais impropres à nourrir. Elles ne songent pas à la composition chimique et à la nécessité de mettre la nourriture en rapport avec les besoins des nourrissons.

La composition chimique est cependant le point capital. On conçoit que les organes digestifs s'habituent à des aliments qui ne leur conviennent pas parfaitement au point de vue de la consistance, de la solubilité, mais quel choix peuvent-ils faire quand les éléments leur manquent? Il ne leur est pas plus possible de contribuer à produire une organisation solide sans phosphore et sans azote assimilables ni à un façon de faire une bonne muraille sans pierre et sans mortier.

Il faut d'abord que la nourriture renferme les éléments chimiques nécessaires à l'organisation, et ensuite que ces éléments puissent être assimilés par les animaux supérieurs. On s'abuse quand on croit pouvoir, par des procédés physiques ou chimiques, rendre propres à l'alimentation les matières minérales, les phosphates, les os calcinés, les iodures, les chlorures. La matière inorganique ne peut nourrir les enfants qu'après avoir été animalisée, vitalisée par des êtres inférieurs, animaux ou végétaux.

M. Magné insiste sur les conditions générales d'une bonne alimentation. Il ne faudrait pas, pour prévenir les maladies qui font mourir les enfants; avant et pendant les phénomènes de la dentition, occasionner des affections chroniques qui les éleveraient quelquefois années plus tard.

M. Magné pense qu'il serait utile d'ajouter une sixième question au programme de l'Académie sur l'hygiène de l'enfance. C'est une question relative à la profession des parents. La mortalité des enfants varie beaucoup selon que les parents ou les maris des nourrices sont ouvriers, petits propriétaires, cultivateurs ou bourgeois (grands propriétaires, avocats, rentiers, etc.). On aurait ainsi des indications d'une grande valeur; car toutes ces catégories d'habitants ne nourrissent pas leurs enfants de la même manière.

M. Bouley n'admet pas les opinions exprimées par M. Magné. Toutes ces conclusions reposent sur une erreur. On ne peut assimiler les herbivores et les carnivores. Les herbivores naissent avec les facultés visuelles et locomotrices, et cette précocité indique qu'ils sont aptes à se nourrir de produits étrangers beaucoup plus tôt que les carnivores. Ceux-ci n'ont pas la même organisation en naissant et ne peuvent être nourris que par le lait de leur mère. M. Magné ne s'est pas assez préoccupé de ce point.

M. J. Guérin considère le travail de M. Magné comme un immense programme qui peut révolutionner l'hygiène de l'enfance. L'Académie doit être très-curieuse sur ce point, et lui commander la discussion que lorsque le travail aura été imprimé. Ces questions sont trop complexes; trop délicates

Il y a lieu de modifier quelques pratiques administratives... M. S. surtout, il faut réformer les mœurs et redresser l'opinion. C'est votre rôle, à vous, médecins. Vous devez reconnaître ce sot préjugé de beaucoup d'hommes qui, s'éloignant avec dégoût de la fille inscrite, mépriseraient l'obscure et répugnante, et même mépriseraient une certaine indigence pour la fortune qui fait commerce de son corps sans avoir l'attache de la police. Ce qui est méprisable, c'est la prostitution et non l'inscription. Quand une femme tombe dans cette abjection, elle ne s'abaisse pas plus encore et ne devient pas plus méprisable parce qu'elle se soumet de bonne grâce aux formalités légales, que la société considère comme une sottise; elle garde; il faut réserver son plus grand mépris pour celles qui tentent de se soustraire et consentent à la fois contre la morale et la santé publiques. Je ne dis pas qu'il faut honorer les filles inscrites; je dis qu'il faut considérer comme plus odieuses les femmes qui pratiquent la galanterie vénale. Je dis qu'il vous appartient de faire valoir un argument

capable de toucher bien des hommes: c'est qu'il n'y a qu'une femme véritablement sur soixante-dix inscrites; tandis qu'il y en a une sur trois prostituées clandestines. Le jour où l'opinion sera ainsi rectifiée, la prostitution clandestine sera aux abois, elle se précipitera vers l'inscription. Ce sont donc les mœurs qu'il faut réformer; parce que cette réforme est la première condition de l'amélioration de la prostitution; au point de vue sanitaire. Il faudra bien alors que l'administration abandonne quelques-unes de ses rigueurs. Il serait insensé de vouloir passer toutes ces femmes vers la maison de tolérance. Qu'elles soient libres, pourvu qu'elles n'outagent pas publiquement la décence et qu'elles se soumettent librement aux formalités de la police sanitaire. Je ne vois pas cependant que cette mansuétude relative ait exigé rien qu'elle tourne à la hausse galanterie de la justice anglaise, qui feint d'ignorer la prostitution et considère que la femme plus faible mérite mieux l'assistance; n'hésite pas à prendre toujours parti contre l'homme.

pour être examinés légèrement. On ne peut ainsi conclure, des animaux à l'homme; M. Guérin repousse, du reste, les théories contenues dans ce mémoire.

M. Depaul proteste énergiquement contre les opinions exprimées par M. Magne sur l'alimentation des enfants. M. Bouley l'a déjà dit: on doit établir une différence énorme entre les enfants et les animaux. Du reste, les enfants ne s'élevaient pas seulement par l'alimentation, il faut tenir compte de la température et des conditions hygiéniques. Ce sont ces dernières conditions qui peuvent établir une différence entre la mortalité des villes et des campagnes.

M. le président annonce que le mémoire de M. Mérieux sera imprimé au Bulletin et discuté dans une des prochaines séances de l'Académie.

Académie royale de médecine de Belgique

SEANCE DU 30 SEPTEMBRE 1876. — PRÉSIDENCE DE M. SOUPART.

M. le secrétaire communique une dépêche de M. le ministre de l'intérieur annonçant qu'il se prononce en faveur de l'admission par l'Académie, à la condition que le gouvernement fera modifier le buste de feu le président Yennick.

M. le docteur Detry à Ciney, soumet un travail manuscrit intitulé: Flore de l'Inde Humaine, et demande à pouvoir faire à l'Académie la démonstration des végétaux et des caractères décrits dans cette flore.

M. le docteur Alfred Quinet, à Bruxelles, présente un mémoire manuscrit ayant pour objet les *Aspiis typhilitiques*.

M. Nares-Bary, à Bruxelles, annonce dans quel lettre au duc de Luynes, qu'il a complété avec succès l'ouvrage d'analyse intitulé: la goutte du foie, et qu'il a enveloppé les pipes, etc., de 4 kilogrammes de cette poudre, et trois heures après il a pu se chasser et marcher.

M. Bertrand, secrétaire de la Chambre de travail, à Bruxelles, envoie un exemplaire imprimé d'un projet de pétition à adresser à la Législature, en vue d'établir une loi réglementant le travail des enfants, et demandant, ainsi qu'on le voit, que l'Académie veuille accorder son concours à cette œuvre d'humanité.

Mortua oratio. — M. Thiernes, secrétaire intermédiaire, signale un fait regrettable, à la suite d'une communication qu'il a faite récemment à l'Académie sur son appareil à trans-

fusion, M. le docteur Roussel, de Genève, a publié, en y faisant quelques additions, un tirage à part du BULLETIN, dont le titre renferme, entre autres énonciations, la suivante: « Appareil adopté par l'Académie de médecine de Belgique. » Cette mention est contraire à la vérité. L'Académie, en écoutant avec sa politesse habituelle la lecture de M. Roussel, n'a entendu en aucune façon, — il est à peine nécessaire de le dire, — donner une approbation quelconque à son appareil, dont l'appréciation appartient à tout le public médical.

Le congrès décide à l'unanimité, que cette protestation sera insérée au procès-verbal et au bulletin de la séance.

DE POUS VENEUX COMME SYMPTÔME HABITUEL DE L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DU CHLOROFORME. — M. R. Dodaert fait rapport sur le travail de M. le professeur L. Noël (de Louvain). « Ce travail, dit le rapport, appelle l'attention sur un phénomène important, qui pourra plus tard être étudié de plus près et convenablement, et l'Académie décide que ce travail sera inséré au BULLETIN.

NOTE SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DES CONVULSIONS DES FEMMES ENCEINTEES ET EN COUCHES, par le docteur Charles (de Liège). — M. Borlée fait rapport sur cette note, qui, vu son importance, sera publiée dans le recueil in-8 des Mémoires de l'Académie.

DE LA NATALITÉ EN BELGIQUE. — M. le docteur Bertillon (de Paris), correspondant étranger, fait sur ce sujet une lecture dont nous donnons ci-après le résumé.

L'auteur appelle natalité spéciale le rapport spécial aux âges de fécondité, par opposition à la natalité générale, qui n'est que le rapport des naissances à la population, et n'a pas eu peine à démontrer que c'est sur la première seulement que doivent s'appuyer les recherches statistiques. « Si, dit-il, par la natalité respective des nations on se proposait d'apprécier la fécondité comparée des diverses collectivités naturelles (groupe ethnique ou artificielles (groupe politique, cité, etc.), il sera toujours beaucoup plus rigoureux et plus conforme aux règles du calcul de comparer les naissances annuelles aux seules personnes aptes à les produire et, pour abrégé, aux femmes ayant l'âge de reproduction. Je dis, par exemple, qu'on ne saurait guère comparer la natalité générale de la ville de Paris, qui par 1000 habitants compte 837 adultes de 15 à 60 ans, à la population française, qui n'en a que 617. Si, ignorant ces diversités de composition ou les influences qui en résultent, on faisait cette comparaison, la conclusion qu'on serait amené à en tirer serait certainement contraire à la vérité, car on trouverait que par 1000 habitants il y a 30 naissances vivantes à Paris et seulement de 26 à 27 en France; donc, que la population parisienne est plus prolifique que celle de la nation entière (dans le rapport de 133 à 100, tandis que par la considération des seuls adultes aux âges de

J'en ai dit assez, je crois, pour montrer combien sont pueriles d'autres moyens, imaginés, pour rendre la prostitution moins pernicieuse, et médités lors du congrès international de 1867.

L'un veut que, le vestibule de toute maison de tolérance soit comme une sorte de musée de Bayruth, ou le visiteur puisse contempler l'écrasante représentation de tous les maux auxquels s'expose et s'abandonne la seconde porte.

L'autre veut que tout homme qui entre dans une semblable maison soit soumis à l'examen de la matrone, qui le renverra en quarantaine s'il est malade, ou l'admettra à la libre pratique s'il est sain.

Un troisième, ce fut un grand nom en médecine, que l'assemblée autorisa à prendre la parole, demanda que la matresse de maison soit civilement responsable des maladies contractées dans son établissement, la crainte d'une forte indemnité à payer au client malheureux devant la décider à veiller scrupuleusement sur la santé de ses pensionnaires. Linge-

niers orateur a oublié de dire comment le tribunal établirait l'origine réelle d'une maladie vénérienne, dans un pays où la recherche de la paternité est interdite.

Tout cela, fut-il sérieux, n'a rien que la transmission d'un mal dans les maisons de tolérance; mais ce n'est pas là qu'est le danger. Le danger réel, le danger formidable, le vous l'ai montré qu'il est dans la prostitution clandestine. Il ne diminue pas, il augmente, au contraire. C'est là qu'est le véritable danger des institutions, et des réglementations dont je vous ai indiqué le développement historique. J'ai été pouvoir fonder la critique du passé et du présent l'indication des efforts nécessaires à l'avenir. Je les résume en terminant: abolir l'opium et créer une agitation contre la prostitution clandestine; attendre les rigueurs auxquelles sont soumises les prostituées inscrites.

D'ROCHARD

(A suivre.)

fécondité on trouve que la force reproductive de Paris n'est, au contraire, que dans le rapport de 86 à 100. De même, la France comptant beaucoup plus d'adultes qu'aucune autre nation, devrait aussi avoir plus de naissances... et pourtant c'est elle qui en a le moins : seulement de 26 à 27 pour 1000 habitants, quand la Belgique en a 31 à 32, l'Angleterre de 34 à 35, la Prusse de 38 à 39, la Saxie, la Bavière et la Russie plus de 40 ! Et pourtant les nations anglaise et allemande comptent par 4000 habitants de 350 à 370 impubères, quand la France n'en a que 275 ! Il est donc manifeste que la natalité générale en France, toute faible qu'elle soit, abusiverait encore sur la maigre fécondité des épouses françaises. En effet, cette faible natalité française (de 26 à 27 pour 1000), s'abîmderait nécessairement encore si l'on ne considère que les adultes, puisque c'est la France qui a le plus d'habitants ayant l'âge de la reproduction et que c'est elle qui a le moins de reproduction.

« La Belgique étudiée à ce point de vue, ajoute M. Bertillon, va nous présenter un phénomène presque inverse, et, je crois, tout à fait inattendu. Considérée dans ses rapports avec la natalité générale, elle a une des moindres natalités. Il n'y a que la France qui, soit décidément au-dessous d'elle à cet égard ; la Suisse, les nations scandinaves sont à peu près à son niveau ; mais l'Angleterre, la Hollande, qui comptent de 35 à 36 naissances pour 1000, l'Espagne, l'Italie, la Prusse qui en ont de 37 à 39, la Saxie, la Bavière, la Russie de 39 à 40, la dépassent considérablement. »

C'est pour scruter les secrètes causes qui font la natalité si différente dans les diverses collectivités, européennes, que l'auteur a été sollicité à déterminer avec rigueur l'énergie avec laquelle les femmes de chaque collectivité repèrent les vides que la mort, ou l'émigration, font dans les rangs, et comme en définitive c'est la femme qui conçoit, il s'agissait d'abord de déterminer les limites extrêmes de la période durant laquelle la femme est, par son âge, apte à concevoir. Par deux raisons fortémen appuyées, M. Bertillon a adopté la période de quinze à cinquante ans, et c'est aux femmes de cet âge qu'il a rapporté toutes les naissances. C'est ce qu'il a appelé, ainsi qu'il a été dit plus haut, la *natalité spéciale* (spéciale aux âges de fécondité).

Cela posé, il a calculé la natalité générale et la natalité spéciale pour toutes les nations de l'Europe et en a dressé le tableau. Il est résulté que la natalité de la France est la moins élevée et que celle de la Belgique, quoique notablement plus forte, en est cependant la plus voisine. « On serait donc naturellement porté à penser, dit M. Bertillon, que cette moindre natalité de la France, puis de la Belgique, ont les mêmes causes générales. Eh ! bien, il n'en est pas ainsi ; en analysant ces documents, on arrive à cette conclusion que, dans certaines conditions, la fécondité des femmes belges est une des plus élevées de l'Europe. En représentant par 100 la *natalité générale* belge, celle de la France n'est, que de 83 à 84, celle de l'Angleterre de 110, celle de la Hollande de 112, celle de la Prusse de près de 131. Mais si, au lieu de considérer la natalité générale, on étudie la natalité spéciale, mais surtout la natalité spéciale aux épouses, on voit ces coefficients de profligation descendre de plus en plus pour la France — monter de plus en plus haut pour la Belgique. Ces mouvements imprévus survennent par l'action de deux causes diverses, qu'il importe de rechercher. »

La natalité spéciale de la Belgique étant encore prise pour 100, celle de la France devient 80 (au lieu de 84), celle de l'Angleterre 107 (au lieu de 110), celle de la Hollande 110 (au lieu de 112), et enfin celle de la Prusse 118 (au lieu de 121). Aussi la fécondité comparée de la Belgique se relève déjà un peu par cette détermination. Quelle est la cause de ce premier changement ? C'est qu'en Belgique les femmes aux âges de fécondité sont relativement un peu moins nombreuses que dans les autres pays. Et en effet, l'étude comparée du dénombrement montre que, par 1000 habitants, on ne trouve

en Belgique que 249 femmes de quinze à cinquante ans, tandis qu'il y en a : en France, 258 ; en Angleterre, 257 ; en Prusse, 253 ; en Hollande, 251. Si donc on prend pour 100 le nombre des femmes nubiles en Belgique, il s'en trouvera dans les nations voisines citées plus haut, respectivement 107, 104, 102 et 101.

Les limites assignées à ce compte rendu ne permettent pas d'entrer dans tous les développements que l'auteur a apportés à l'étude de cette question si complexe. Il importe néanmoins d'en signaler un détail ; M. Bertillon a étudié la natalité, dans les sept provinces de la Belgique, dans les rapports avec l'importance des établissements religieux dans chacune d'elles, et il est arrivé à ce résultat que la natalité est en proportion inverse de cette importance. Ainsi, le Hainaut d'abord, le Luxembourg, puis la province de Liège, qui ont le plus de jeunes mères de famille, sont celles aussi où la population monastique est relativement la plus faible (de 21 à 38 par 10 000 habitants, au lieu de 32, qui est la moyenne en Belgique). Un tableau détaillé est annexé à l'appui.

Ces relations constantes entraînent invinciblement l'esprit à penser, dit l'auteur, qu'il y a entre ces deux faits, *toujours concordants*, — peu d'épouses, beaucoup de religieuses ; peu de religieuses, beaucoup d'épouses, — des relations de cause à effet ; non pas qu'il s'en suive que toutes les épouses manquantes sont religieuses — en Belgique, le déficit des épouses est bien autrement important — mais pour d'autres causes. « Les relations constantes signalées plus haut, ajoute M. Bertillon, ne peuvent être sans signification, et, en cherchant à m'en expliquer, je me suis souvenu des déclarations si remarquables de l'Eglise au Concile de Trente : « *Si quel- qu'un ait dit que l'état de mariage doit être préféré à celui de la virginité et du célibat, et que ce n'est pas quelque chose de meilleur et de plus heureux de demeurer dans la virginité et le célibat, qu'il soit anathème !* (sess. XXIV, can. x). » Et déjà, dans le Concile de Tolède, l'Eglise n'avait-elle pas manifesté hardiment et crûment le peu d'estime qu'elle professe pour le mariage et particulièrement pour l'épouse, qu'elle ne paraît pas distinguer de la concubine, quand elle déclare (chap. xvii) : « *Qui non habet uxorem, et concubinam pro uxore habet, a communione non repellatur, tantum ut minus mulieris, aut uxoris, aut concubine, ut ei placuerit; si conjunctione contentus !* » Après des déclarations aussi solennelles, des opinions... que dis-je ? un enseignement aussi inflexible que la vérité elle-même, décrété par deux fois par deux conciles infallibles, pour l'enseignement de ses prêtres, il n'y a plus lieu de s'étonner que ces doctrines, l'idéalisation du célibat — la licence donnée au catholicité ; du moment où il lui faut une femme — de prendre indifféremment *aut uxorem, aut concubinam*, ut ei placuerit, aient de l'influence sur la proportion d'épouses dans les provinces où il y a le plus d'apôtres vovés à l'enseignement des pures doctrines. Il serait, au contraire, surprenant qu'il en fût autrement. »

L'Académie décide que cette communication sera insérée au BULLETIN DE LA SÉANCE. Nul doute que si elle donne lieu à une discussion, elle n'y soit l'objet de plus d'une critique.

DES RÉSECTIONNÉS. — M. le professeur, Mazzoni (de Rome), présente ses publications relativement à des procédés de résection, dont il donne un exposé succinct.

COMITÉ SECRET. — MM. Warlomont et Gallez donnent lecture de leurs rapports, faits au nom des deuxième et troisième sections, sur les candidats à présenter au choix de l'Académie, en remplacement de MM. Flémmeck et Hubert, décédés.

REVUE DES JOURNAUX.

La taxine, alcoolide toxique des feuilles et des semences de l'if (*Taxus baccata*).

Pour obtenir cette substance, on réduit en poudre les semences de l'if, on les épuise par l'éther, on distille ensuite et l'on reprend le résidu par l'eau acidulée; on précipite alors par l'ammoniaque, et l'on obtient la *taxine*, poudre cristalline, odorante, amère, peu soluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, l'éther, le chloroforme et le sulfure de carbone. Elle se colore en rouge par l'acide sulfurique. La *taxine* existe aussi dans les feuilles.

5 à 6 milligrammes injectés sous la peau d'une grenouille tuent en quelques heures; 25 à 30 milligrammes dans la veine jugulaire d'un chien le tuent en une demi-heure; 30 à 40 milligrammes tuent un chat dans le même temps. (*Centralblatt für med. Wissenschaften*, 1876, n° 6, et *Journal de thérapeutique*, 1876, n° 46.)

Le tanguis-pepetla, par le docteur Crescencio GARCIA.

L'auteur rappelle que les Mexicains guérirent un grand nombre de soldats espagnols avec la décoction d'une plante appelée *Huachichild* (*Leselia coccinea*) et, la racine d'une autre espèce nommée *Tanguis-pepetla*, employée traditionnellement contre les *tabardillos* (fièvre pourprée) par les fermiers et habitants des terres chaudes de la zone maritime. Quant à lui, il a constaté les bons effets de cette plante dans la fièvre typhoïde et le *typhus feer*.

Le docteur Garcia n'a pu reconnaître dans la partie réellement utile de la plante, c'est-à-dire dans la racine de *Tanguis-pepetla*, autre chose que du tannin, du mucilage, une matière sucrée et des sels.

Les propriétés physiologiques notées par l'auteur, se réduisent jusqu'à des actions banales: l'accroissement de la diurèse aqueuse et de la sécrétion sudorale. Elles suffirent au docteur Garcia pour faire du *Tanguis* un modificateur du sang, un fébrifuge, ou plutôt un antiseptique, un antizymotique capable d'expulser le miasme des affections typhiques et produisant parfois d'admirables cures demandées vainement aux substances médicamenteuses de la plus haute énergie.

On administre ordinairement la racine de *Tanguis* en tisane (30 grammes pour 300 grammes d'eau). A cette tisane simple on ajoute tantôt du nitrate de potasse (1 gramme) avec du sirop tartrique, tantôt une égale dose de carbonate d'ammoniaque, suivant les indications spéciales. D'autres fois on fait entrer dans la tisane 10 grammes d'iode de potassium, avec 40 centigrammes de sel ammoniac, pour favoriser l'éruption des taches rosées de la fièvre typhoïde et poussées à la peau dans les cas de syphilis, de rhumatisme et de maladies cutanées rebelles. (*Chronica medica-quirurgica de la Havana*, mai 1876, et *Journal de thérapeutique*, août 1876.)

Un cas de myosite ossifiante, par le docteur HUTT.

L'auteur rapporte un cas bien avéré de cette rare affection. Il s'agissait d'un enfant de vingt mois chez lequel il se forma d'abord une petite grosseur dure au-dessous du menton. Graduellement les muscles du cou, du tronc et des extrémités devinrent rigides et ossifiés, et actuellement le petit malade, âgé de quatre ans et demi, est dans l'état suivant: il y a une petite exostose sur le pariétal gauche. Les masseters sont durs par places; dans les muscles du cou quelques faisceaux sont ossifiés et offrent la forme de cordes ou de chapelets. Les muscles du thorax forment une sorte de cuirasse osseuse. Sur le dos il y a cinq ou six exostoses de la grosseur d'une noix. Les muscles des lombes sont durs des deux côtés. Sur les

muscles de l'abdomen une bande osseuse large comme le doigt s'étend à droite depuis le rebord des côtes jusqu'au pubis, tandis qu'à gauche il n'existe que plusieurs noyaux indurés. Les deux articulations scapulo-humérales sont tout à fait ankylosées et les bras restent appliqués le long du tronc, mais les avant-bras sont mobiles et indemmes. Les muscles de la hanche gauche et de la cuisse sont durs et roides, mais ceux de la hanche droite et de la jambe du même côté n'ont rien. La cuisse gauche est fixée à angle droit avec le tronc et la jambe gauche à angle droit avec la cuisse, bien que l'on puisse encore déterminer dans l'articulation du genou un léger mouvement passif. L'enfant est, maintenant solidement sur un fauteuil bas, et au moyen de sa jambe droite il peut se mouvoir d'un point à l'autre de la chambre. Il se sort d'une longue fourchette et peut ainsi prendre lui-même des aliments solides; mais pour boire il a besoin de l'aide de quelqu'un.

On n'a encore trouvé pour cette affection aucune étiologie satisfaisante, et de même aucun traitement n'a donné de résultat. (*Alg.-mont. central Zeitung*, et *Paris médical*, 21 sept. 1876.)

Zone de la langue, par M. le docteur GELLE.

L'auteur rapporte une observation fort intéressante de zone de la langue, limitée au côté gauche de cet organe et dans la partie innervée par le lingual. Voici ce dont il s'agit:

Obs. — Une dame de cinquante-cinq ans, d'une santé assez robuste et n'ayant jamais eu d'autre affection que des coliques néphrétiques, fut contrainte de porter un catétre. Peu de temps après, elle éprouva des douleurs sourdes dans le côté gauche de la langue. Ces douleurs, d'abord assez peu vives et ne revenant que de temps à autre sous l'influence des irritations locales; ne tardèrent pas à augmenter et à devenir continues avec des exacerbations, au point qu'au bout de trois semaines la malade éprouva des douleurs extrêmement vives dans le côté gauche de la langue, douleurs provoquées par la plus légère excitation et s'accompagnant d'irradiations dans le nerf sous-orbitaire correspondant.

Au début des douleurs vives, la face dorsale de la langue (côté gauche) avait pâli. Au moment du stimulus il rougit et y avait à la langue deux foyers douloureux (la gauche). L'un près de la pointe, l'autre environ à la partie moyenne. Au niveau de ces deux points existe une petite exculcation ovalaire, au fond de laquelle on constate des papilles rugueuses saillantes qui se détachent sur le fond de l'exulcation. Ces ulcérations guérissent fort lentement, et ce ne fut guère qu'au bout d'un mois que la malade cessa d'éprouver des douleurs.

Ces cas de zone de la langue nous à paru dignes d'intérêt. (*Trébuchet médicale*, 1876, n° 403, page 219.)

Empoisonnement aigu par le phosphore, par M. P. LUCAS, CHAMPIGNONNIÈRE, interne des hôpitaux.

Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans, qui a pris une tasse d'eau tiède dans laquelle elle avait gratté le phosphore d'une demi-livre d'allumettes. Cinq jours après, elle est dans un état d'agitation continuelle; elle accuse des douleurs généralisées, mais rien de précis. La connaissance est conservée; bien que les réponses soient difficiles à obtenir. Légère teinte subicterique des conjonctives; et très-légère teinte icterique de la peau. Langue sèche, rétention d'urine. Les urines contiennent beaucoup d'albumine; on y trouve pas de matières colorantes de la bile. Elle meurt la nuit suivante.

A l'autopsie, les muqueuses œsophagienne et gastro-linguale sont saines. Ecchymoses nombreuses du tissu cellulaire sous-péritonéal au niveau des attaches mésentériques et de l'épiploon; ecchymoses sous-péricarditiques et sous-pleurales; congestion des méninges sans ecchymoses. Dégenérescence graisseuse du muscle cardiaque; du foie et des reins. (*Année de la Soc. anat. de Paris*, août, page 600.)

BIBLIOGRAPHIE

Influences mécaniques de la respiration sur la circulation artérielle; recherches critiques et expérimentales, par C. GAUTIER. — Thèse. Paris, Doin, 1876.

Le sujet de la thèse de M. Gautier pour n'être pas nouveau n'en a pas moins d'intérêt; de récentes discussions académiques nous ont, en effet, montré combien les physiologistes sont peu d'accord sur l'influence de la respiration sur la circulation. Il y avait là matière à un travail de critique expérimentale. M. Gautier l'a tenté, et, sans combler toutes les lacunes, il a du moins bien précisé quelques points importants que nous allons rapidement présenter.

Les mouvements respiratoires exercent leur influence sur l'air extérieur, qu'ils appellent et expulsent tour à tour; sur le sang veineux, dont ils accélèrent ou retardent le courant centripète; sur le sang artériel, dont ils favorisent ou modèrent l'écoulement vers la périphérie.

Ces influences doivent être considérées surtout, sinon exclusivement, comme des influences d'ordre mécanique: les variations de la pression intra-thoracique correspondant à chacune des deux phases de la respiration, commandent, en effet, les changements observés dans la circulation périphérique: la tension artérielle augmente quand s'accroît la pression intra-thoracique et diminue avec elle. Il semble dès lors que le rapport noté autrefois par Ludwig (*augmentation de la pression artérielle pendant l'expiration, abaissement pendant l'inspiration*) devrait être constant, puisque l'entrée de l'air dans le poulmon s'opère en vertu de la diminution de la pression intra-thoracique et que l'expulsion de l'air est subordonnée à l'augmentation de cette pression. Pourquoi donc certains physiologistes, comme Vierordt, ont-ils observé l'inverse du rapport annoncé par Ludwig; pourquoi d'autres, comme Einbrodt, ont-ils constaté l'entre-croisement des courbes de la tension artérielle et des courbes respiratoires? M. Gautier aurait pu défendre, lui aussi, chacune de ces opinions inverses s'il eût voulu étendre à tous les cas les conclusions des résultats que lui avaient fournis quelques-unes de ses expériences; mais il a su tenir compte des conditions dans lesquelles ces différents rapports avaient été notés, et il a pu vérifier ainsi l'importance du type respiratoire, sur laquelle avait déjà insisté Marey. Les animaux dont la respiration est toute thoracique, calme, régulière, présentent un abaissement de la pression artérielle pendant la phase inspiratoire, une élévation pendant la phase expiratoire.

De thoracique la respiration devient-elle abdominale, le rapport précédent se renverse, et M. Gautier en donne comme exemple les tracés simultanés de la respiration et de la pression chez un lapin, qui offrit successivement les deux types respiratoires avec les modifications correspondantes des rapports entre la pression artérielle et la respiration. Dans d'autres expériences l'auteur a constaté les mêmes faits que Einbrodt: l'entre-croisement des courbes de la pression artérielle et de la respiration; mais en précisant les conditions de ce nouveau rapport il a pu encore le subordonner aux variations survenues dans le type respiratoire.

L'étude de l'influence des changements de la pression intra-thoracique a beaucoup gagné à être poursuivie comparativement chez les animaux, chez l'homme, sur des poulmons isolés soumis à une circulation artificielle, et enfin sur les appareils schématiques à l'aide desquels on peut toujours faire la synthèse des phénomènes d'ordre mécanique. Dans son travail, M. Gautier a su tirer profit de toutes les recherches faites par d'autres et reprises en partie par lui-même; il a répété les expériences déjà exécutées (Mosso, François-Franck) sur l'influence qu'exerce la respiration sur la circulation périphérique chez l'homme, en explorant les changements de volume

des organes vasculaires. M. Salathé lui a communiqué des recherches encore inédites sur les changements de volume du cerveau dans leurs rapports avec les mouvements respiratoires; les travaux de (Quincke et Pfeiffer, repris et complétés par M. Héger et démontrant l'influence du déplacement du poulmon sur sa propre circulation, ont été à leur tour analysés et reliés à l'ensemble du travail; ceux de MM. Grélaud, Rosanelly, sur les effets inverses de la respiration par le type normal (aspiration pleurale) et par le type artificiel (insufflation trachéale) ont fourni à M. Gautier une excellente contre-épreuve des résultats obtenus dans la première partie de ses recherches; enfin, en répétant des expériences faites autrefois par le professeur Marey sur un appareil schématique, l'auteur a pu faire varier en connaissance de cause les rapports qu'il établissait.

Tout ce qui a trait aux variations de la circulation périphérique dans leurs rapports avec les mouvements respiratoires est, comme on le voit, sérieusement étudié. Les recherches historiques, critiques et expérimentales sur ce point nous semblent complètes et bien cougées. M. Gautier aurait pu s'en tenir à ce sujet, déjà assez vaste, et ne point aborder, pour les écarter forcément, deux autres côtés de la question: je veux parler de la fréquence des battements du cœur, qui diffère, comme chacun sait, aux deux temps de la respiration, et des influences que peut exercer la composition gazeuse du sang sur les appareils d'innervation cardiaque et vaso-motrice. Ce sont là des sujets de recherches considérables, et M. Gautier avait consacré trop de développements à son étude principale pour donner aux points qu'il a cru devoir indiquer toute l'attention qu'ils nous semblent mériter. Nous ne savons absolument pas pour quelle raison le cœur se ralentit pendant l'inspiration et s'accélère pendant l'expiration, et il ne suffit point de laisser entrevoir que sa situation dans le milieu thoracique, sous pression variable aux deux temps de la respiration, peut exercer une certaine influence sur son rythme. Le rythme du cœur n'est pas seulement subordonné aux influences mécaniques que l'organe peut subir, et Marey avait lui-même nettement formulé cette réserve quand il écrivait: « La fréquence des battements du cœur, toutes choses égales d'ailleurs, est en raison inverse de la pression artérielle. » Cette restriction faite par Marey à propos de la pression à surmonter par le cœur et relative aux influences nerveuses, doit être maintenue quand on considère les rapports de la fréquence des battements avec les variations de la pression péri-cardiaque.

Le chapitre consacré par M. Gautier à la discussion des effets du sang chargé d'acide carbonique, riche ou pauvre en oxygène, paraîtra également bien court si l'on se reporte aux travaux si considérables publiés soit en Allemagne, soit en France, sur cette question encore entourée de tant d'obscurités.

Nous ne faisons point à l'auteur le reproche d'avoir voulu traiter trop complètement son sujet; nous notons seulement qu'il faut juger son travail sur la première partie, qui est bien présentée, remplie de faits, de tous points digne d'éloges.

Pourquoi faut-il que la lecture de cette bonne thèse soit rendue difficile, quelquefois décourageante, par la quantité d'erreurs typographiques qu'elle renferme? Il est vraiment fâcheux que certains éditeurs puissent se croire autorisés, comme nous savons que cela s'est produit pour le travail de M. Gautier, à livrer des thèses à la Faculté sans que les auteurs aient pu y faire aucune correction.

D^r FRANÇOIS-FRANCK.

Recherches sur l'albuminurie des femmes enceintes,
par le docteur Ch. PETIT. — Thèse de Paris, 1876.

Les accidents graves qui peuvent survenir chez les femmes atteintes d'albuminurie pendant la grossesse donnent à ce sujet un intérêt particulier. Les recherches de M. Petit portent principalement sur les causes déterminantes de l'albuminurie; il ne traite qu'accessoirement la pathogénie de ce symptôme en discutant les diverses théories présentées à ce sujet. A ce point de vue il constate d'abord que l'on doit distinguer deux formes d'albuminurie, suivant qu'elle se produit pendant la grossesse même ou pendant le travail: l'albuminurie gravidique est beaucoup moins fréquente que l'albuminurie du travail. M. Petit croit pouvoir établir que l'albuminurie, recherchée au neuvième mois de la grossesse, n'existe chez les femmes que dans la proportion de 1/7; chiffre inférieur à celui de 1/5 donné par M. Blot.

L'influence du travail sur la production de l'albuminurie paraît incontestable. Quand l'albuminurie préexiste, elle s'exagère au moment de l'accouchement.

On s'exposerait donc à des erreurs notables en se fondant sur l'analyse des urines des femmes récemment accouchées pour établir la fréquence de l'albuminurie gravidique, le travail lui-même pouvant provoquer ce symptôme.

La primiparité, comme l'avait établi antérieurement M. Blot, prédispose à l'albuminurie. La question d'âge n'est pas non plus indifférente; ce sont les femmes les plus jeunes qui sont atteintes de préférence. A mesure que l'âge augmente, que les grossesses se multiplient, les chances d'albuminurie diminuent. Dans la majorité des cas, l'albuminurie de la mère n'a pas d'influence fâcheuse sur le développement de l'enfant. Il semble même que le développement un peu exagéré de l'enfant n'est pas sans influence sur la production de l'albuminurie chez la mère.

Tous ces résultats sont établis sur des recherches faites avec soin et chez un nombre considérable de femmes.

L'auteur rejette la théorie de la compression comme cause mécanique de l'albuminurie. Il la rattache (avec M. Péter) à l'hyperliémie rénale, qui va croissant depuis le début jusqu'à la fin de la grossesse. Quelle que soit celle de ces deux théories que l'on adopte, on ne fait qu'expliquer l'hyperliémie rénale liée à la grossesse, sans déterminer en aucune façon la cause qui, modifiant un état physiologique normal, produit chez un petit nombre de femmes l'albuminurie, et dans quelques cas les formidables accidents qui caractérisent l'éclampsie.

Index bibliographique.

DES PARALYSIES TRAUMATIQUES DES MEMBRES INFÉRIEURS CONSÉCUTIVES À L'ACCOUCHEMENT LABORIEUX, par Louis-Albert LEFEBVRE. Thèse de Paris, 58 pages. Adrien Delahaye et C^o, 1876.

Les paraplégies puerpérales sont un fait assez fréquent dans l'histoire des accouchements pour qu'on n'ait pas lieu de s'étonner lorsqu'on les voit survenir chez une femme enceinte; elles peuvent être dues à des causes diverses, l'urémie, l'anémie, l'excitation réflexe (Nonat, Hervieux), l'obstacle à la circulation, des troubles cérébraux, médullaires, l'hystérie, l'empoisonnement puerpéral, et enfin le traumatisme; c'est cette dernière cause qu'étudie M. Lefebvre. Pour cet auteur, le traumatisme des nerfs destinés aux membres inférieurs se produit par l'action du forceps ou par la compression exercée par la tête du fœtus; mais il étudie spécialement la paralysie limitée à un seul côté des membres inférieurs, et s'appuyant sur ses observations de M. Bianchi et sur quatre observations personnelles, il conclut que :

Les paralysies traumatiques, consécutives à l'accouchement laborieux, chez la mère, ne s'observent qu'à un seul des membres inférieurs.

Les paralysies sont localisées dans la sphère de distribution du nerf sciatique poplitée externe.

Le nerf sciatique poplitée externe est, en grande partie, la continuation du nerf lombo-sacré; c'est à la compression de ce tronc nerveux, au niveau du détroit supérieur et avant son entrée dans le plexus sacré, que paraît être due la localisation des symptômes. Cette dernière conclusion est très-séduisante comme théorie, mais l'observation de M. Lefebvre n'est pas une preuve absolue que la paralysie du nerf sciatique externe soit toujours due à la compression du nerf lombo-sacré avant son entrée dans le plexus sacré; mais c'est là une cause dont on devra tenir compte, surtout si elle est prouvée par de nouveaux faits.

NOTE SUR LES ALTÉRATIONS DU CŒUR, DU FOIE, DES REINS, CHEZ LES ALIÉNÉS, par M. le docteur E. Durquin (de Grenoble). Brochure in-4 de 30 pages. — A. Delahaye, 1876.

C'est à peine si dans les auteurs classiques, on trouve mentionnées les diverses affections qui entraînent si souvent les paralysies générales. M. Dufour a entrepris cette étude qui repose sur 61 observations; malgré ce nombre trop minime de faits pour permettre de poser des principes sur cette question, on peut néanmoins noter les résultats que d'autres faits ne tarderont pas à venir contrôler: les altérations du cœur se rencontrent 43 fois sur 61 cas ou 74 pour 100; celles du pœmon, 55 pour 100; de la plèvre, 47 pour 100; du péricarde, 21 pour 100. Quant aux organes abdominaux, le foie est lésé dans les mêmes proportions que le cœur, 74 pour 100, et les reins dans les rapports de 57 pour 100. « Pour nous, dit M. Dufour, il est, en fait acquis, c'est que très-fréquemment chez bon nombre d'aliénés, les organes les plus essentiels à la vie, ceux qui servent ou contribuent à l'épuration ou à la formation du liquide nourricier et à sa distribution régulière dans l'économie, ont subi des modifications graves de texture. » Cet article sera consulté avec intérêt; le tableau des observations renferme les faits les plus intéressants de l'histoire de la maladie, et pourra servir plus tard à poser peut-être des règles sur les concomitances des altérations des organes thoraciques et abdominaux dans la paralysie générale et l'aliénation mentale.

DE LA DÉTERMINATION DE LA QUANTITÉ D'HÉMOGLOBINE CONTENUE DANS LE SANG; par A. RAJEWSKY. Travail du laboratoire du professeur Hoppe-Seyler.

L'auteur compare premièrement par de nombreuses analyses la méthode calorimétrique à celle de Preyer pour l'évaluation de l'hémoglobine. Les erreurs de la première s'élevèrent seulement à 0,42 pour 100, celles de la dernière à 0,73 pour 100. De plus, avec cette dernière méthode, il se produit parfois de grossières erreurs dans les évaluations. La méthode calorimétrique a le désavantage de forcer à avoir toujours de l'hémoglobine à l'état frais destiné à servir de terme de comparaison. L'auteur cherche ensuite un équivalent de l'hémoglobine, et il le trouve dans le picrocarmine déjà employé en histologie. On compare d'abord la solution de picrocarmine avec la solution d'hémoglobine dont le titre est connu et on s'en sert alors comme d'un solution de comparaison. Les résultats ont été très-satisfaisants; dit M. A. Rajewsky; ainsi pour un même échantillon pour 100 d'hémoglobine s'exprimait par 15,08, 15,31, 15,75 pour 100. Les observations s'accordent très-bien les unes avec les autres. La solution se conserve quatre mois sans aucune altération, on n'a donc que rarement besoin de la contrôler. L'auteur prenait en outre, au lieu de vase, des seringues creux à pous à plan parallèle qui pouvaient être remplies des uns contre les autres et représentaient des cellules liquides d'égal épaisseur.

L'auteur trouve la méthode de Bræzel, d'une part très-détaillée et d'autre part insuffisamment sévère. (*Pflüger's Archiv.* XLV: 71; *Centblatt*, 1876, no 33, p. 584.)

ÉTUDE SUR LE MOUVEMENT DE DÉSASSIMILATION CHEZ LE VIEILLARD, par le docteur P. Roche, 1 vol. in-8 de 50 pages avec tableaux. — Paris, 1876. — De l'imprimerie de M. Lefebvre.

Cette thèse fut faite sous l'inspiration de M. Clinchès Bouchard, avant pour but la recherche d'une formule représentative du mouvement de désassimilation chez le vieillard; bien que le but de M. le docteur P. Roche n'ait pas été atteint, il ressort cependant de ce travail des faits importants qui pourront servir à un travail

d'ensemble sur cette question. Voici les résultats auxquels l'auteur est arrivé :

Chez le vieillard, il y a un ralentissement du mouvement de déassimilation; la quantité absolue des urines est diminuée, le chlore n'a pas varié, la densité est à peine changée, et, chose importante, pour un même poids, le vieillard élimine moins d'acide phosphorique que l'adulte dans la proportion d'un douzième, et moins d'urée dans la proportion d'un tiers. Quant à la température, elle serait, comparativement aux chiffres de Wunderlich, abaissée de 8/10 dans l'aisselle. Mais ce chiffre paraît trop fort; et l'abaissement est moindre, quoique réel. La température est, positivement supérieure de 8. 10 à la température axillaire.

ESSAI SUR LES ANGINES RHUMATISMALES ET GOUTTEUSES, par le docteur Jean de LAGOÛNÈRE, 55 pages in-8. — Paris, 1876. — Ad. Delahaye et Co.

Après avoir étudié l'angine rhumatismale coïncidant avec des accidents rhumatismaux, M. de Lagonère se demande s'il peut exister une angine rhumatismale sans rhumatisme, et il conclut à l'affirmative. En effet, on voit parfois survenir, à une époque plus ou moins éloignée de l'angine, des manifestations articulaires. L'angine a précédé ces accidents; si ceux-ci avaient manqué, l'angine n'en aurait pas été moins une angine rhumatismale. M. de Lagonère cite dix restes trois observations à l'appui de cette opinion (obs. XIII, XIV, XV). L'étude de l'angine rhumatismale est très-soignée, celle de l'angine goutteuse est plus rapidement faite; mais deux observations importantes donnent un intérêt particulier à cette partie du travail de M. Lagonère. Voici du reste les conclusions résumées de l'auteur : L'angine se présente sous une forme spéciale, ordinairement avant l'attaque du rhumatisme; parfois elle débute en même temps que la fluxion artérielle. Enfin, mais exceptionnellement, l'angine survient pendant le cours du rhumatisme à une époque plus ou moins éloignée de son apparition. L'angine rhumatismale peut se montrer isolément, sans attaque de rhumatisme. Il n'existe point de rapport entre l'intensité de l'angine et celle du rhumatisme qui lui succède.

L'angine goutteuse a de nombreux points de ressemblance avec l'angine rhumatismale, dont elle diffère par sa nature et par l'intensité plus grande des phénomènes gutturaux.

DE L'ANESTHÉSIE DANS L'HÉMIPLÉGIE HYSTÉRIQUE, par le docteur F. DESBROSSES. Thèse de Paris. — Paris, V. A. Delahaye et Co. 1876.

Cette thèse, faite sous l'inspiration de M. le professeur Lasègue, contient, indépendamment d'une compilation bien faite des troubles de la sensibilité dans l'hystérie, quelques observations inédites présentant quelques particularités peu fréquentes dans le cours de cette affection.

Après avoir expliqué ce qu'il faut entendre par sensations, et les formes diverses de ces sensations, M. Desbrosses recherche l'anesthésie qui correspond à chacune d'elles; puis, en dernier lieu, il établit les distinctions qui doivent être faites pour ne pas confondre l'anesthésie hystérique avec celle qu'on observe dans le cours d'autres maladies de nature tout à fait différente.

A propos de l'anesthésie cutanée, M. Desbrosses cite une expérience curieuse qui montre que les malades qui ont perdu la faculté de recevoir les impressions résultant du contact ou du frottement des objets sur la surface cutanée, ont souvent conservé la propriété de reconnaître par le palper la forme des objets; qu'elles ont, en un mot, conservé le sens du toucher. « Si l'on chatouille ou si l'on pique la pulpe des doigts de certaines hystériques, on ne fait naître ainsi aucune sensation; mais si les yeux préalablement bandés on leur fait saisir et rouler entre les doigts l'angle d'un objet, on voit qu'elles ne sentent ni le piquet et le frottement, aussitôt elles en reconnaissent la forme et disent que l'objet qu'elles tiennent est une épingle. On peut leur faire reconnaître ainsi par le palper différents objets qu'elles ne voient pas. » — Le chapitre *Diagnostic* est une revue assez complète de tous les travaux publiés dans ces derniers temps M. Desbrosses étudie les anesthésies du *cerveau* (méninges et cerveau), de cause simple (myéélite, de cause mésentérique (névrite, névrose, hystérie, chorée, etc.), enfin les anesthésies qui surviennent dans le cours des intoxications et dans quelques maladies aiguës et chroniques. — Cette analyse trop rapide doit avoir une idée de ce travail qui sera lu avec fruit, j'en que ne renfermant rien d'original.

VARIÉTÉS

Chronique de l'étranger.

GRANDE-BRETAGNE. — ASSOCIATION BRITANNIQUE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — LE TÉLÉGRAPHE PARLANT. — LES AMBULANCES ANGLAISES EN SERBIE. — MESURES REPRESSIVES CONTRE L'HYROGNÉRIE. — DIMINUTION DU NOMBRE DES MÉDECINS. — NÉCROLOGIE : FRANCIS SIBSON ET LAYCOCK.

La 50^e réunion annuelle de l'Association britannique pour l'avancement des sciences vient d'avoir lieu à Glasgow, sous la présidence du professeur Thomas Andrews, remplaçant sir Robert Christison, qui n'avait pu assister au congrès. D'intéressants mémoires ont été présentés à la section d'anatomie et de physiologie par MM. Turner, Priestley, Stirling, Mackendrick, Napier et Wanklyd. Nous en ferons plus tard une courte analyse; nous allons seulement donner quelques détails sur l'Association anglaise, dont la création remonte à 1830 et qui a servi de modèle à la plupart des Sociétés du même genre, et plus particulièrement à l'Association française pour l'avancement des sciences.

Le but de la Société est d'imprimer une impulsion plus forte et une direction plus systématique aux enquêtes scientifiques; d'établir des rapports entre les amis de la science dans l'empire britannique et à l'étranger; d'attirer l'attention vers la science et d'écarter tous les obstacles publics qui pourraient entraver ses progrès.

L'Association se réunit tous les ans pendant une semaine et au delà; le lieu de réunion est fixé par le comité général deux ans à l'avance; les arrangements pour la réunion sont confiés aux agents de la Société. D'après les derniers règlements, les nouveaux associés peuvent être reçus aux conditions suivantes : membres à vie, 250 francs; souscripteurs annuels, 50 francs la première année et 25 francs les années suivantes. Les femmes peuvent faire partie de la Société. Les congrès sont divisés en dix sections. Nous donnons les bureaux des quatre sections qui se rattachent plus particulièrement aux sciences médicales : *Anatomie et physiologie*, président, M. Mackendrick; secrétaire, M. Knox. — *Biologie*, président, M. A. Newton; secrétaire, M. Alston. — *Anthropologie*, président, M. Russell Wallace; secrétaire, M. Braubrook. — *Chimie*, président, M. W.-H. Perkins; secrétaire, M. Thomson.

— Nous signalons en passant la section des sciences physiques à laquelle un grand nombre d'appareils électriques, appliqués à la thérapeutique, ont été présentés. Dans une intéressante conférence, le président de cette section, sir William Thompson, a rappelé les merveilles qu'il a été à même d'observer pendant son récent voyage en Amérique. Il a surtout admiré le *Télégraphe parlant*, qui transmet à l'une des extrémités du fil clairement et distinctement tout ce qui se dit à l'autre. « J'ai entendu, dit le savant physicien, de mes propres oreilles et de la façon la plus intelligible, ce petit disque circulaire me répéter mot pour mot toutes les paroles qu'articulait à l'autre bout du fil mon collègue, le professeur Watson. Il tenait sa bouche près d'une membrane bien tendue; celle-ci portait une légère pièce de fer doux, disposée de telle sorte qu'elle pouvait communiquer à un système électromagnétique des vibrations proportionnelles à l'ébranlement sonore de l'air. Celles-ci sont transmises à l'autre bout du fil au petit disque, qui répète, ainsi que je l'ai expérimenté, toutes les paroles. »

— Un grand nombre de médecins anglais sont allés en Orient sur le théâtre de la guerre, sous la direction de la « *National Aid Society* », mais il ne semble pas qu'ils aient pu rendre, jusqu'à présent, de grands services. Manquant de chevaux, de vivres et même d'argent, nos confrères ont vu leurs efforts paralysés par la mauvaise volonté et la mauvaise administration. Parmi les médecins qui se sont rendus en Serbie, nous citerons MM. Mac Cormac, Mac Kellar, Hume et Atwood.

On ne reçoit, du reste, que des renseignements très-vagues sur le mouvement des ambulances. La *Lancet* exprime son étonnement à cet égard et se plaint du silence de nos confrères. Aucun document sérieux n'est en effet parvenu à la presse anglaise, car on ne peut donner ce titre à quelques lettres dans lesquelles il est question de la beauté de la Serbie, de la ferocité des Turcs, de la douceur des chrétiens, etc., mais nullement de blessés, d'ambulances et d'épidémies. Le bruit s'est cependant répandu que la peste avait

fait son apparition dans quelques corps turcs, dans le voisinage d'Alexandrie; mais cette nouvelle n'a pas été confirmée.

— Il est depuis longtemps question en Angleterre de prendre des mesures législatives contre l'ivrognerie qui fait tous les jours des progrès inquiétants. L'Association médicale anglaise avait déjà fait présenter à la Chambre des communes un projet de loi qui n'a pas été pris en considération. Une nouvelle Société vient de se fonder dans le but de restreindre l'alcoolisme et de solliciter l'action du gouvernement (*Society for promoting legislation for the control and cure of habitual drunkards*). Cette Société, qui vient de se constituer sous la présidence du docteur A. Carpenter, compte parmi ses membres un grand nombre de sommités médicales et la plupart des grands dignitaires de l'église et de l'aristocratie: l'archevêque de Canterbury, le cardinal Manning, sir W. King Hall, etc.

L'Angleterre est certainement le pays où l'alcoolisme est le plus développé; les asiles publics d'aliénés et les établissements particuliers sont encombrés, et malgré cela le gouvernement n'a encore proposé aucune mesure législative contre l'ivresse et surtout contre ces alcooliques invétérés que les Anglais désignent sous le nom d'*habitual drunkards*.

— D'après les documents officiels qui viennent d'être publiés, l'armée anglaise possède un chirurgien pour 202 hommes et la population civile un médecin seulement pour 1270 habitants! Le nombre des médecins, qui était en 1851 de 9.7 pour 10 000 habitants, n'était plus que de 8.3 en 1871. Dans l'armée il y a 49 médecins pour 1000 hommes. Ce n'est un secret pour personne que, dans l'armée, il est devenu difficile de combler par des hommes compétents les vides qui se produisent dans le corps médical. Il est certain que les secours médicaux donnés à la population en Angleterre étaient extrêmement défectueux en 1851, et qu'ils le sont plus encore en 1876. Il est à craindre que les secours deviennent à peu près inaccessibles au plus grand nombre. En Irlande, au contraire, le nombre des médecins qui était de 4 pour 10 000 habitants en 1851, s'est élevé à 5 pour 10 000 en 1861 et à 6 en 1871. Mais en Écosse le nombre a diminué comme en Angleterre. Il y avait 7.2 pour 10 000 en 1851, 6.1 en 1861 et 5.2 en 1871. Le nombre des médecins est donc mal distribué et les classes pauvres sont soignées par des individus sans diplôme.

Cette question a occupé le *General Medical Council* dans sa dernière session, mais on remarquera, d'après ces chiffres, que le nombre des médecins est proportionnellement plus considérable en Angleterre qu'en France.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de deux médecins éminents de la Grande-Bretagne: MM. Francis Sibson et Laycock. Francis Sibson était professeur à l'école de médecine de *Saint-Mary's hospital* et avait été élu *Fellow* de la Société royale en 1864. Il a publié plusieurs Mémoires dans les *Bulletins* de cette Société, sur le mécanisme de la respiration, et a fait paraître plusieurs travaux importants sur les affections de la poitrine et du cœur. Sibson était très-aimé de la jeunesse des écoles et passait pour un homme libéral et novateur. Il a propagé en Angleterre un grand nombre d'ouvrages et d'instruments français, parmi lesquels il faut citer le sphygmographe et le cardiographe de Marey. Il était un des membres les plus actifs et les plus anciens de l'Association britannique et avait été récemment nommé sénateur à l'Université de Londres.

Laycock occupait à l'Université d'Édimbourg la chaire de pathologie médicale et remplissait les fonctions de médecin de la reine en Écosse; il était atteint de phthisie pulmonaire et avait dû abandonner l'enseignement pendant ce dernier semestre.

UN PRÉTENDU MANUSCRIT DE DENIS PAPIR. — C'est par erreur que les journaux politiques et plusieurs journaux de médecine ont annoncé l'acquisition récente par la Bibliothèque nationale d'un TRAITÉ DES OPÉRATIONS SANS DOULEUR attribué à Denis Papin. Depuis 1875, le département des manuscrits, n'a acquis que deux volumes de médecine: l'un, qui contient des fragments d'ouvrages, est du X^e siècle; l'autre, est un TRAITÉ D'ASTROLOGIE ET D'OSTÉRIQUE (milieu du XV^e siècle). Ces ouvrages n'ont rien de commun avec le traité dont les journaux ont parlé et qui n'existe pas à la Bibliothèque.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Voici les noms des juges pour le concours de l'Internat: MM. Audouin, Blachez, Dujardin-Beaumez, Gillette, Guéniot, Laboulière.

CONCOURS DE L'EXTÉRIER. — Voici les noms des juges du concours de l'extérior: MM. Martineau, Dieulafoy, Strauss, D'Heilly, Terrillon, Marchant, Nicaise.

ENFANTS ABANDONNÉS. — Il résulte d'un rapport que M. de Nervaux, directeur de l'Assistance publique, vient d'adresser au préfet de la Seine, que le nombre des enfants admis à l'hospice spécial, en 1875, a été de 2338. Ce chiffre, comparé à celui de l'année 1874, présente une diminution de 808 abandons. Si l'on se reporte à la statistique des années précédentes, on voit que, pour trouver un chiffre aussi peu élevé d'admissions, il faut remonter à l'année 1725, époque à laquelle la population de Paris n'était que de 610 000 habitants, le tiers environ de ce qu'elle est aujourd'hui.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — MM. Ferraton et Gordier, médecins principaux de 1^{re} classe; Blondeau, médecin-major de 1^{re} classe, viennent de prendre leur retraite.

LA CRÉATION DES CADAVRES. — On écrit de la Thuringe, le 14, à la *Gazette nationale* de Berlin, que les autorités municipales de Gotha ont adopté définitivement l'incinération facultative des morts. Les cendres seront mises dans des urnes que les parents du défunt pourront garder chez eux ou faire placer dans une partie spéciale du cimetière.

FIÈVRE JAUNE. — La fièvre jaune continue à Savannah sans aucune diminution.

FACULTÉ CATHOLIQUE DE MÉDECINE DE LILLE. — Suivant le *Propagateur* (de Lille), la Faculté sera en mesure de donner des inscriptions dès le 15 novembre prochain. Pour l'année 1876-1877, on organise seulement le cours de première et de deuxième année. La troisième année sera ajoutée en 1877-1878. Au bout de deux ans, l'organisation sera complète.

L'Université catholique a pris la résolution de ne pas admettre les étudiants qui ne visent qu'un brevet d'officier de santé. De même pour les étudiants en pharmacie; on n'admettra que les aspirants au diplôme de pharmacien de première classe. Enfin, il y aura pour les étudiants une messe tous les dimanches; avec une instruction se rapportant à leurs besoins spéciaux.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons seulement aujourd'hui la mort de M. Hennion, médecin de bataillon du génie, décédé à Ypres (Belgique), le 30 août dernier. Les derniers adieux lui ont été adressés par son collègue de l'armée, M. Tedesco.

— On annonce la mort de M. G. Peyraud, médecin à Cavignac; celle de M. Pierre Bernard, connu surtout par ses études de littérature médicale et même, si nous ne nous trompons, par un roman qui a paru dans l'*Union médicale*;

— Celle du docteur Robineau (Alcide), reçu en 1863, avec une thèse *Sur l'emploi de l'eau froide en chirurgie*. Le docteur Robineau était un praticien estimé de Fontenay-Vendée. Il était depuis plusieurs années médecin de l'hôpital de cette ville;

— Celle du docteur Grau, ancien interne des hôpitaux de Paris, qui exerçait à Lima. Il est mort à Paris des suites d'un épilepsie à la joue;

— Celle de MM. Terrals, médecin-major de 2^e classe, et Clément, pharmacien aide-major de 2^e classe;

— Celle enfin de M. le docteur Alexandre Lubanski, membre du Conseil d'hygiène publique du département des Alpes-Maritimes, décédé à Nice, le 25 septembre 1876, dans sa soixante-cinquième année.

LE SPIRITISME EN ANGLETERRE. — M. Lankester, professeur de zoologie à l'Université de Londres, indique de voir que les théories des médiums étaient scientifiquement discutées à l'Association britannique, résolut de prendre en flagrant délit un des prestidigitateurs qui était parvenu à surprendre la bonne foi de quelques savants. Il avisa un certain Hater, dont l'industrie consistait à faire écrire, par les esprits qu'il invoque, la réponse aux questions qui lui sont adressées. Les esprits traçant leur missive sous une table contre laquelle le médium tient l'ardoise collée.

Le crayon se trouve enfoncé entre la table et le cadre de l'ardoise, de sorte qu'aucune puissance humaine ne saurait s'en servir. M. Lankester acquit bientôt la certitude que Hater écrivait rapidement la réponse au moment même où il passait l'ardoise sous la table, en ayant soin de distraire l'attention des assistants. Le lendemain, le professeur revint accompagné de M. Horatio Donkin, médecin à l'hôpital de Westminster, qu'il présenta comme un ami incrédule dont il voulait opérer la conversion. Mais, sans attendre cette fois l'invocation, M. Lankester passa la main sous la table et s'empara de l'ardoise, sur laquelle la réponse était déjà tracée.

ERRATUM. — C'est M. le docteur Latteux (et non Lattent, comme nous l'avions écrit dans notre dernier numéro) qui est nommé chef du laboratoire des Cliniques de la Faculté.

État sanitaire de Paris :

Du 15 au 21 septembre 1876, on a constaté 855 décès, savoir :
 Variole, 4. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 2. — Fièvre typhoïde, 61. — Erysipèle, 4. — Bronchite aiguë, 27. — Pneumonie, 32. — Dysentérie, 2. — Diarrhée cholériforme des enfants, 16. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 4. — Group, 15. — Affections puerpérales, 3. — Autres affections aiguës, 258. — Affections chroniques, 353, dont 137 dus à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 31. — Causes accidentelles, 26.

Du 22 au 28 septembre 1876, on a constaté 814 décès, savoir :
 Variole, 5. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 5. — Fièvre typhoïde, 59. — Erysipèle, 6. — Bronchite aiguë, 19. — Pneumonie, 33. — Dysentérie, 3. — Diarrhée cholériforme des enfants, 9. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 1. — Angine couenneuse, 7. — Group, 9. — Affections puerpérales, 4. — Autres affections aiguës, 245. — Affections chroniques, 348, dont 147 dus à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 30. — causes accidentelles, 21.

SOMMAIRE. — PARIS. Aspect général de l'exposition et du congrès de Bruxelles. — TRAVAUX ORDINAIRE. Dermatologie : Étude sur une espèce de purpura d'origine nerveuse. — SCIENCES AVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. Académie de médecine de Belgique — REVUE DES JOURNAUX. La toxine. — Le langage poétique. — Un cas de myosite ossifiante. — Zona de la langue. — Empoisonnement par le phosphore. — BIBLIOGRAPHIE. Influences mécaniques de la respiration sur la circulation artérielle. — Recherches sur l'alluminaire des femmes enceintes. — Index bibliographique. — VARIÉTÉS. Chronique du étranger. — Un prétendu manuscrit de Denis Papin. — FEUILLETON. Leçons sur l'hygiène et la prophylaxie des maladies vénériennes.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Le carnet du médecin praticien, formules, ordonnances, tableaux du pouls, de la respiration et de la température, comptabilité. 1 cahier oblong avec cartonnage souple. Paris, J.-B. Baillière et fils. Franco par la poste. 1 fr.

Recherches physiologiques sur l'immersion du cœur, par le docteur L.-G.-C.-F. Miot. In-8 de 138 pages. Paris, G. Masson. 3 fr.

Des lésions du fœtus dans les présentations spontanées de l'extrémité pelvienne et dans la version, par le docteur Ducourneau. 1876. In-8 de 100 pages. Paris, Octave Doin. 3 fr.

Recherches cliniques et expérimentales sur l'action des eaux sulfureuses d'Éaux-Bonnes, par le docteur Andral. 1876. In-8 de 51 pages avec 4 tableaux. Paris, Octave Doin. 2 fr.

Réflexions sur la pneumonie et sur son traitement, à propos d'une épidémie de bronchite et broncho-pneumonie, par le docteur Dauvergne père. 1876. In-8 de 28 pages. Paris, Octave Doin. 1 fr.

Sur les propriétés toxiques de la glycérine, par les docteurs Dujardin-Beaumez et Audigé. 1876. In-8 de 15 pages. Paris, Octave Doin. 50 c.

Précis d'opérations de chirurgie, par le docteur J. Chauvel. 1877. In-12 de 692 pages avec figures. Paris, J.-Baillière et fils. 6 fr.

Sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques des sels de cicutine, et en particulier du bromhydrate de cicutine, par le docteur Dujardin-Beaumez. 1876. In-8 de 15 pages. Paris, Octave Doin. 50 c.

Clinique odontologique du docteur Magilot. De la variété rotation sur l'axe et de son traitement par la luxation immédiate, leçons et observations recueillies par le docteur Pietkiewicz. 1876. In-8 de 23 pages avec 16 figures dans le texte. Paris, Octave Doin. 1 fr.

Des bains de mer chez les enfants, par le docteur Brochard. 2^e édit. 1 vol. in-12. 2 fr. 50

Essai sur les angines rhumatismales et gouteuses, par le docteur Lagoanère. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 1 fr. 50

Étude sur les hôpitaux et les maternités, par le docteur J. Félix. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 2 fr.

Chirurgie utérine. De la rétroversion et de la rétroflexion de l'utérus; de leurs traitements, par le docteur Chamard. In-8 de 81 pages. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 2 fr.

De l'épidémiologie syphilitique, précédé de quelques considérations sur les périodes secondaire et tertiaire, par le docteur Balme. In-8 de 86 pages. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 2 fr. 50

Recherches géologiques, botaniques et statistiques sur l'impaludisme dans les dombes et le marais paludé, par le docteur Magnin. In-8 avec 1 planche. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 3 fr. 50

De l'influence des émotions morales sur le développement des affections catarrhales, par le docteur Meyer. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 1 fr. 50

Étude sur le traitement des métrorragies en général, et spécialement sur les cautérisations intra-utérines, par le docteur Devins. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 2 fr.

De la papille, anatomie, physiologie, séméiologie, par le docteur Drouin. 1 vol. in-8 avec fig. dans le texte. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 7 fr.

Des affections de la cloison des fosses nasales, par le docteur Casabianca. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 2 fr.

Contribution à l'étude des éruptions de la conjonctive, par le docteur Savy. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 2 fr.

Des manifestations du rhumatisme sur l'arthère et la vessie, par le docteur Guillaud. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 1 fr. 50

Du rhumatisme pendant la grossesse, par le docteur Tison. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 1 fr. 50

Contribution à l'étude du tétanos, étiologie, température et traitement par le chloral, par le docteur Chopard. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 2 fr. 50

Essai sur les variations de l'urée et de l'acide urique dans les maladies du foie, par le docteur Genouvix. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 2 fr. 50

De la splénotomie chez l'homme, avec une étude sur la physiologie de la rate, d'après un récent mémoire de M. Ch. Robin et une nouvelle observation de splénotomie pratiquée avec succès par le docteur Péan, par le docteur Barrault. 1876. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 2 fr. 50

De la lymphadénite péri-utérine (phlegmon du ligament large), historique et pathogénie, par le docteur Auger. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 2 fr.

Étude sur les troubles de l'intelligence, des penchants, de la sensibilité et de la motilité chez les épileptiques, par le docteur Pivion. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 1 fr. 50

Étude clinique sur deux cas de goutte saturnine, par le docteur Halma Grand, avec 2 planches. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 2 fr. 50

Considérations générales sur les hydrocèles vaginales de l'adulte, par le docteur Ramos de Fonseca. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^e. 1 fr. 50

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 12 octobre 1876.

Académie de médecine : MÉMOIRE SUR L'ALLAITEMENT ET LE SEVRAGE DES ENFANTS ET DES JEUNES ANIMAUX : M. MAGNE.
— DE L'ACIDE SALICYLIQUE COMME AGENT ANTISEPTIQUE ET ANTIPUTRIDE. — APERÇU GÉNÉRAL DE L'EXPOSITION ET DU CONGRÈS DE BRUXELLES.

Allaitement et sevrage des enfants et des jeunes animaux.

On se souvient de l'émotion légitime soulevée il y a quelques années par les résultats de l'enquête sur la mortalité des nouveau-nés. L'intérêt qui s'attache à ces graves questions s'est éveillé de nouveau à la lecture du mémoire de M. Magne sur l'alimentation des jeunes enfants. L'honorable académicien, frappé, comme il le dit, de la similitude qui existe entre les nourrissons à quelque espèce qu'ils appartiennent, se demande pourquoi on n'applique pas aux jeunes enfants des procédés d'alimentation dont le succès a été constaté par les éleveurs chez les jeunes animaux. Il s'étonne de la défaveur qui s'attache à l'allaitement artificiel; il trouve peu rationnel que la seule nourriture de l'enfant pendant la première année soit exclusivement le lait de la mère ou, à son défaut, celui d'une bonne nourrice. Il critique vivement, au nom de la chimie biologique, le régime habituellement prescrit aux enfants au moment où cesse l'allaitement: La quantité de matières azotées, celle des substances minérales, na lui paraissent pas suffisantes dans les potages, les bouillies, les soupes au pain blanc qui constituent le régime à peu près exclusif de l'enfant au moment du sevrage. Revenant aux procédés des éleveurs, aux modifications qu'ils apportent chaque jour dans l'alimentation de leurs jeunes sujets, il voudrait que l'on profitât de cet exemple et qu'on s'inspirât

jusqu'à un certain point de leurs procédés pour améliorer le régime et par suite fortifier la constitution des enfants.

Nous croyons qu'il faut, savoir gré à M. Magne de s'être attaqué de nouveau à cette éternelle question de l'alimentation artificielle. Il ne s'agit pas de juger si celle-ci est inférieure à l'alimentation maternelle. Tout le monde est d'accord sur ce point. Il n'en reste pas moins vrai que dans les conditions de notre société l'alimentation artificielle s'impose dans une large mesure. Le nombre des mères incapables de nourrir est considérable; celui des nourrices mercenaires est absolument insuffisant, et il ne faut pas oublier que souvent la prospérité d'un nourrisson s'achète par la déchéance de celui qu'il remplace prématurément. D'ailleurs en quel état les parents recourent-ils, dans des cas malheureusement trop fréquents, l'enfant qu'ils ont été obligés de confier à des nourrices étrangères? Si l'on pouvait arriver par des études consciencieuses, et faites sur une vaste échelle, à déterminer les conditions d'une alimentation artificielle applicable à la majorité des enfants, nul doute qu'on ne diminuât dans une large proportion la mortalité dans le jeune âge. Bonne ou mauvaise, l'alimentation artificielle ne peut être écartée. Il s'agit de l'améliorer, et tout effort dans ce sens a droit à nos sympathies. Convenons cependant que l'argumentation de M. Magne ne paraît pas devoir faire avancer la question; elle paraît plutôt la faire reculer, ainsi qu'ont essayé de le lui faire voir MM. Depaul, J. Guérin, Bouley et Devilliers.

L'assimilation par laquelle débute l'honorable académicien, à laquelle il revient sans cesse, et qui en définitive est la base de sa thèse, sera repoussée par tous les médecins. C'est surtout dans l'élevage des herbivores que M. Magne va puiser ses exemples. Mais quel rapport établir entre des jeunes animaux qui marchent, savent leurs mères dès les premiers jours de leur naissance, vont au bout de quelques semaines paître à côté d'elles et comme elles, ont la mâchoire garnie de dents au bout d'un temps relativement très-court, et l'en-

FEUILLETON

Des unions consanguines dans l'antiquité et dans les temps modernes (1).**I. — LES UNIONS CONSANGUINES CHEZ LES POPULATIONS POLYTHÉISTES.**

Vers la fin de la période fétichique (2), la base de la famille ancienne était le culte des ancêtres. Cette idée dominante avait créé l'autorité spirituelle des vieillards, puis un pouvoir sacerdotal dont le nom rappelle partout l'origine domestique. Le passage au polythéisme produisit nécessairement des castes. Les richesses se trouvant alors concentrées en quelques

(1) Extrait d'un article qui paraîtra bientôt dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

(2) « La religion primitive, d'après A. Comte, résulte directement du principe fétichique, où la vie étant supposée universelle, la mort se présente comme prolongeant, sous un nouveau mode, une existence que chacun accorde aux nombreux corps. »

hains, et un homme pouvant fournir à la nourriture de plusieurs femmes, la polygamie se produisit. Elle eut devenues un précieux correctif des terribles luttes qui existaient entre les peuplades, son influence tend à modérer leurs luttes en multipliant les alliances des familles. Quelquefois elle unit ainsi des tribus opposées, en approuvant au vainqueur les veuves de ses filles du vaincu. » (A. Comte.)

Le polythéisme produisit partout un système de conquêtes; des tribus nomades ne sont susceptibles ni d'être conquises, ni de faire des conquêtes. Il faut un noyau sédentaire autour duquel viendront s'ajouter les territoires conquis, sans cela il n'y a aucune efficacité guerrière.

C'est à ce moment de l'évolution humaine, et au moment du polythéisme dont nous venons de faire comprendre l'influence sur l'instinct sexuel, qu'il faut étudier les différentes sociétés afin d'y apprécier comment eurent lieu les mariages entre parents.

La communauté des dieux fit naître la cité. La religion et

fant, relativement si peu précoce, si dénué d'initiative, si absolument dépendant de la mère ?

M. Magne considère le retard de la dentition chez quelques enfants comme le résultat d'une nourriture peu appropriée à leurs besoins. Mais c'est précisément chez les enfants soumis à cette alimentation préconisée par l'honorable académicien : pain, viande, farines des graines oléagineuses ou des légumineuses, etc., que l'on voit survenir ces retards de la dentition, qui sont la caractéristique du rachitisme. Vous verrez tous les jours des enfants soumis à ce triste régime, atteindre douze ou quinze mois avec une ou deux incisives. Il suffit d'assister à une consultation publique d'hôpital d'enfants pour le constater, tandis que vous n'observez rien de pareil, sauf rares exceptions, chez les enfants soumis à l'allaitement maternel ou par nourrice, même quand il est prolongé au-delà des limites habituelles. Qu'on nous permette à ce propos de relever un fait signalé par M. Magne, dans le travail du rapporteur de la commission de l'enfance. D'après les termes du rapport, « la seule nourriture de l'enfant, pendant la première année, doit être le lait » et, de préférence, celui de la mère. La plupart des gynécologues ne prolongent pas aussi longtemps l'allaitement exclusif. On reconnaît généralement que l'enfant peut, du sixième au huitième mois, joindre au lait maternel quelques aliments de facile digestion, tels que bouillies bien préparées, panades légères, petits potages au lait et au gras. L'enfant, lorsqu'il est bien portant, supporte parfaitement cette légère modification de régime. Elle a, en outre, l'incontestable avantage de venir en aide à la mère, souvent fatiguée par un long allaitement. Il n'est donc pas établi qu'on doive attendre jusqu'à l'âge d'un an avant de donner à l'enfant un supplément de nourriture en dehors de l'allaitement. Mais ce n'est pas une raison pour soutenir avec M. Magne que le lait soit incapable de nourrir un enfant d'un an ou même un enfant de six à huit mois. Les faits plaident tous les jours contre une pareille assertion. Il est vrai que le magnifique aspect de ces enfants de douze ou treize mois qui n'ont jamais voulu accepter que le lait de leur mère ne suffit pas à convaincre M. Magne. Cet emboupoint ne constitue pas à ses yeux un signe réel de vigueur et de santé. Il le croirait de meilleur aloi, si le régime avait été un peu moins aqueux ; mais c'est là une opinion toute personnelle.

Est-il nécessaire, comme le demande l'orateur, de noter, dans les recherches sur les causes de la mortalité, la profession des parents ? Il nous semble qu'il y aurait dans cette enquête un certain intérêt. En tous cas, faudrait-il savoir si

les enfants sont élevés à la ville ou à la campagne ? C'est là une condition importante au premier chef. L'air des champs est pour les enfants un milieu éminemment favorable. On sait avec quelle facilité ils s'élèvent au biberon ou au petit pot dans les campagnes. Le succès est la règle en pareil cas. Est-il dû simplement aux qualités exceptionnelles du lait ? La chose est peu probable. Ou se procure maintenant du fort bon lait dans les villes. Les enfants y sont généralement mieux surveillés, plus intelligemment conduits, plus proprement tenus, et cependant les résultats sont bien différents. Il est donc important, pour la valeur des statistiques, de savoir si l'enfant est élevé aux champs ou à la ville.

La communication de M. Magne a donné lieu à une discussion intéressante qui pourrait, ce nous semble, être continuée avec avantage. L'Académie est riche en gynécologues auxquels le sujet est familier et dont l'expérience fait autorité en la matière. Constatons dès à présent qu'on a reponssé avec une certaine unanimité cette assimilation établie par M. Magne entre les enfants et les jeunes des animaux, des herbivores en particulier. Nous rappellerions volontiers à l'honorable académicien la réflexion naïve d'un cultivateur normand inspectant ses pâturages et s'arrêtant avec orgueil devant un bœuf énorme, son élève de prédilection. Le brave homme tenait sur le bras son baubain de trois ans : « Et dire, s'écria-t-il, qu'ils sont nés le même jour ! »

B.

De l'acide salicylique comme agent antiseptique et antiputride.

(Troisième article).

Le mémoire publié par M. Béchamp dans le MONTPELLIER MÉDICAL (*Observations sur les antiseptiques, Montpellier médical*, novembre 1875, janvier et février 1876) renferme l'exposé de recherches très-intéressantes, non-seulement sur l'action antiseptique de l'acide salicylique, mais aussi sur l'action comparée des acides de la « série aromatique ». Ces expériences, qu'on nous pardonne l'expression, sont encadrées de considérations théoriques sur les microzymas et leur rôle dans la putréfaction et la fermentation ; celles-ci seraient très-utiles à examiner avec détails si nous avions l'intention de faire une étude générale de la putréfaction, mais nous devons insister principalement sur les résultats expérimentaux. M. Béchamp a, pour ainsi dire, répété les expériences de Kolbe, mais il les a variées, et a

la société humaine ont du même coup éprouvé un agrandissement commun. Plusieurs familles, tout en gardant leur religion privée, s'unissent pour célébrer un culte commun.

De là une nouvelle collectivité, la *phratricie* en Grèce, la *curie* en Italie, puis phratries et curies se réunissent et forment la tribu. Ces dernières en s'associant constituèrent la cité. Ces fédérations successives, de plus en plus complètes, substituèrent peu à peu la vie publique à l'existence domestique et dominèrent puissamment l'homme, ainsi qu'il est facile de s'en apercevoir dans les constitutions sociales qu'il s'est successivement données.

Dependant les idées des générations antérieures fétichiques dominent encore et occupent toute la vie de leurs successeurs polythéistes.

Nous constatons partout que la religion du foyer et le culte des ancêtres ne se propagent que par les mâles. L'importance que les anciens attachaient à la génération explique pourquoi ils pensaient que la religion ne pouvait se transmettre

que par celui qui était supposé jouer le rôle le plus important dans l'acte procréateur. Les Védas disent que le feu sacré est la cause de la postérité masculine.

Le livre troisième des lois de Manou est consacré en entier au mariage et aux devoirs du chef de famille.

Le verset 5 dit : « Celle qui ne descend pas de ses aïeux maternels ou paternels jusqu'au sixième degré, et qui n'appartient pas à la famille de son père ou de sa mère par une origine commune prouvée par le nom de famille, convient parfaitement à un homme des trois premières classes pour le mariage et pour l'union charnelle. »

Au verset 60 (livre V) : « La parenté des sapindas ou des hommes liés entre eux par l'offrande des gâteaux (pindas) cesse avec la septième personne, ou le sixième degré de l'ascendance et de la descendance ; celle des samāno-dacas ou de ceux qui sont liés par une égale oblation d'eau cesse lorsque leur origine et leurs noms de famille ne sont plus connus. »

su leur donner ce cachet d'originalité qui est la marque d'un expérimentateur habité, dès longtemps, à des recherches sur une série de phénomènes à la fois les plus complexes et les plus curieusement étudiés par nos contemporains; nous résumerons, tout d'abord, les expériences avec la plus grande précision possible.

M. Béchamp constate, en premier lieu, que l'acide salicylique intervertit lentement le sucre de canne, mais qu'il n'entraîne pas l'action de l'infusion de levure au point de vue de l'inversion; en second lieu, l'acide salicylique rend la levure absolument inerte au point de vue de la formation de l'alcool.

Une autre série d'expériences a permis à M. Béchamp d'approfondir le mode d'action de l'acide salicylique; cet agent ne détruit pas le ferment, puisque la levure qui a subi son influence peut encore faire fermenter le sucre; de même, si l'agent antiseptique a été ajouté à la levure lorsque déjà le dégagement gazeux était établi, alors que la fermentation était en train, la marche des phénomènes de fermentation est seulement ralentie, la levure n'a pas été détruite; enfin, lorsque la levure a été d'abord mise en contact avec la solution de l'agent antiseptique, qu'il s'agisse d'acide camphorique, phénique, nitrobenzoïque, etc., le résultat est le même, la levure se précipite et est inactive; toutefois, il y aurait avec l'acide salicylique un commencement de fermentation; et cet agent serait moins énergique que l'acide nitrobenzoïque. Nous ne saurions mieux résumer ces résultats qu'en citant les remarques de l'auteur.

« L'inactivité apparente ou la diminution d'activité de la levure, dit M. Béchamp, est liée à une modification de sa structure; elle n'est pas tuée comme le croit M. Neubauer, et peut-être M. Kolbe. L'acide salicylique, dans les expériences des savants allemands, ne fait que modifier la constitution histologique ou structurale du ferment, et corrélativement l'intensité de sa fonction... Si cette fonction est déjà en activité, l'addition de l'agent antiseptique ne l'arrête pas, elle la ralentit seulement; mais elle peut être suspendue absolument, si on opère d'avance la modification du ferment par l'influence de cet agent. Et ce qui est suspendu, en même temps que la fonction, c'est la multiplication, la prolifération du ferment. A certaines doses tout est arrêté: la fonction de nutrition étant suspendue, la prolifération l'est du même coup, naturellement. Mais si la dose n'est pas trop élevée, le ferment se fait peu à peu à sa nouvelle situation; la fermentation s'accomplit lentement et la multiplication, si

elle est possible, c'est-à-dire si les matériaux de nutrition sont suffisants, se fait de même. C'est ce que M. Neubauer a démontré pour l'acide salicylique, comme M. Béchamp l'avait fait pour la créosote et l'acide phénique. »

« L'agent antiseptique ne tue pas le ferment, il suspend ses fonctions. Il ne faut pas l'oublier, au point de vue thérapeutique, la condition première de l'antisepticité, c'est de ne pas tuer les éléments histologiques, mais, dans certains cas, de diminuer et de régulariser leur évolution. »

Les altérations qu'éprouvent les cellules de la levure de bière, les vibrions, bactéries et les « microzymas », ont été étudiés avec soin par M. Béchamp; il est arrivé à ce résultat, que l'acide salicylique agit d'une manière analogue à l'acide phénique et à la créosote, c'est-à-dire qu'il entraîne la multiplication des cellules du ferment, en même temps qu'il empêche la destruction, c'est-à-dire qu'il arrête l'évolution des vibrions et des bactéries.

Si nous comparons entre eux les travaux de Kolbe, de Müller, de Buchholz, de Béchamp, nous voyons, en somme, que, à l'exception de certains détails sur les phénomènes intimes de l'action antiseptique et antiputride, les expériences n'en affirment pas moins complètement le rôle puissant du nouvel agent. Les seules différences portent sur la détermination du rang qu'il faut assigner dans la série des antiseptiques les plus puissants à l'acide salicylique, et sur la durée de son action d'arrêt ou de destruction à l'égard des bactéries.

La pratique a sanctionné les résultats de l'expérimentation: en effet, dans une de ses dernières publications, Kolbe (*Practische Verwendung der Salicylaure, in Journal f. prakt. Chemie n. Folge. III*, t. XIII, p. 103) indique les moyens de conserver la viande, le beurre, le pain, le vin, la bière, en employant l'acide salicylique mélangé avec quelques autres agents antiseptiques, M. Pouriau (*De l'emploi de l'acide salicylique pour la conservation du lait, in Monit. scientif.*, Paris, 1875, p. 1016) a montré que l'acide salicylique permettrait la conservation du lait.

Une application plus spéciale de l'acide salicylique a été faite à la microscopie par M. Mead Edwards (*American Journal of microscopy*, juin 1876, et *Monthly microscopical Journal*, septembre 1876, n° XCIII). M. Edwards, se servant de solutions faibles d'acide salicylique, a pu conserver pendant plus d'un an sans altérations des préparations de tubes urinaires, de muco-pus de leucorrhée; c'est principalement dans l'étude des tissus végétaux qu'on obtient de bons résul-

Il en est de même dans la société antique de Grèce et de Rome.

Cette idée religieuse du culte des morts explique toute leur vie de famille. C'est par elle que l'on comprend le divorce dans les cas de stérilité, l'inégalité entre le fils et la fille, l'interdiction du célibat, l'adoption et l'émancipation, la parenté. L'on ne pouvait être parent par les femmes puisque le culte des morts ne s'adressait qu'aux ascendants en ligne masculine. La mère ne donnait ni la vie ni le culte, tout provenait du père. Il ne pouvait donc y avoir de famille maternelle, puisque la mère elle-même, le jour de son mariage, avait abandonné ses attaches religieuses ou tous ses droits dans la famille qui l'avait vu naître.

Ces considérations ont permis à M. Fustel d'expliquer ce que les Romains appelaient l'*agnation*. Même règle pour l'agnation que pour le culte. Deux hommes étaient agnats entre eux lorsqu'en remontant toujours de mâle en mâle, ils se trouvaient avoir des ancêtres communs; l'agnation n'était

autre chose que la parenté telle que la religion l'avait établie à l'origine. » Voilà pourquoi d'après la loi romaine deux frères consanguins ou nés du même père étaient agnats, tandis que deux frères utérins ne l'étaient pas.

Les lois ne furent que la conséquence directe et naturelle de la croyance religieuse. La religion voulait que ce soit le fils et non la fille, qui continue le culte. La loi a dit: le fils héritera et non la fille; de même, le neveu par les mâles et non le neveu par les femmes. Tout cela est logique, le droit des citoyens provenant alors non de l'idée de justice, mais de l'idée religieuse. Les hommes auront besoin d'un long séjour dans un milieu social pour se faire une idée convenable de la justice et de l'égalité.

D'après ce que nous avons dit, on pressent quelle influence tous ces principes devaient avoir sur les unions entre parents, la religion seule établissant la parenté. C'est ainsi que le fils émancipé n'était plus l'agnat de son père, que l'étranger adopté devenait l'agnat de l'adoptant et de sa famille. De

tats. Parmi les infusoires, on peut obtenir avec une solution saturée d'acide salicylique de très-belles préparations de volvox globator, les diatomées sont également bien conservées. J'ai moi-même, avant d'avoir eu connaissance de ces résultats, essayé d'utiliser l'acide salicylique dans les préparations histologiques, j'ai obtenu des résultats fort contradictoires; les solutions concentrées d'acide salicylique peuvent, seules, servir de liquide de macération comme l'acide chromique; mais, trop faibles, elles laissent développer des bactéries; trop fortes, elles déterminent des modifications dans les éléments comparables à celles que produisent les acides chlorhydrique et azotique en solutions faibles, ou la coction; sous ce rapport, pour les muscles lisses, pour les vaisseaux, on obtient de bons résultats de dissociation; les épithéliums se conservent bien, mais en définitive je n'ai pas encore obtenu de résultats favorables en employant l'acide salicylique comme *liquide conservateur* de tumeurs ou de tissus animaux.

Pour les éléments renfermés dans les humeurs, on peut, au contraire, obtenir de bons résultats en employant l'acide salicylique comme véhicule de la préparation, à condition que celle-ci soit promptement et bien complètement close; le mucus nasal s'y conserve mieux que dans l'acide chromique faible ou la glycérine.

Mes recherches sont encore trop peu nombreuses pour que je puisse en donner les conclusions; cependant je crois pouvoir, dès maintenant, constater que l'acide salicylique, seul ou plutôt uni à d'autres agents, prendra dans la technique microscopique une place que je cherche à déterminer par diverses expériences dont je ferai connaître prochainement les résultats.

(A suivre.)

A. HÉNOQUE.

Exposition et congrès de Bruxelles (Suite).

CHAUFFAGE. — VENTILATION. — MUSÉE PÉDAGOGIQUE. — ANTHROPOLOGIE. — DÉMOGRAPHIE. — GYMNASTIQUE MÉDICALE. — INSTITUTION MÉCANICO-THÉRAPIQUE.

C'est surtout par les sections d'hygiène et de sauvetage maritimes que l'exposition de la *Grande-Bretagne* est remarquable. Les grandes administrations et l'Amirauté anglaises y ont pris une part des plus brillantes. En outre, l'hygiène des habitations, le chauffage, la ventilation, les appareils de closets y atteignent un degré de perfection qui défie toute

comparaison. A notre avis, les médecins se désintéressent trop, dans la pratique, de ces grandes questions, au sujet desquelles ils seraient habituellement consultés s'ils y montraient leur savoir. Nous avons tant à réformer dans notre pays que les membres des commissions d'hygiène et de salubrité devraient être pourvus d'une autorité considérable à l'égard des usines, des garnis, des ateliers, des écoles, et en général de toute collection d'hommes qui s'infectent mutuellement. D'un autre côté, l'enseignement serait utilement renforcé sur ces points, dont il nous suffira de signaler ici la haute importance prophylactique. Disons en passant que le « banc de collège » à deux places de la maison Colman et Glendening (de Londres) est comparable aux meilleurs modèles du mobilier scolaire belge. Y a-t-il vraiment nécessité d'imposer aux étudiants de Faculté le banc malpropre et incommode des grands amphithéâtres français?

Il va de soi que le triomphe de l'exposition *russe* est dans la section des appareils de chauffage et de ventilation. Les beaux plans de l'Hôpital militaire, de l'École de médecine et du palais impérial d'hiver donnent l'idée que l'art du chauffage artificiel est arrivé en Russie à la perfection, et l'on devait s'y attendre. Disons seulement ici que dans les grands bâtiments le chauffage se fait à air chaud avec saturation par l'air humide de 50 à 65 degrés hygrométriques, et que l'on obtient, par les grands froids de — 37 degrés, une température constante de + 17 à + 23 degrés, selon les exigences médicales.

D'ailleurs on est émerveillé en présence des efforts considérables de la Russie pour la propagation des connaissances utiles. Le *musée pédagogique* de Saint-Petersbourg, par exemple, expose un grand nombre d'appareils tout à fait originaux pour la démonstration des principales lois de la physiologie dans leur rapport avec les choses de l'hygiène: la composition de l'air, des eaux, des aliments, leurs altérations, leurs falsifications, les lésions anatomiques qui résultent de leur usage, les parasites. Le tout reproduit en grand, de façon à frapper les esprits les plus paresseux, produit sur le public un effet saisissant. Des démonstrations quotidiennes, mobiles et appareils en mains, donnaient à cette section une activité et un intérêt que six mois de répétition n'avaient point lassés.

La *Suède* et la *Norvège* offraient aux membres du Congrès deux beaux volumes munis de cartes qui contiennent un exposé très-étendu de tout ce qui pouvait intéresser le médecin, l'anthropologiste et le statisticien au sujet des nations scandinaves. Ces riches documents ont un caractère de précision qu'aucun pays de l'Europe ne serait en mesure

même pour les droits de succession, la fille ne pouvait hériter, il fallait cependant et il était de toute justice qu'elle pût en partie jouir de la fortune du père. La loi décida donc que la fille épouserait l'héritier. « La législation athénienne poussait ce principe jusqu'à ses dernières conséquences. Si le défunt laissait un fils et une fille, le fils héritait seul et devait doter sa sœur; si sa sœur était d'une autre mère que lui, il devait à son choix l'épouser ou la doter. Si le défunt ne laissait qu'une fille, il avait pour héritier son plus proche parent; mais ce parent, qui était bien proche aussi par rapport à la fille, devait pourtant la prendre pour femme. Il y a plus: si cette fille se trouvait déjà mariée, elle devait quitter son mari pour épouser l'héritier de son père. L'héritier pouvait déjà être marié lui-même, il devait divorcer pour épouser sa parente. » Notons encore que la loi ne permettait pas d'épouser un frère utérin, ni un frère émancipé. La fille n'étant jamais héritière, elle ne pouvait jamais s'unir qu'à son frère consanguin, parce que lui seul était héritier du père. C'est ainsi

qu'Aristophane reproche à Euripide d'avoir mis sur la scène, dans l'*Eole*, le commerce scandaleux de Macarée et de sa sœur Canacée, et il insiste sur cette particularité que le frère a violé sa propre sœur de mère (*les Nuées*, p. 140; *les Grenouilles*, p. 425, trad. Poyard).

La religion du foyer se transmettant de mâle en mâle, par le sang, ne pouvait admettre une parenté par les femmes. Aussi les enfants de deux sœurs, ou d'une sœur et d'un frère, étaient considérés comme n'étant pas de la même famille.

La morale était domestique comme le culte. Celui-ci veillait avec le plus grand soin sur la pureté de la famille. L'adultère troublait l'ordre de la succession légitime était la plus grosse faute qui puisse être commise. Les unions incestueuses, consanguines, étaient au contraire autorisées par la religion. « Les prohibitions relatives au mariage étaient au rebours des nôtres: il était louable d'épouser sa sœur (Démosthènes, in *Neera*, 22; Cornélius Nep., *Proetium*; id., *Vie de Cimon*;

de donner à une telle œuvre, alors même que leur population serait relativement minime. Relevons en passant le fait intéressant qu'aucune région du monde ne fournit un accroissement de population égal à la Norvège, puisqu'il a été depuis 1815 de 1 1/4 pour 100. La Suède présente un accroissement de très-peu inférieur : sa population qui était en 1800 de 2 347 303 habitants, s'élève aujourd'hui à 4 383 291, malgré une émigration soutenue qui varie de 10 000 à 30 000 individus par an.

Cette puissante vitalité de l'*officina gentium* marche avec un perfectionnement soutenu des principales industries qui ont rapport à l'hygiène publique et privée et avec une abondance remarquable de rapports, de statistiques, de cartes, qui mettent peut-être le pays scandinave au premier rang dans des sciences qui se servent de procédés figuratifs.

L'espace nous manque pour analyser l'exposition suédoise, qui se compose surtout d'objets relatifs aux ambulances et à l'hygiène municipale. Mais nous devons dire ici quelques mots d'une sorte de spécialité scandinave qui a quelque peine à s'accréditer en France, mais qui continue à jurer dans le Nord d'une grande popularité. Nous voulons parler de la gymnastique médicale qui est enseignée régulièrement à l'Institut R. de Stockholm, et dont le but est de former des professeurs, des officiers et des médecins gymnastes. Le nombre des malades qui y ont été traités en 1873, nous apprend la notice, est de 436. De plus, il existe à Stockholm un établissement de gymnastique orthopédique, dirigé par le docteur Sätterberg, subventionné par l'État, et qui n'a pas traité, en 1875, moins de 347 malades. Enfin, en 1875, le docteur Zander a fondé, dans la même ville, l'Institution *mécanico-thérapeutique* qui compte aussi un grand nombre de clients. Ces établissements sont représentés à l'Exposition par des photographies, des modèles ou des livres.

On sait que la pratique de la gymnastique suédoise consiste à faire exécuter par des gymnastes des mouvements de toute espèce, tandis que le patient apporte une certaine résistance, réglée d'avance, à l'accomplissement de ces mouvements. D'autres fois, la résistance vient, au contraire, du gymnaste ; de là, deux sortes de mouvements exécutés dans une variété infinie d'attitudes, et souvent par quatre ou cinq personnes pour un même patient. À ces mouvements, enfin, il faut en joindre d'autres dits *passifs*, manipulations, pressions, pétrissage, etc. À l'Institution *mécanico-thérapeutique*, ce sont des machines qui remplacent les gymnastes, machines agencées de telle sorte que pour les mouvements actifs le patient doit exercer un certain groupe de muscles pour mettre chaque

appareil en mouvement. Ainsi, il y a un appareil pour l'extension, pour la flexion, pour la rotation de chaque membre. Il y en a aussi pour chaque ordre de mouvements passifs produits par les percussions, les frictions, le pétrissage, etc.

La vue de ces appareils a, il faut bien l'avouer, quelque chose d'effrayant ; c'est, en apparence, une salle de torture appliquée à la thérapie. Les résistances, au lieu d'être représentées par des contre-poids, le sont par des vis de pression et des obstacles réguliers au mouvement imprimé.

Cette façon mécanique de réaliser en médecine des effets physiologiques n'est pas absolument nouvelle. On en retrouve des traces à toutes les époques de l'art de guérir qui n'a été qu'exceptionnellement toute pharmaceutique. Espérons que nous entendrons, quelques jours, parler des résultats de cette curieuse expérience.

Nous terminons ici cet examen sommaire des documents originaux que nous a présentés l'Exposition de Bruxelles, à laquelle nous avons donné une place exceptionnelle en raison de sa haute signification. Que ne pouvons-nous dire autrement qu'en peu de mots, combien l'hospitalité bruxelloise a été généreuse, brillante et pleine de tact ? Du palais du Roi à la plus obscure École, tous les édifices publics ont été libéralement ouverts aux étrangers, ainsi que les sociétés savantes, les cercles, les théâtres, et jusqu'aux chemins de fer qui, sur le réseau belge, avaient, pour tous les trajets, réduit le prix des places de 50 pour 100. Il était impossible de mieux faire. Toutefois, l'absence de toute liste des membres du Congrès a empêché tout d'abord bien des relations qui, autrement, eussent été recherchées ou acceptées par les uns ou par les autres ; mais, au bout de quelques séances, on s'est reconnu et l'on s'est trouvé que les Français étaient beaucoup plus polyglottes qu'on l'eût pu croire.

Sans doute, toutes les langues du monde ont été parlées et entendues, et plus d'un regrette que le français ne fût pas la langue exclusive du Congrès. Cependant, à prendre les choses non par de vaines apparences, mais par leur réalité, où est l'avantage de nous laisser la dangereuse faculté d'ignorer les langues étrangères, sous prétexte que la nôtre est internationale ? Et quelle n'eût pas été la satisfaction de bon nombre, si l'on avait répondu à MM. Virchow, Langenbeck ou Gneist dans leur propre langue ! Une nation dans laquelle la connaissance des langues étrangères est répandue fait preuve, à notre avis, d'une supériorité marquée.

Omette, en terminant, de féliciter nos confrères MM. Laussedat et Liouville, tous deux députés, du tact parfait et parfois

Minucius Félix, in *Octavio*) ; mais il était défendu, en principe, d'épouser une femme d'une autre ville » (Fustel).

Aussi que de différences, à Rome et à Athènes, entre le citoyen, celui qui fait partie d'une collectivité ayant un culte commun, et l'étranger ! Ce dernier ne peut pas se marier. S'il s'unit avec une femme de la cité, le mariage n'est pas reconnu, les enfants sont bâtards et privés des droits de citoyen. « Pour que le mariage fût légitime entre les habitants de deux villes, il fallait qu'il y eût entre elles une convention particulière (*jus connubii*, *εὐνομία*). »

Ainsi, à cette époque, les prohibitions de mariage étaient basées sur des considérations domestiques et réglées d'après l'intérêt des familles. Nous allons voir la cité dominer de plus en plus l'existence privée, et, pour des considérations morales d'un autre ordre, réglementer le mariage et les unions entre parents.

Dès que la société fut assez nombreuse, elle se divisa en

castes : il y eut les patriciens (de *pater*, père) avec leurs clients, et les plébéiens. Ces derniers seuls étaient ceux qui, pour une raison ou une autre, n'avaient pu continuer le culte domestique. La plèbe était formée par les individus *déclassés*. On leur reproche de n'avoir pas d'aïeux, car ils sont sans foyer. Aussi le mariage sacré n'existe pas pour eux : *connubia promiscua habent more ferarum*. Ces deux classes de citoyens ne pouvaient donc songer à contracter entre elles alliance. Plus tard, quand la plèbe eut grandi et pris droit de cité, l'égalité de la vie publique entraîna celle de la vie privée. On fit alors une loi pour empêcher les mariages entre les deux ordres ; mais celle-ci ne put exister longtemps, et elle tomba devant des attaques nombreuses. Elle fut retirée, et aussitôt le sang patricien et plébéien se mêlèrent. On fut donc obligé de changer la cérémonie du mariage et de trouver une formalité qui, dans la cité, et pour le plébéien, eut les mêmes effets que le mariage sacré. De là une législation qui, sans être complètement nouvelle, n'est plus cependant

de l'éloquence qu'ils ont montrée dans les circonstances où ils représentaient officiellement l'État et la Nation, eût été maquer à un agréable devoir.

E. DALLY.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

NOTE SUR UN KYSTE HYDATIQUE DU FOIE TERMINÉ PAR FISTULE HÉPATO-BRONCHIQUE, par P. BERDINEL, interne des hôpitaux de Paris.

Entre les divers modes de terminaison des kystes hydatiques du foie, un des moins fréquents certainement est l'ouverture dans les voies respiratoires et l'évacuation par les bronches.

Dans le TRAITÉ DES ENTOZOAIRES, où sont reproduites toutes les observations publiées sur ce sujet, Davaine (*Traité des entozoaires*, p. 442 et suiv. Paris, 1860), n'a pu en rassembler que 16 cas. On ne saurait donc s'étonner, en présence de la rareté de faits de ce genre, de les voir à peine mentionnés dans les traités classiques de pathologie. Grisolles (*Traité de pathologie interne*, t. II, p. 654) et Jaccoud (*Traité de pathologie interne*, t. II, p. 444) les signalent d'un mot; et si l'on trouve quelques indications de plus dans la CLINIQUE de Trousseau (*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 3^e édit., vol. III, p. 260) et dans l'article de M. Jules Simon (art. KYSTES HYDATIQUES DU FOIE, in *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XV, p. 116 et suiv., Paris, 1872), elles sont encore loin de donner une idée complète de cet accident et des phénomènes qui peuvent l'accompagner. Dans le travail de Bricheteau (*Sur les abcès et les hydatides du foie qui communiquent avec le pommou et sont rejetés par l'expectoration*, in *Rev. méd.-chir.*, août 1852, t. XII, p. 70) et dans la thèse inaugurale de M. E. Cadet de Gassicourt, on trouve, il est vrai, un certain nombre de détails cliniques, mais ils ont trait pour la plupart à l'ouverture intra-pleurale de ces kystes et à ce que l'on pourrait appeler leur évacuation secondaire par les bronches.

Si ce phénomène se montre rarement, il en est un autre plus rare encore et que sa rareté a presque dérobé jusqu'ici à l'étude du clinicien et du physiologiste : nous voulons parler de l'expectoration biliaire qui l'accompagne quelquefois.

Parmi les classiques, Trousseau (*loc. cit.*) est seul à l'indiquer en quelques lignes. Dans l'ouvrage de Davaine (*loc. cit.*), sur les 16 observations rapportées de kystes hydatiques du foie communiquant avec les bronches, l'aspect bilieux des produits expectorés est noté 7 fois seulement, et voici en quels termes vagues :

basée sur la religion, et tend à s'appuyer de plus en plus sur le droit naturel.

Cet exposé général de la famille et de la société humaine, sous le polythéisme grec et romain, démontre que l'influence de la cité se fit à son tour sentir sur l'existence domestique, et vint y régler l'instinct sexuel. Cette action moralisatrice ne fut contre-balancée, dans les pays aristocratiques, que par la présence des castes sacerdotales auxquelles se trouvait subordonné le reste de la population. Il y avait alors hérédité des professions quelconques, et la cité ne fut constituée que quand chaque famille eut pris un caractère social, par sa consécration héréditaire à des fonctions exclusives.

La théocratie perfectionna réellement la constitution domestique : « Son principal service, dit A. Comte, y doit consister à régler les incestes qui, par des séductions trop naturelles et difficilement appréciables, empêchèrent longtemps le mélange des familles. » Nous allons voir aussi qu'elle maintint la poly-

Obs. LXXV (4). — « Expectoration d'une grande quantité de liquide très-fétide de la couleur du porter. Expectoration d'une grande quantité de pus d'une couleur jaune vif. Expectoration d'une substance épaisse légèrement teintée de bile. Les matières expectorées ont paru quelquefois n'être que de la bile pure. »

Obs. LXXVI (2). — « Crachats colorés en jaune. »
Obs. LXXXI (3). — « Expectoration de matières jaunâtres. »
Obs. LXXXIII (4). — « La malade expectore de la bile. »
Observation incertaine, dit l'auteur.

Obs. LXXXVII (5). — « Expectoration bilieuse jaunâtre. »
Obs. LXXXVIII (6). — « Expectoration visqueuse jaunâtre. »
à plusieurs reprises. »

Obs. LXXXIX (7). — « Expectoration de matières purulentes de teinte jaunâtre. »

L'expectoration biliaire se trouvait ainsi signalée mais non encore sérieusement étudiée, lorsque, le 13 août 1875, M. Laboulbène présenta à la Société médicale des hôpitaux un travail (publié dans l'*Union médicale*, 21 et 26 août 1875, n° 99 et 104) sur ce sujet, où le phénomène se trouvait pour la première fois dûment constaté par des analyses chimiques, et consciencieusement observé. Se basant sur l'examen clinique, M. Laboulbène n'admet pas chez le malade qui fait le sujet de son mémoire l'hypothèse d'un kyste du foie ayant créé par processus ulcératif une communication anormale entre les voies biliaires et les bronches; il semble se rattacher plutôt à l'idée d'une fistule idiopathique. Le cas se trouverait par suite un pen en dehors de notre cadre, bien que les raisons sur lesquelles s'appuie M. Laboulbène ne soient peut-être pas absolument suffisantes pour faire admettre sans conteste la spontanéité de la fistule. Dans la discussion (voy. *Un. méd.*, n° du 14 décembre 1875, p. 817) qui suivit la lecture de ce travail, plusieurs faits de même nature furent mis en lumière. M. C. Paul cita un cas de fistule hépato-bronchique qu'il avait observé à Charenton et dans lequel l'existence d'un kyste était au moins douteuse; M. Féréol en rapporta deux cas qu'il avait vus dans le cours de son internat; et enfin M. Potain rappela un cas où l'expectoration de la bile avait nettement suivi l'ouverture d'un kyste hydatique du foie dans les bronches.

(1) Thomas Devill Peacock. *Case in which Hydatids were expectorated, and one of absorption in a Hydatid cyst of the Liver, communicating with the Lungs, in Edinburgh med. and surg. Journ.*, 1850, vol. LXXIV, p. 33.

(2) Goupié in E. Cadet de Gassicourt. *Recherches sur la rupture des kystes hydatiques du foie à travers le péricarde abdominal et dans les organes voisins*. Thèse de Paris, 1856.

(3) Robin et Mercier. *Mémoire sur l'hématotéine*, in *Mém. de la Soc. de Biol.*, 1855 p. 116.

(4) J. Billé de Dumfries. *Account of singular appearances from affections of the Liver*, in *Med. and Philos. Comm.*, vol. II, p. 393.

(5) Bricheteau, *loc. cit.*, et Cadet de Gassicourt, *ibid.*

(6) Docteur Fénéol. *Mémoire cité*, Obs. II, p. 31.

(7) P. Bourgeois. *Gas. des hôp.*, 1857, p. 305.

gamie, mais elle lui traça des limites, l'homme devant nourrir la femme.

Que nous apprend, en effet, l'histoire sur les peuples astrolatriges? Elle nous les montre pratiquant l'inceste, les mariages des castes les plus élevées devant nécessairement se faire dans la même famille.

Chez les Tartares, les Scythes, les Perses, les Mèdes, le père épousait sa fille, le fils s'unissait à sa mère, le frère était marié à la sœur, si l'on en croit les témoignages de Strabon, Sextus, Agathias, Minucius Felix, Philon, Eudoxe de Gnide. C'est aussi ce que constate Catulle :

*Non magis ex matre nato gignatur oportet,
Si vera est Persarum impia religio.*

Lucain dans sa *Pharsale* (VIII, v. 408) :

*Parthorum dominus quoties si sanguine mixto
Nascitur Arsacides? Cui fas implere parentem
Quid rear esse nefas?*

Au moment même où la savante communication de M. Laboulbène appelait ainsi l'attention sur cette question si peu connue, nous avions la bonne fortune d'observer un cas de ce genre dans les salles de notre maître, M. Després, à l'hôpital Cochin. Un séjour antérieur de la malade dans le service permettait de préciser le diagnostic, et nous avons vu se dérouler sous nos yeux pendant plusieurs mois toutes les phases de cette curieuse affection. Outre les deux faits saillants de la fistule et de l'expectoration biliaire, la malade a présenté encore d'autres phénomènes bizarres que nous notons en passant, pour y revenir après avoir rapporté l'observation (1).

Ons. *Kystes hydatiques du foie; fistule broncho-hépatique avec expectoration biliaire; abcès du foie donnant issue aux hydatides; guérison.* — Elisa D..., couturière, âgée de vingt-huit ans, célibataire, entrée le 1^{er} septembre 1875 à l'hôpital Cochin, salle Saint-Jacques, n° 6.

Cette femme a été l'an dernier dans le service pour un kyste hydatique du foie qui a été ponctionné à deux reprises après application de caustique de Vieille. Les antécédents de la malade, qui ne présentent d'ailleurs rien de particulier, et l'observation de cette première phase de la maladie, ont été publiés *in extenso* par M. Herveu, alors interne du service, dans le n° 60 de la GAZETTE DES HÔPITAUX (25 mai 1875).

La malade a quitté l'hôpital le 18 octobre parfaitement guérie, du moins en apparence. Depuis cette époque elle éprouvait de loin en loin quelques élancements dans la région du foie.

Au mois de juin 1875, elle a été prise de vomissements incessants, en même temps qu'elle ressentait dans le creux de l'estomac des douleurs contusives si fortes, qu'elle marchait courbée en deux.

Les vomissements continuant, bien que moins fréquents, elle éprouva vers le milieu du mois d'août de violents frissons, qui, trois jours de suite, durèrent d'une heure à trois heures du matin. Elle prit du sulfate de quinine et les frissons devinrent moins violents, mais ils se répétaient tous les deux jours dans l'après-midi ; ils s'accompagnaient d'un peu de fièvre et d'une soif vive. Cet état dura jusqu'au 29 août au matin; la malade est réveillée ce jour-là par la toux, un picotement dans la gorge, et tout à coup elle crache des flocons d'un liquide très-amer et de couleur jaune verdâtre. La toux et l'expectoration continuant, elle se décide à rentrer à l'hôpital.

État actuel. — L'état général est relativement bon, mais la malade est pâle et amaigrie; elle est très-tourmentée par une petite toux sèche qui s'accompagne de l'expectation d'un liquide filant, spumeux, jaune verdâtre. Elle accuse des douleurs sourdes dans le côté droit de la poitrine, douleurs s'irradiant vers l'épaule. Il n'y a pas d'appétit, la bouche est mauvaise et la malade se plaint du goût horriblement amer des matières expectorées. Il y a de la tendance à la constipation; les féces sont dures et grisâtres. Les vomissements ont cessé depuis le début de l'expectation bilieuse. En examinant l'hypochondre droit on n'y découvre pas la moindre

saillie anormale; on y voit la trace des deux ponctions faites l'an dernier; la palpation de la région n'est pas douloureuse, mais la percussion est moins bien supportée. Le foie est volumineux; son bord supérieur remonte jusqu'au niveau du mamelon, tandis que son bord inférieur déborde de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes; sa surface paraît lisse et régulière, et l'auscultation de la région hépatique ne donne aucun résultat.

En percitant en arrière le côté droit de la poitrine, on ne trouve de la matité que vers la base; l'auscultation dans ce point fait entendre de gros râles humides disséminés et paraissent se produire dans des bronches de moyen calibre; en un point siègeant tout à fait à la base du poumon et sur la verticale abaissée de l'angle de l'omoplate, on entend comme un gargouillement lointain avec un sifflement à timbre amphorique; ces bruits paraissent se passer loin de l'oreille; ils sont confusément perçus et couverts en partie par de gros râles superficiels. Toutes les autres parties de la poitrine et le cou ne nous présentent rien d'anormal.

Il n'y a pas de fièvre; la peau a conservé sa coloration habituelle.

En présence de ces symptômes, dont le plus frappant est cette expectation biliaire si abondante coïncidant avec l'arrêt ou tout au moins une diminution notable de l'écoulement de la bile dans l'intestin, M. Després porte le diagnostic de *fistule hépatobronchique*, sans se prononcer encore sur la cause et le mécanisme de sa production.

Le 4 septembre, l'état de la malade n'a subi aucun changement. Douleurs dans le côté droit du thorax; sous continueuse, suivie de l'expectation de matières verdâtres qu'on peut évaluer à près de 1 litre par vingt-quatre heures.

Le traitement consiste en applications de larges cataplasmes sur le ventre; on donne à l'intérieur une potion fortement aromatisée à la menthe pour combattre le mauvais goût des matières rejetées.

Le 5 et le 6, sans qu'aucune modification se soit produite dans l'état général ni dans l'état local, elle a craché beaucoup moins. Sensation très-pénible de gêne respiratoire.

Le 7, l'expectation a repris toute son intensité. Le liquide recueilli dans vingt-quatre heures est donné à l'analyse.

Le 8, une nouvelle quantité de liquide est analysée. Voici la note que nous devons à la parfaite obligeance de M. Prunier, pharmacien en chef de l'hôpital du Midi :

« Environ 600 grammes d'un liquide verdâtre ont été fournis une première fois; puis une seconde fois 350 grammes à peu près. Crachats en quantité considérable; odor de menthe manifeste. Le liquide filtré présente une réaction faiblement acide. La densité est de 1,21 à + 19 degrés. 100 grammes de liquide, évaporés à sec, repris par l'alcool, ont fourni un extrait dont 5 centigrammes environ traités par le sucre et l'acide sulfurique ont présenté la coloration de la réaction due à Pettenkofer. L'acide nitrique, l'iode, ont aussi établi la présence des composés biliaires. Ces acides biliaires ont ensuite été dosés à part. 600 centimètres cubes de liquide ont été traités dans ce but par l'alcool, évaporés, repris par l'éther, et l'on a obtenu ainsi une masse cristalline d'un poids de 13^{gr},6 environ d'acides biliaires, soit 2^{gr},3 pour 100 d'acides biliaires. Or la moyenne des analyses de la bile (dont la composition est du reste très-variable à tous égards) fournit environ 8 pour 100 d'acides biliaires. Il y aurait donc dans le liquide examiné un peu

(1) Deux courtes notes sur cette malade ont été publiées dans la GAZETTE DES HÔPITAUX : n° 116 du 2 octobre 1875, et n° 53 du 6 mai 1876.

D'après Quinte-Curce (lib. VIII, cap. ix et x), le satrape de la Sogdiane, Sysmithres, avait épousé sa mère et en avait eu deux filles. « Satrapes erant Sysmithres, duobus ex sua matre filiis genitis, quippe apud Baerianos parentibus stupro coire fas est cum liberis », et plus loin : « mater eademque conjux. »

Saint Jérôme (*ad Jovianum*, 4, XI) en dit autant : « Persæ, Medi, Indi et Ethiopes cum matribus et magis cum filiabus et nephibus copulantur. » On sait que Cambysé épousa sa sœur. Mausole, roi de Carie, mort l'an 2 de la 100^e olympiade (379 av. J. C.), était le frère et devint l'époux d'Artémise. Dans son pieux attachement, Artémise éleva à sa mémoire la septième merveille du monde.

La religion consacrait même ces unions. Jupiter n'était-il pas frère de Junon? De même, en Égypte, Isis avait été la sœur et la femme d'Osiris. Celui-ci, rangé parmi les divinités bienfaisantes, avait, disait-on, enseigné aux hommes l'agriculture, les lois, le mariage. Dans ce pays, l'influence des castes

était prépondérante, et les Ptolémées devenus sédentaires se soumettaient à ces habitudes. C'est ainsi que Ptolémée III dit *Evergète* ou le *Bienfaisant* se maria avec sa sœur Bérénice (1), que Ptolémée XII épousa sa sœur, la fameuse Cléopâtre. Quand il eut succombé, noyé dans le Nil, César la maria à un autre de ses frères, Ptolémée XIII dit *l'Enfant* (an 48).

Montesquieu, dans son beau livre de *l'Esprit des lois* (liv. XXVI, ch. xiv), étudie dans quel cas, dans les mariages entre parents, il faut se régler par les lois de la nature, et dans quel cas on doit se régler par les lois civiles. D'après lui, « si le mariage du fils avec la mère confond l'état de choses », le mariage entre le père et la fille répugne moins. Priscus raconte qu'Attila s'arrêta dans un certain lieu pour épouser Esca, sa fille, chose permise, dit-il, par les lois des Scythes.

(1) Giron de Buzzevings, Lucas, Ribot, rattachent fabuleusement rapide de la famille des Lagides à l'influence des mariages consanguins.

plus du quart de bile mélangé à du liquide en excès provenant des bronches. On a constaté aussi la présence de traces de cholestérine. »

Le 9, l'auscultation du poulmon droit en arrière permet de constater la présence d'un épanchement pleurétique. Matité remontant jusqu'à l'angle de l'omoplate, absence de murmure vésiculaire et de bruits anormaux, souffle doux et un peu d'égophonie. Tous les autres symptômes n'ont subi aucun changement. L'expectoration présente toujours les mêmes caractères et la même abondance. La malade maigrit rapidement; elle ne prend qu'un peu de bouillon. Un large vésicatoire est appliqué sur le côté droit du thorax en arrière.

Le 13, les signes de l'épanchement ont à peu près disparu; les râles sont revenus, mais on n'entend plus le gargouillement ni le souffle amphorique qu'on semblait entendre le premier jour; frotements pleurétiques très-net. La malade a vomé, mais la nature ni l'abondance de l'expectation n'ont pas varié.

Le 14, pas de changements dans l'état général de la malade. En percutant le foie on constate qu'il s'est légèrement abaissé en même temps qu'il augmentait de volume; la limite supérieure de la matité est descendue à deux travers de doigt au-dessous du mamelon, mais en bas elle s'étend à plusieurs centimètres au-dessous de l'ombilic, et le foie descend jusque vers la fosse iliaque. L'épigastre n'est point tuméfié, mais il paraît uniformément tendu. Nulle part dans les espaces intercostaux, qui se dessinent très-bien par suite de la maigreur de la malade, on ne remarque la moindre voussure, on ne constate la moindre rénitence. En arrière, les signes d'auscultation restent les mêmes : râles humides et frotements secs. M. Després fait appliquer de la pâte de Vienne sur la cicatrice d'une des eschares faites l'an dernier.

Le 17, pas de changement. Nouvelle application de pâte de Vienne. L'état général devient plus mauvais; la malade se nourrit à peine; même expectation, même rareté et décoloration des selles.

Le 20, aucun changement. Le foie est toujours énorme et descend dans la fosse iliaque droite. M. Després, persuadé qu'il y a dans le tissu hépatique une collection de nature indéterminée, enfonce un long trocart courbe dans le foie à une profondeur de 6 à 7 centimètres à travers l'eschare faite par le caustique; il ne s'écoule rien par la canule; un stylet, introduit pour la déstruire si besoin est, est retiré teint d'un sang noirâtre et épais, mais aucun écoulement n'a lieu. M. Després jugeant que la collection était profonde ne crut pas devoir traverser le foie de part en part. Un cataplasme est appliqué sur la plaie.

Le 21, le ventre est ballonné et un peu douloureux à la pression. Le volume du foie a beaucoup diminué; il s'arrête aujourd'hui à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic; il n'est pas douloureux à la palpation. Il y a un peu de fièvre (température axillaire soir, 38° 2; pouls 120). Rien ne s'est écoulé par l'ouverture; l'eschare est détachée et le muscle grand oblique à nu au fond de la plaie.

Le 25, le ventre est revenu à son état normal et n'est plus douloureux. Depuis trois jours la malade a un ictere léger; le foie n'a pas changé de volume depuis la dernière exploration. Sans changer de caractère (tantôt plus vert, tantôt plus jaune), l'expectation a un peu diminué, mais les selles ont toujours le même aspect. La

malade est très-fatiguée par sa toux incessante, et le passage continu de ces matières acres a déterminé une inflammation du pharynx et de la bouche; la muqueuse est rouge vif et la déglutition difficile.

Le 29, la malade est très-amaigrie, fatiguée et abattue; la coloration de la peau est plutôt terreuse que jaune. L'alimentation est presque nulle. L'expectation, toujours nettement bilieuse, continue sans être influencée ni par la digestion, ni par la compression de la région hépatique; sa quantité a diminué de près de moitié. Le ventre n'est pas douloureux et il n'y a dans l'hypochondre droit qu'un peu de sensibilité à la pression; il est aussi le siège d'une douleur sourde s'irradiant dans le côté droit de la poitrine. Le foie est toujours aussi volumineux; par la palpation, on sent toujours son rebord au niveau des fausses côtes. Rien ne coule par la plaie du caustique, qui tend à se fermer. Pas de voussure à l'épigastre ni dans les espaces intercostaux. En arrière et à droite, l'auscultation fait entendre des frotements rudes très-étendus, prenant par moments le timbre de bruit de cuir neuf et couvrant en partie les râles humides, toujours très-nombreux; pas d'autre bruit anormal; diminution de la sonorité sur une assez grande hauteur. Tendance à la constipation et selles décolorées. L'état général empire de jour en jour.

Le 2 octobre, l'expectation bilieuse a diminué, tout en gardant ses caractères. La malade a des étouffements, des « vents », qui la gênent pour respirer. Le foie depuis trois jours a augmenté de volume et il descend aujourd'hui à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. L'auscultation donne toujours les mêmes résultats. L'état général est un peu meilleur, mais cependant la malade ne mange pas.

Le 6, teinte subictérique généralisée. L'état général redevient mauvais. Vomissements bilieux. Pas d'autres modifications.

Le 8, les vomissements continuent, alimentaires ou bilieux; tout est vomi. Le ventre, non douloureux, est excavé en bateau; l'amaigrissement est très-considérable, la malade très-faible. Le foie descend jusqu'à l'ombilic. La veille et ce jour-là il y a eu un peu de diarrhée et les matières étaient normalement colorées. Depuis deux jours l'expectation biliaire a considérablement diminué. Il y a en arrière à droite un léger épanchement pleurétique (absence de murmure, souffle doux, matité) sans gêne respiratoire ni fièvre.

Le 12, l'expectation biliaire a complètement cessé. Les produits de l'expectation ont toujours été recueillis et examinés depuis l'entrée de la malade à l'hôpital; on n'y a jamais trouvé de débris d'hydatides, et le pus (s'il y en avait) n'existait qu'en quantité minime que la réaction par l'ammoniaque était impuissante à déceler. Les selles sont rares, mais de coloration normale. L'état général est bien meilleur: la malade reprend un peu d'appétit, la teinte subictérique a disparu. Le ventre est toujours excavé, non douloureux. Le foie descend jusqu'à l'ombilic. En arrière, on trouve encore un peu d'épanchement pleurétique à droite (vésicatoire). Quelques râles disséminés dans la poitrine. Expectation filante, très-abondante et un peu purulente.

Le 15, l'état général s'améliore un peu, mais la teinte subictérique a reparu. Les vomissements ont cessé depuis deux jours, la bronchorrhée a diminué. Selles colorées, mais rares et dures. Sur le foie, autour de la plaie de l'eschare, on voit une tuméfaction sensible, arrondie, de la grosseur d'une petite orange, faisant corps

Montesquieu dit aussi que les Tartares, qui peuvent épouser leurs filles, ne s'unissent jamais à leurs mères (1).

Puis il ajoute plus loin : « Que si quelques peuples n'ont point rejeté les mariages entre les pères et les enfants, les sœurs et les frères, on a vu que les êtres intelligents ne suivent pas toujours leurs lois. Qui le dirait ? des idées religieuses ont souvent fait tomber les hommes dans ces égarements. Si les Assyriens, si les Perses ont épousé leurs mères, les premiers l'ont fait par un respect religieux pour Sémiramis, et les seconds parce que la religion de Zoroastre donnait la préférence à ces mariages. Si les Egyptiens ont épousé leurs sœurs, ce fut encore un délire de la religion égyptienne, qui consacra ces mariages en l'honneur d'Isis. Comme l'esprit de la religion est de nous porter à faire avec effort des choses grandes et difficiles, il ne faut pas juger qu'une chose soit surnaturelle parce qu'une religion fausse l'a consacrée. »

Cette citation de Montesquieu montre combien il a mal jugé cette civilisation, et justifié, il nous semble, les développements dans lesquels nous sommes entrés, et qui donnent la véritable explication de ces unions consanguines. L'auteur des *Lettres persanes* avait été mieux inspiré dans l'histoire si touchante d'Aphérodite et d'Astarté (lettre 67).

Notre joyeux chanoine Mathurin Régnier a dit avec plus de raison dans sa satire V :

Ainsi c'est la nature, et l'humeur des personnes,
Et non la qualité qui rend les choses bonnes.
Charnellement se joindre avec sa parenté,
En France est incesté, en Perse charité,
Tellement qu'à tout prendre en ce monde où nous sommes,
Et le bien et le mal dépend du goût des hommes.

Et si le lecteur avait quelques doutes, qu'il veuille bien se rappeler les mœurs des premiers Israélites avant que Moïse leur eût donné des lois.

(1) Vultaire, dans son article *Incesté* du *Dictionnaire philosophique*, conteste l'autorité de Priscus Panetel.

avec le foie, et dans laquelle on perçoit une fluctuation obscure. La limite supérieure du foie est descendue à un travers de doigt au-dessous du mamelon.

Le 20, l'amélioration s'accroît; la malade a pu se lever un peu. Le foie est toujours volumineux.

Le 25, le foie a légèrement diminué de volume; la tuméfaction, qui soulève la plaie de l'eschare, est toujours très-apparente, bien limitée, et la fluctuation y devient plus nette; elle est le siège de quelques douleurs. L'état général est bon; la malade se lève; elle mange avec appétit, mais les digestions sont difficiles. L'expectoration est à peu près nulle.

Le 31, dans la nuit, à la suite d'une quinte de toux, la malade a eu un vomissement biliaire, puis elle a craché la valeur de quatre ou cinq cuillerées à bouche d'un liquide verdâtre, ressemblant à ses crachats primitifs. En retirant le cataplasme, on voit du pus sourdre au niveau du foie par la plaie de l'eschare non cicatrisée; la pression fait sortir un demi-verre environ de pus crémieux bien lié, verdâtre, dans lequel nagent de petits corpuscules blanchâtres, gros comme la tête d'une épingle. Dans la journée le pus continue à couler, mais en petite quantité.

Le 3 novembre, l'écoulement du pus a cessé; la plaie se cicatrise rapidement. Il y a des douleurs vagues en arrière et à droite à la base du thorax; de la toux et une expectoration muco-purulente peu abondante. Dans le point douloureux, submatité à la percussion, affaiblissement du bruit respiratoire, râles muqueux disséminés.

Le 5, dans la nuit, la malade, sans présenter aucune modification dans son état général, a été reprise par l'expectoration biliaire; les matières rendues ne sont pas très-abondantes (200 à 300 grammes par vingt-quatre heures), mais elles présentent les mêmes caractères qu'au début de la maladie. Un vomissement biliaire; les selles restent colorées.

Du 5 au 8 la malade a continué à cracher de la bile. Cette reprise lui a fait perdre rapidement le peu d'embonpoint qu'elle avait recouvré. Il y a des vomissements biliaires et de l'anorexie. Le foie diminue de volume et la plaie, qui ne laisse plus rien couler, se cicatrise rapidement.

Le 10, l'expectoration biliaire a cessé encore, mais la malade est très-affaiblie. Le foie est presque revenu à son volume normal; la plaie est cicatrisée. Bronchorrhée très-abondante.

Le 13, dans la nuit, la malade a craché environ 50 grammes de bile.

Le 15, pendant la nuit, nouvelle expectoration de matières bilieuses (50 grammes environ). Les douleurs de la partie postérieure du thorax sont plus vives; l'état général est moins bon. Pas de fièvre.

Le 16, la douleur rend le décubitus dorsal impossible. On découvre à quatre travers de doigt de la colonne vertébrale, dans le dixième espace intercostal, à sa partie la plus reculée, une tumeur elliptique, allongée suivant la direction de l'espace, dont elle occupe toute la largeur sur une longueur de 10 centimètres environ; elle est le siège de très-vives douleurs et présente une fluctuation très-nette. Pas de changement de coloration de la peau. La tumeur n'est pas réductible et est à peine influencée par les mouvements de la poitrine et par la toux (cataplasmes). La bronchorrhée persiste.

Le 17, une incision sur la tumeur donne issue à une quantité notable de pus crémieux, verdâtre; il ne sort point d'air et les secousses de la toux, bien qu'accablant l'écoulement, ne témoignent pas d'une communication entre les bronches et l'abcès. Un tube à drainage est placé dans la plaie comme mèche, et un large cataplasme complète le pansement.

Le 18, il s'écoule toujours beaucoup de pus par la plaie thoracique postérieure. L'état général est bon, mais la toux et une abondante expectoration muco-purulente fatiguent beaucoup la malade. Pas de fièvre.

Le 20, l'écoulement de pus a diminué. Toujours très-abondante, l'expectation est aujourd'hui composée de 400 à 500 grammes de pus presque pur et rendu tout d'un coup. M. Després indique la possibilité d'une vomique, mais dans tous les cas il n'y a pas accès facile de l'air vers la cavité de l'abcès. On retire le tube à drainage.

Le 25, il sort toujours un peu de pus par l'orifice béant de l'abcès; il ne sort pas d'air. Le matin, on a retrouvé sur le linge du pansement une substance jaunâtre desséchée, qui, mise dans l'eau, s'est développée en un voile mince, flottant, teinté de jaune par la bile, et qu'on reconnaît facilement pour une enveloppe d'hydatide rompue. Expectation muqueuse abondante.

Le 27, l'orifice donne toujours passage à une certaine quantité de pus, et tous les matins on retrouve sur le pansement deux ou trois enveloppes d'hydatides flétries. La malade n'a guère mangé. Le foie a repris son volume normal. Le ventre n'est pas douloureux. La bronchorrhée persiste.

Le 1^{er} décembre, il ne sort plus d'enveloppes par la plaie et l'écoulement de pus tend lui-même à se tarir. La malade commence à se lever, mais le flux bronchique la fatigue beaucoup.

Le 1^{er} janvier 1876, la plaie suppure toujours un peu et la bronchorrhée, bien que diminuée, n'a pas disparu. Le foie, non douloureux, a un peu augmenté de volume. L'auscultation et la percussion de la poitrine ne révèlent rien d'anormal. L'état général est excellent.

À partir de ce moment la convalescence n'a plus été troublée, bien que sa marche ait été très-lente. L'après de la région postérieure donne de moins en moins de pus sans qu'il soit besoin d'y faire des injections; l'orifice était seulement cautérisé de temps en temps avec le nitrate d'argent. Le foie reprit peu à peu son volume normal.

L'abcès était fermé le 18 avril 1876, et la malade, guérie, avait repris de l'embonpoint; seulement il était survenu presque subitement des varices aux membres inférieurs. M. Després les attribua à la compression exercée sur la veine cave par la rétraction de la cicatrice du foie ayant succédé à l'abcès. Elles ont diminué au bout de quelques jours, et la malade, à qui un bas élastique a été délivré, a pu quitter l'hôpital le 7 mai 1876, complètement remise de sa longue maladie.

La malade a été revue trois mois après; elle était complètement rétablie.

REPLÈCES. — Ce long exposé de faits ne nous donne par lui-même que des renseignements incomplets sur l'évolution intime de la lésion, et si l'on cherche à se rendre compte de ce qui s'est passé dans la profondeur du tissu hépatique, on

Abraham, fils de Tharé, est le frère consanguin de Sara. Dans la Genèse (ch. xx, v. 12), Abraham dit à Abimelec, roi de Gérare: « Mais aussi, à la vérité, elle est ma sœur, fille de mon père, bien qu'elle ne soit point fille de ma mère, et elle m'a été donnée pour femme. »

Un autre fils de Tharé, Nacor, épouse sa nièce Milea, fille de son frère Haran. Leurs petits-enfants furent Rebecca (qui épousa Isaac) et Laban, père de Lia et de Rachel, les deux femmes de Jacob (Genèse, ch. xxiv, v. 15, et ch. xxiv).

Les deux filles de Lot concurent de leur père (Genèse, ch. xix). Dans l'histoire de Juda et Tamar (id., ch. xxxviii), Juda dit à Onan: « Viens vers la femme de ton frère, et prends-la pour femme, comme étant son beau-frère, et suscite des enfants à ton frère. » Juda eut deux enfants de sa belle-fille Tamar. L'un d'eux, Pharès, est désigné par saint Matthieu comme un des ancêtres de Joseph, « l'époux de Marie, de laquelle est né Jésus, qui est appelé Christ ». (Matth., ch. i, v. 16.)

Si nous nous reportons à des périodes de l'histoire plus riches en documents certains, nous voyons que dans les milieux sociaux les plus développés, au douzième ou au treizième siècle avant Jésus-Christ, les rapports des parents et des enfants étaient regardés comme criminels. Edipe, qui a inspiré deux tragédies à Sophocle et le premier essai théâtral de Voltaire, vivait à peu près à cette époque. De son mariage avec sa mère Jocaste, naquirent quatre enfants: Étéocle, Polynece, Antigone et Ismène. La peste de Thèbes, envoyée par les Dieux pour punir tous les crimes de ce malheureux roi, est une preuve du sentiment public qui régnait alors sur de semblables unions. A la même époque se place l'histoire de Phèdre et de son violent amour pour son beau-fils Hippolyte.

Mais nous avons eu déjà l'occasion de dire que les mariages entre frères et sœurs étaient au contraire fréquents. Thémistocle, dit Plutarque (Vie, t. II, p. 219, trad. Ricard), eut de sa deuxième femme plusieurs filles, entre autres Mnésipolème, mariée à Archépolis, son frère, fils d'une autre mère.

se voit réduit à interpréter les symptômes par le raisonnement. L'heureuse issue de la maladie n'ayant pas permis de constater *de visu* les lésions produites, on se trouve forcément rejeté dans l'hypothèse; mais nous croyons que, grâce aux lumières de la physiologie pathologique, on peut arriver à se faire une idée assez exacte des phénomènes dont l'observation directe nous a échappé.

Notre malade avait primitivement plusieurs hydatides dans le foie; l'une se développe avec rapidité; son siège au voisinage du rebord inférieur de l'organe la rend accessible au chirurgien, et le traitement classique en vient facilement à bout. Mais pendant ce temps une autre tumeur de même nature, siègeant plus profondément vers le bord postérieur de l'organe, demeure latente et se développe lentement sans être en rien influencée dans sa marche par le drame chirurgical qui se déroule dans son voisinage; pendant un an elle ne révèle sa présence que par des douleurs sourdes, des troubles gastriques vagues; un jour, par suite de son accroissement, elle arrive à user les parois d'un conduit biliaire d'un certain volume, la bile s'épanche dans l'intérieur du kyste, tue les hydatides et développe dans la poche une inflammation suppurative qui se traduit par des frissons répétés et de la fièvre. Le kyste, ainsi modifié dans sa nature, finit par perforer le diaphragme, les deux feuillets de la plèvre et une lame du tissu pulmonaire préalablement accolés par une inflammation adhésive; il s'ouvre dans la cavité d'une bronche. C'est alors que commencent les accidents qui se sont déroulés sous nos yeux et qu'à lieu cette première expectoration bilieuse dans laquelle du pus et des débris d'hydatides devaient se trouver en quantité notable.

Telle est probablement la marche habituelle des kystes du foie aboutissant à une fistule hépato-bronchique; et si nous avons cru devoir développer notre hypothèse, c'est que nous pensons qu'on peut la généraliser dans tous ses traits principaux à la plupart des cas de ce genre. Le plus souvent les accidents s'arrêtent là; par cette issue anormale qu'il s'est créée, le kyste se vide de tous ses produits pathologiques et la guérison survient après un temps plus ou moins long. Dans les cas malheureux, les malades succombent épuisés par une suppuration prolongée, ou emportés par l'infection purulente.

Dans le cas actuel, au contraire, nous nous trouvons en présence de phénomènes plus complexes qui demandent un surcroît d'explications. Le kyste n'a pu se vider complètement par l'ouverture hépato-bronchique; et quand la fistule biliaire a été cicatrisée, quand l'ouverture des bronches elles-mêmes a été fermée, il a fallu, pour évacuer les poches d'hydatides flétries qui se trouvaient encore dans le kyste et le pus que ses parois continuaient à former, il a fallu la production d'un abcès et d'une fistule hépato-cutanée.

Mais quelle était donc la disposition de cette ouverture

broncho-hépatique, qui n'a permis ni l'issue de masses relativement peu volumineuses, ni, semble-t-il, l'accès facile de l'air du poumon dans la cavité kystique? Il serait téméraire, pensons-nous, de hasarder à ce sujet une explication qui ne reposerait ni sur l'examen direct, ni sur l'analogie, et nous aimons mieux laisser la question en suspens.

À côté de ces faits principaux, qui sont le fond même de notre sujet, il est quelques faits secondaires que nous croyons devoir souligner en terminant.

D'abord, au point de vue physiologique, nous voyons la déperdition biliaire amener chez Elisa D... cette même amaïcation profonde notée par tous les expérimentateurs chez les chiens à qui l'on a pratiqué des fistules biliaires. On ne saurait donc, quel que soit le rôle que l'on fera jouer à la bile dans les phénomènes de la digestion, la considérer avec quelques auteurs comme un simple produit excrémental, sans influence notable sur l'intégrité de la nutrition. La quantité de l'expectoration biliaire et l'amaïgrissement ont toujours suivi chez notre malade les mêmes variations.

Signalons aussi cette bronchorrhée abondante, qui a persisté longtemps après que l'expectoration biliaire avait cessé, et qui était évidemment due à l'irritation de la muqueuse bronchique par le passage continu d'un liquide aëre. Nous avons vu d'ailleurs cette irritation se propager à toutes les nouvelles voies d'excrétion de la bile et occasionner par effet de simple contact une pharyngite, une stomatite et une glossite d'espèce nouvelle.

Une autre particularité à noter, c'est le peu de gravité qu'a offert une blessure chirurgicale du foie. Si la ponction n'a pas donné le résultat désiré, elle apporte au moins une preuve de plus à l'appui de l'innocuité relative des plaies du foie. Un trocart enfoncé à une grande profondeur dans cet organe n'a causé, en effet, qu'une hépatite légère avec iétre passage; elle s'est terminée par la formation d'un abcès à marche régulière et dont l'évolution a été sans influence notable sur le cours de l'affection. Nous ne voulons certes pas conclure de là à une indifférence absolue du foie pour toute espèce de traumatisme; mais ce fait ajouté à tant d'autres doit, pensons-nous, donner au chirurgien une certaine audace pour les explorations directes de cet organe.

Enfin, un dernier fait sur lequel nous désirons appeler l'attention, c'est cette apparition de varices aux jambes, qui a été comme l'épiphénomène de cette longue histoire. La compression de la veine cave par un kyste hydatique allant jusqu'à la production de varices est déjà un fait rare, signalé seulement en 1860 par Haberston (*Some cases of Hydatid Diseases, in Guy's Hospital reports*, 1860, 3^e sér., vol. VI, p. 174). Mais ici ce n'est point le kyste qui a produit cet effet dérangeant: l'époque de l'apparition de cet accident a autorisé M. Després à l'attribuer avec juste raison à une gêne de la

À Athènes, d'après Térènce (*Phormio*, acte I, scène iv), les orphelins devaient épouser leur plus proche parent.

On le voit; quand la société put exercer une véritable influence sur les citoyens, elle régla de plus en plus leurs sentiments égoïstes et mit une barrière à l'instinct sexuel. De là des institutions sociales destinées à mieux conformer les modifications de la famille à celles que subit la société. Ces influences se sont d'abord exercées sur les classes supérieures, puis de là ont passé dans la masse sociale.

Le polythéisme n'eut pas le même caractère en Grèce et à Rome. Pendant l'élaboration grecque, le polythéisme fut surtout intellectuel; il fut principalement social pendant l'incorporation romaine.

Toute civilisation militaire remplace la polygamie par la monogamie, et cette influence collective s'adresse essentiellement aux chefs, qui furent seuls vraiment polygames. L'existence guerrière est incompatible avec les mœurs qu'exige la polygamie, soit que chaque chef laisse ses femmes au foyer

domestique, soit qu'il les amène dans son camp. Cette opposition avait longtemps assisté la politique sacerdotale pour détourner davantage des expéditions habituelles qui tendent à dissoudre le régime théocratique en faisant prévaloir la caste militaire. L'humanité doit donc aux peuples guerriers ce premier perfectionnement de l'institution la plus fondamentale. Il se trouva tellement lié chez les anciens avec l'existence militaire, qu'il y devint toujours plus stable et plus complet à mesure qu'elle se développa mieux (A. Comte).

En Grèce, l'influence sacerdotale se manifesta par la voie des oracles, qui réglèrent les nouveaux cas d'inceste suscités par la monogamie. C'est ainsi qu'ils retirèrent énergiquement la fatale conduite d'Édipe. Mais, dans ce pays, les conditions spéciales d'une absence simultanée de direction spirituelle et de pouvoir matériel empêchèrent l'existence domestique d'être aussi bien réglée qu'à Rome. Des utopies subversives sur la famille, de dangereuses expériences comme celles qui eurent lieu à Sparte, montrent d'ailleurs que les Grecs firent

circulation veineuse produite par la rétraction de la cicatrice de l'abcès du foie; nous ne croyons pas que cette cause ait été souvent signalée dans l'étiologie, pourtant si complexe, des varices des membres inférieurs.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

Rien de médical dans la séance de l'Académie des sciences du 3 octobre 1876.

Académie de médecine.

SEANCE DU 10 OCTOBRE 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. CHATIN.

M. le ministre de la marine et des colonies adresse réception d'un envoi de vaccin. M. le ministre de l'Agriculture et du commerce transmet à l'Académie: a. Les comptes rendus des épidémies qui ont régné en 1875 dans les départements de l'Ain, de la Loire-inférieure et des Basses-Pyrénées. (Commission des épidémies.) — b. Le tableau des vaccinations pratiquées en 1875 dans les départements des Hautes-Pyrénées et de Seine-et-Marne. (Commission de vaccine.) — c. La liste des malades traités en 1875 à l'hôpital thermal d'Amélie-les-Bains, et en 1876 à celui de la Bourboule. (Commission des eaux minérales.)

M. le docteur Brune (de Tours) adresse à l'Académie un mémoire manuscrit sur l'anthrax. (Commission: MM. Charcot, Alph. Guérin et Le Fort.)

M. le docteur Girbal adresse à l'Académie un mémoire sur la fièvre catarrhale. (Commission: MM. Chassagnard et Moutard-Martin.)

L'Académie reçoit: a. Une brochure de M. le docteur Brochard, intitulée: MANUEL DU SEVRAGE. — b. De la part de M. le docteur Raymondau, un mémoire sur le cloa de Bizka. — c. De la part de M. le docteur Moncorvo (de Figueira), un mémoire sur une nouvelle variété de lépre.

STATUE DE DESAULT. — M. Alph. Guérin est désigné pour représenter l'Académie à l'inauguration de la statue de Desault, qui doit avoir lieu à Lure le 15 octobre prochain.

ALIMENTATION ET SEVRAGE DES ENFANTS. — M. Devilliers voit avec regret M. Magne émettre des doutes sur les doctrines qui semblaient bien établies, surtout après les nombreux travaux qui ont été publiés depuis une dizaine d'années et après les nombreuses discussions qui ont eu lieu dans le sein même de l'Académie. M. Magne demande que la commission permanente de l'hygiène de l'enfance ajoute à son tableau-questionnaire relatif aux causes de la mortalité du premier âge une sixième question demandant la profession des parents. Mais si l'on veut ajouter cette question il faudrait, pour rester dans les généralités les plus pratiques, se borner à faire diviser les enfants en deux catégories, ceux qui appartiennent aux populations urbaines et ceux qui appartiennent aux populations rurales. C'est là du reste une division que les statisticiens ont toujours cherché à établir.

prédominer les idées spéculatives sur les sentiments affectifs.

Le polythéisme romain eut une plus grande portée. Le disciplina et organisa la vie publique, il fut plus pratique. Chez ce peuple essentiellement guerrier, la monogamie s'améliora et se consolida peu à peu. A tous les points de vue, le mariage romain est supérieur au mariage grec. Les unions consanguines y furent de plus en plus réglées, ainsi que nous allons le voir en étudiant leur législation avant l'arrivée du catholicisme.

La famille était bien disciplinée. Tous les parents vivaient ensemble, formant un seul ménage dans une habitation commune. Les unions entre cousins-germains furent dès lors aussi impossibles que celles entre frères et sœurs; l'excellente habitude des noms de famille leur donnait d'ailleurs le même nom. Ils étaient nommés frères et étaient regardés comme tels. « La prohibition du mariage entre parents, dit Portalis, dans les degrés non prohibés par le droit naturel, a été

Toutes les recherches faites depuis longtemps, toutes les statistiques concordent sur ce point que c'est l'alimentation prématurée qui est la cause ordinaire de la grande mortalité chez les enfants de tous les pays. On ne saurait donc s'élever avec trop d'énergie contre l'abus qu'on peut faire de cette alimentation. L'Académie, dans son programme, a bien fait de poser des règles générales qui ne sauraient être trop répandues, et il est imprudent, après les efforts multipliés faits dans ces derniers temps par le corps médical pour inculquer aux populations les saines doctrines de l'allaitement naturel, de venir remettre en doute les résultats heureux de cet allaitement pendant la première année d'âge, et de préconiser des essais d'alimentation prématurée, sur lesquels d'ailleurs M. Magne ne s'explique pas d'une manière suffisamment précise.

M. J. Guérin pense que M. Devilliers a suffisamment réfrimé les erreurs contenues dans le discours de M. Magne, mais la question est assez importante pour qu'on la discute longuement.

Quant à la sixième proposition de M. Magne, celle relative à la profession des parents, elle n'est pas suffisamment développée dans son discours.

M. Magne s'élève contre cette assertion et affirme qu'il a parfaitement formulé cette proposition, qui constitue un point important de son travail.

M. J. Guérin, après avoir consulté de nouveau le mémoire, reconnaît qu'il existe, en effet, une proposition de ce genre, mais qu'elle ne constitue pas le point capital du discours.

M. Magne est entré dans une voie révolutionnaire lorsqu'il a parlé de donner des aliments solides aux nouveau-nés et lorsqu'il a voulu s'appuyer sur la comparaison des différents nourrissons de espèces animales. Tout le monde sait que l'introduction prématurée d'aliments dans l'estomac des enfants produit de la diarrhée, de l'émaciation et autres symptômes. Dans les cas moins graves on observe cette altération profonde de toutes les fonctions de nutrition qu'on désigne sous le nom de rachitisme.

Les médecins soucieux de graduer la force de l'alimentation ont étudié le lait des différents animaux, afin de pouvoir, dans certains cas, substituer l'allaitement artificiel à l'allaitement naturel, et M. Guérin est persuadé que cet allaitement artificiel, rationnellement dirigé, peut produire d'excellents résultats.

Relativement à la sixième conclusion dont parle M. Magne, M. Guérin prétend qu'il n'est pas indispensable de connaître la profession des parents; ce qu'il importe de connaître, c'est la manière dont les enfants sont nourris.

Il est cependant un point sur lequel on peut donner raison à M. Guérin, c'est celui relatif à la durée de l'allaitement,

plus ou moins restreinte ou plus ou moins étendue chez les différents peuples, selon la différence des mœurs et les intérêts politiques de ces peuples. Quand un législateur, par exemple, avait établi un certain ordre de successions, qu'il croyait important d'observer pour la constitution politique de l'Etat, il réglait les usages de telle manière qu'ils ne fussent jamais permis entre personnes dont l'union aurait pu changer ou altérer cet ordre. Nous avons vu des exemples de cette sollicitude dans quelques républiques de l'ancienne Grèce. Ailleurs, selon que les familles étaient plus ou moins réunies dans la même maison et selon l'intérêt plus ou moins grand que l'on avait à favoriser les alliances entre les diverses familles, on étendait ou on limitait davantage la prohibition des mariages entre parents.

Montesquieu dit qu'en effet ces unions entre cousins-germains furent prohibées à Rome dans les premiers temps, jusqu'à ce que le peuple fit une loi pour les permettre: « Il voulait favoriser un homme extrêmement populaire et qui

qui ne doit pas être prolongé outre mesure. Le sevrage tardif est nuisible et peut être le point de départ des diathèses dont il vient d'être question : serofule, rachitisme, etc.

M. *Magne* revient sur les principaux points qu'il a développés dans la séance précédente. Un point surtout l'avait frappé, c'est celui relatif à la durée de la période pendant laquelle le lait doit être employé exclusivement. Il lui semble excessif de laisser l'enfant pendant un an sans autre nourriture que le lait, et il est heureux de constater que plusieurs membres de l'Académie partagent cette manière de voir. Il espère donc que la discussion qu'il a soulevée aura quelque utilité.

M. *Bouley* réfute les théories de M. *Magne*. D'après M. *Magne* il faudrait admettre que le lait est insuffisant pour faire le jeune, et, partant de là, il faudrait procéder à la composition d'un lait artificiel. Cette thèse est insoutenable. Les mammifères qui se portent bien ont un lait qui possède toutes les qualités voulues pour nourrir l'enfant. C'est là un fait qui n'a pas besoin de démonstration, car il est évident et connu de tout le monde. M. *Magne* s'appuie sur ce fait que le développement de certains animaux peut être activé par l'alimentation artificielle; mais cela a lieu surtout chez les herbivores, qui viennent au monde avec des facultés beaucoup plus développées que les carnivores.

CORPS ÉTRANGER DE L'ŒSOPHAGE. — M. le docteur *Cazin* (de Boulogne-sur-Mer) rapporte une intéressante observation de corps étranger de l'œsophage dans laquelle il a pratiqué l'œsophagotomie externe avec quelques modifications. Il s'agit d'une malade qui avait avalé un os de bœuf assez volumineux. Après avoir fait inutilement des tentatives de refluxement, il se décida à pratiquer l'œsophagotomie, qui paraissait assez difficile parce que la malade présentait une hypertrophie notable de la glande thyroïde.

Après avoir atteint et ouvert l'œsophage, M. *Cazin* tenta d'extraire le corps étranger avec une pince à polype, mais il éprouva une grande résistance. Voulant éviter de blesser davantage les parois de l'œsophage et n'ayant pas sous la main d'instrument qui lui permit de fragmenter l'os, il eut recours à un procédé qu'il avait vu employer par Velpéau pour retirer un verre brisé du vagin d'une femme. Il passa un morceau de carton roulé par l'ouverture pratiquée à l'œsophage, et le corps étranger, ayant été entouré du carton, fut retiré sans difficultés à l'aide de la pince.

M. *Cazin* appelle particulièrement l'attention sur les points suivants relatifs à cette opération :

1° Le procédé de dissection du lobe latéral de la thyroïde, préconisé par S. *Duplay* pour arriver plus facilement à l'œsophage, devient très-difficile lorsqu'il existe une hypertrophie de la glande.

s'était marié avec sa cousine germaine, ainsi que le dit Plutarque dans son *Traité des questions romaines*.

L'institution du mariage eut d'ailleurs ses règles précises. Trois conditions étaient indispensables : la puberté, le consentement, le *connubium* ou la faculté légale pour l'homme et la femme de pouvoir contracter mariage ensemble. Un des premiers empêchements était la parenté ou alliance à certains degrés, soit la parenté civile (*agnatio*), soit la parenté naturelle (*cognatio*). Voici ce qu'en dit Daloz : « L'empêchement résultant soit de l'agnation, soit de la cognation, existait en ligne directe à l'infini : *Inter parentes et liberos infinite, cujuscumque gradus connubium non est* (Ulp., *Reg.*). En ligne collatérale, il y avait empêchement entre le frère ou la sœur, et les descendants de ses frères et sœurs à l'infini, c'est-à-dire entre l'oncle ou la tante, la nièce et le neveu, la petite-nièce ou le petit-neveu, etc. »

L'union d'une nièce avec un oncle était sans exemple à Rome, lorsque, sous le consulat de Pompée et de Vêranus,

2° Il a pratiqué la suture séparée des deux tuniques du conduit œsophagien. Ce procédé assure la parfaite coaptation des surfaces saignantes et met la suture interne à l'abri des contractions musculaires de la couche extérieure.

3° Il a introduit une sonde à demeure par les narines et l'a conservée pendant vingt-huit heures après l'opération. Ce procédé a permis de nourrir la malade sans compromettre le succès de la réunion des sutures pratiquées sur l'œsophage. Le séjour de cet instrument dans les narines n'a pas été trop pénible et n'a déterminé ni nausées, ni troubles de la respiration.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 4 OCTOBRE 1876. — PRÉSIDENCE DE M. HOURL.

INJECTIONS MÉDICAMENTEUSES DANS L'OREILLE MOYENNE. — OBLITÉRATION DE L'ARTÈRE AXILLAIRE A LA SUITE D'UNE FRACTURE DE LA CLAVICULE. — EMPLOI DES ANESTHÉSQUES DANS LES ACCOUCHÉMENTS.

M. *Horteloup* fait un rapport sur un mémoire de M. *Roustan* (de Montpellier), relatif aux injections médicamenteuses à travers la trompe d'Eustache. L'auteur propose un nouveau procédé qui consiste à faire insuffler, de l'air, par exemple, dans la narine par la bouche même du malade, au moyen d'un tube de verre coudé, l'autre narine étant oblitérée.

M. *Tillaux* préfère le procédé de Prolitzer, car le malade se congestionne en s'insufflant de l'air; c'est le chirurgien qui doit agir.

— M. *Horteloup* fait un rapport sur un travail de M. *Moret* (de Borneuil, Charente-Inférieure). Un malade, à la suite d'une fracture de la clavicule, eut une oblitération de l'artère humérale cinq jours après l'accident. Selon M. *Horteloup*, l'artère contusionnée s'est oblitérée à la suite d'une péri-artérite.

M. *Verneuil* croit plutôt à une rupture circonscrite de l'artère suivie d'oblitération par caillot. La péri-artérite est très-rare; l'artère axillaire, friable chez une personne âgée, a pu se déchirer; et cette supposition serait justifiée par l'épanchement considérable de sang que M. *Moret* a constaté dès l'accident. M. *Verneuil* a vu deux cas analogues, dans lesquels l'oblitération ne s'était montrée aussi que deux ou trois jours après l'accident.

M. *Larrey*. Les lésions artérielles, à la suite des fractures de la clavicule, sont extrêmement rares; M. *Larrey* n'en connaît que deux exemples.

M. *Horteloup*. Les troubles circulatoires n'ont été constatés que le cinquième jour, on peut aussi bien admettre la péri-artérite que la déchirure du vaisseau.

Claude désirant épouser sa nièce Agrippine, fille de Germanicus, Vitellius se rendit auprès du sénat pour en obtenir l'autorisation et lui dit : « L'union des oncles et des nièces, nouvelle, il est vrai, parmi nous, mais consacrée dans d'autres pays, n'est défendue par aucune loi; les mariages entre cousins, longtemps ignorés, se sont multipliés avec le temps; les convenances modifient les coutumes, et bientôt cette nouveauté deviendra un usage. » Dès que Claude sut que l'opinion de la plupart des sénateurs et de la populace lui était favorable, il se rendit au sénat et demanda un décret qui, à l'avenir, autoriserait le mariage des nièces avec leurs oncles paternels. « Cependant personne, depuis, ne s'empressa de suivre cet exemple, si l'on excepte pourtant Titus Albius, chevalier romain; et encore croit-on que ce fut à l'instigation d'Agrippine » (Tacite, *Ann.*, XII, 5, 6, 7, trad. de Dureau de Lamalle).

Suétone dit aussi que cette conduite trouva peu d'imitateurs; toutefois, malgré les tentatives de Nerva pour faire

M. Verneuil. Les artères saines résistent extraordinairement aux causes d'oblitération venues du dehors; quand la tunique interne est intacte, le vaisseau ne s'oblitére pas (les embolies étant exceptées). La péri-artérite, qui est si commune après les grandes opérations, n'oblitére pas le calibre des artères; d'un autre côté, les fissures artérielles ont été constatées plusieurs fois. Dans les régions iliaque et inguinale, Malignan remarque que souvent l'origine des anévrysmes est une contusion ou un effort violent. On peut dans ce cas admettre une légère fissure de la paroi interne des artères. Dans diverses tentatives de réduction de luxation de l'épaule, on a fissuré l'artère.

M. Houel demande à M. Verneuil s'il a constaté de *risu* la fissure artérielle.

M. Verneuil, faisant l'autopsie d'un individu mort probablement d'une fracture du crâne, trouva une thrombose dans l'artère carotide interne; l'artère était oblitérée par le caillot, et la membrane interne était fissurée; c'était sur la fissure qu'avait commencé la coagulation. L'observation est publiée dans le BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. Tillauz a vu une déchirure des tuniques interne et moyenne chez un homme qui avait reçu une violente contusion dans la fosse iliaque gauche. Quelques heures après l'accident, on ne constatait rien d'anormal. Le lendemain, le bout du gros orteil devient noir; pas de battements à la fémorale; il y avait donc contusion de l'artère iliaque. Le malade mourut.

Au niveau de l'artère iliaque primitive gauche, on trouva une déchirure des tuniques interne et moyenne, l'externo étant intacte. Oblitération complète du vaisseau. Pas d'autres lésions dans l'abdomen.

M. Terrier a vu dans le service de Jarjavay une oblitération de l'artère poplitée, avec déchirure des deux tuniques internes et conservation de la tunique externe, chez un malade qui avait une luxation traumatique du tibia en avant.

M. Horteloup. La déchirure des tuniques interne et moyenne est suivie de l'oblitération immédiate de l'artère, tandis que, chez le malade de M. Moret, les battements n'ont disparu que cinq jours après l'accident, ce qui serait en faveur de la péri-artérite.

— M. Blot a étudié depuis longtemps l'effet des anesthésiques dans les accouchements; l'emploi banal du chloroforme doit être repoussé. Puisque les accidents viennent dès le début de la chloroformisation, ce n'est pas la quantité de chloroforme absorbé qui en est cause; il semble que certains sujets ne soient pas aptes à respirer cet anesthésique et rien ne peut les faire reconnaître (en dehors des individus atteints de lésions organiques).

M. Blot rapporte un cas dans lequel l'emploi du chloroforme était indiqué chez une femme en travail. Les douleurs avaient débuté à une heure du matin; à onze heures du matin, la malade ressentit subitement une douleur névralgique au niveau des attaches du diaphragme; angoisse inexprimable. La dilatation du col était complète. A chaque contraction utérine, nouvelle crise de névralgie; la malade suppliait M. Blot de la débarrasser de cette douleur. Le col s'était rétracté et il eût été imprudent d'appliquer le forceps. Le chloroforme fut administré; le col se déténda; on continua le chloroforme jusqu'à insensibilité presque complète; le forceps enleva un enfant vivant. Voilà donc un cas dans lequel le chloroforme était indiqué.

Chez une autre femme, chaque contraction utérine était accompagnée d'une douleur excessive; le travail ne marchait pas. M. Blot donna le chloroforme; en quelques contractions encore douloureuses la dilatation se compléta et la malade accoucha spontanément.

M. Polaillon. On a conseillé le chloral en lavement, pour supprimer la douleur dans l'accouchement normal. Sur 17 femmes, M. Polaillon a injecté entre 2 et 7 grammes d'hydrate de chloral dans le rectum. Le plus souvent le travail a été ralenti, ou arrêté, et l'on dut extraire avec le forceps la tête arrêtée à la vulve; les malades souffraient encore. Sur d'autres, le chloral ne modifia pas le travail; enfin, chez le plus petit nombre, l'accouchement marcha bien. Il est donc inutile et même nuisible de donner le chloral aux femmes en travail, à moins de contractions douloureuses avec contracture du col utérin.

M. Lucas-Championnière. La première malade citée par M. Blot était incomplètement anesthésiée, puisqu'elle parlait, et cependant l'élément douloureux était suffisamment supprimé pour que la contraction du col cessât. M. Championnière a fait la même observation; chez une malade incomplètement endormie par le chloroforme, le travail marcha vite et bien.

M. Polaillon. Quand on donne peu de chloroforme, cet agent n'agit pas comme anesthésique, mais comme antispasmodique. Malgré cela, le chloroforme est dangereux, et quand un anesthésique est jugé nécessaire, il vaut mieux donner le chloral en lavement.

M. Perrier. Il y a dans l'action du chloroforme deux phases; la première est la période d'excitation, et non antispasmodique; c'est la période dangereuse, et il ne faut pas l'adopter en chirurgie. Pour les accouchements, M. Perrier n'admet pas davantage cette phase de l'anesthésie. Les premiers troubles dus au chloroforme sont ceux de l'intelligence; la perte de la sensibilité ne vient qu'après. Quand une femme garde son intelligence, c'est qu'elle garde sa sensibilité.

abolir cette loi, elle persista; et Antonin le Pieux épousa la fille de son frère.

Constance et Constantin défendirent ces unions, sous peine de mort: *Si quis filiam fratris sororisque facendam crediderit abominanter uxorem, capitalis sententia pœna teneatur* (Cod. Théod., De incest. nuptiarum).

En 384, sous Théodose le Grand, les mariages entre cousins-germains furent défendus sous peine de feu et de confiscation des biens. Quand l'empire romain fut divisé, Arcadius en Orient abolit cette loi, tandis qu'en Occident Honorius la maintint, mais il se réserva le droit de dispense.

D^r LACASSAGNE.

(A su'cre.)

FIÈVRE RÉMITTENTE BILIEUSE. — La canonnière la Pique, armée à Toulon pour une campagne au Sénégal, vient d'être cruellement éprouvée. A la suite d'un voyage effectué dans l'intérieur, en remontant les rivières Solom et Cazamance, l'équipage a été atteint d'une forte épidémie de fièvre rémittente bilieuse, accompagnée de nombreux cas pernicieux. Sur 64 hommes à bord, 36 ont été atteints dans les trois premiers jours, et la Pique s'est trouvée avoir trois officiers, tous ses maîtres moins deux, tous ses gabiers, tous ses canonniers, tous ses mécaniciens, la plupart de ses matelots du pont et le docteur lui-même malades.

Un seul homme est mort pendant l'épidémie, c'est le gabier Gatto.

La période aiguë est terminée; néanmoins, un certain nombre de marins et M. de Sagazan, officier en second, doivent rentrer en France comme convalescents. (Les Débats.)

LE BUSTE DE DESAULT. — L'inauguration de ce buste doit avoir lieu le 15 octobre prochain à Lure, dans la Haute-Saône (voyez *Académie de médecine*). Le buste est d'un statuaire très-distingué, M. Iselin, qui l'a offert généreusement à la ville.

M. Blot. Certains praticiens donnent le chloroforme dans tous les accouchements; cette manière de faire est blâmable. Sur deux cas de forceps, M. Blot ne le donne pas une fois. Mais quand les douleurs sont anormales, déviées, comme elles ont une mauvaise influence sur la marche du travail, on peut endormir la patiente. M. Blot s'est fait endormir plusieurs fois avec le chloroforme; il ne souffrait pas des pincements, des piqûres, mais il conservait la sensibilité tactile et l'intelligence. Cela serait contraire à ce qui est admis par M. Perrier.

REVUE DES JOURNAUX

De la mortalité à la suite des opérations de lithotomie et de lithotritie, par le docteur W. COULSON.

L'auteur a fait une étude statistique et comparative des résultats obtenus par la lithotomie et la lithotritie dans les grands hôpitaux de Londres pendant ces cinq dernières années. 148 cas de pierre dans la vessie ont été traités dans ces établissements pendant cette période et, sur ce nombre, il y a eu 24 décès, ce qui constitue une mortalité de 1 sur 6,16; à l'hôpital Saint-Peter, il y a eu 6 décès sur 67 cas, ce qui fait une mortalité de 1 sur 11,16. D'après M. Coulson; cette différence doit être attribuée au choix de l'opération. La lithotomie est plus fréquemment pratiquée dans les grands hôpitaux, tandis que la lithotritie est l'opération à laquelle on a le plus souvent recours à Saint-Peter. Ce fait est démontré par un tableau qui montre que pendant que 29 lithotrities étaient pratiquées dans les quatre grands établissements hospitaliers de Londres, 44 étaient pratiquées dans le seul hôpital Saint-Peter. M. Coulson remarque que, dans les grands hôpitaux, la mortalité est à peu près la même pour la lithotomie que pour la lithotritie, tandis que, à Saint-Peter, la lithotritie donne deux fois plus de succès que la lithotomie. L'auteur rapporte ensuite quelques détails intéressants sur les résultats obtenus après ces opérations dans trois établissements importants: *University College hospital*, Necker (de Paris), et Saint-Peter. Dans le service spécial de *University College*, la mortalité, après la lithotritie, a été de 1 sur 16, à Necker de 1 sur 15,6, et à Saint-Peter de 1 sur 14,3 (*The Lancet*, 25 mars 1876).

Croup, trachéotomie, dysphagie et paralysie faciale consécutive, par M. ODIN.

Ce cas a présenté, dès le début, une particularité assez rare: la coïncidence d'une amygdalite suppurée et d'une angine diphthérique. Le volume des amygdales, la présence d'un abcès tonsillaire, le soulagement qui résultait de l'évacuation du pus pouvaient, en effet, faire croire qu'il ne s'agissait pas d'une angine diphthérique.

La trachéotomie a été pratiquée par M. Dron. Un plexus veineux serré placé au devant de la trachée rendit cette opération laborieuse et la perte de sang fut assez considérable pour déterminer une syncope. La trachéotomie faite, l'enfant respire facilement, mais l'affection conserve toujours sa marche envahissante. Les fausses membranes persistent sur le fond de la gorge et gagnent la trachée et la plaie. Une bronchite aiguë se déclare et met les jours du malade en danger. Cependant les accidents cessent au bout de quarante-huit heures et les fausses membranes disparaissent avec une grande rapidité. La guérison semblait devoir marcher rapidement, lorsque survinrent deux complications: l'hémiplégie faciale et la dysphagie.

M. Odin fait remarquer que l'hémiplégie faciale est rare à la suite de la diphthérie. Elle est en général d'un pronostic bénin, n'amène aucun trouble dans l'état du sujet et guérit

toujours. Mais la dysphagie est une complication beaucoup plus sérieuse et beaucoup plus rare encore que l'hémiplégie.

Dans le cas dont il s'agit, les aliments solides et liquides pénétraient dans le larynx, traversaient la glotte et la partie supérieure de la trachée autour de la canule sans provoquer le moindre mouvement réflexe. Ce n'est que lorsqu'ils arrivaient au-dessous de la canule que survenait la toux qui les chassait par la plaie du cou.

Cette dysphagie était le résultat d'une paralysie nerveuse diphthérique ayant porté sur les nerfs de la sensibilité et de la motilité du larynx (laryngés supérieurs et inférieurs, nerfs de sensibilité et de motilité du pharynx, et en particulier sur le rameau pharyngien du spinal qui anime le constricteur inférieur du pharynx qui préside à la fermeture de la glotte). Ainsi entendue, la dysphagie diphthérique est une affection rare, mais sérieuse en ce sens qu'elle empêche la nutrition du sujet et qu'elle indique une désorganisation profonde dans un grand nombre de nerfs.

Les auteurs qui ont parlé de cette affection ne se sont pas occupés du traitement. Dans le cas qui fait le sujet de cette observation on a pratiqué l'alimentation artificielle pendant tout le temps qu'a duré la dysphagie: injections de lait, de potages à l'aide de la sonde œsophagienne, lavements alimentaires. On agissait en même temps sur la paralysie par l'électricité. Bien supportée d'abord, l'électrisation devenait de jour en jour plus pénible, comme aussi le passage de la sonde, à mesure que la paralysie disparaissait.

La canule a été laissée en place pendant toute la durée du traitement et n'a été retirée que vingt-sept jours après l'opération. Elle facilitait beaucoup l'introduction de la sonde et offrait une large ouverture à l'issue des aliments engagés dans les bronches, et mettait à l'abri de toute crainte d'asphyxie rapide. (*Lyon médical*, 17 septembre 1876.)

Du diagnostic et du traitement de l'ostéomyélite suppurée, par le docteur Eug. BÆCKEL, chirurgien titulaire de l'hôpital civil de Strasbourg.

Après avoir signalé les travaux les plus récents et les plus importants sur l'ostéomyélite, M. Bæckel remarque que c'est le diagnostic de cette affection qui laisse le plus à désirer, surtout dans les formes suppuratives aiguës: c'est pour cette raison que le traitement est encore si peu satisfaisant que certains chirurgiens ne voient d'autres ressources alors que la désarticulation du membre ou l'extirpation totale de l'os malade.

M. Bæckel s'occupe d'abord de l'ostéomyélite spontanée aiguë qui offre le plus de gravité et qui est toujours masquée par un phlegmon sous-périoste. Je constate que le symptôme douleur ne peut guère servir à aider au diagnostic, car parfois, en dehors de la pression directe sur l'os, les douleurs ne sont pas très-marquées; de plus, le frisson qui marque presque toujours le début des affections suppuratives est loin d'être constant. Quant à la présence de gouttelettes huileuses dans le pus sous-périostique, considérée par Chassignac et Roser comme signe presque pathognomonique de l'ostéomyélite, M. Bæckel reconnaît que ce symptôme a quelque valeur, car si toutes les fois qu'on voit des globules de graisse dans le pus d'un abcès sous-périostique, il faut soupçonner une ostéomyélite, par contre l'absence de ce signe ne prouve pas que la moelle ne soit pas infiltrée de pus. Le décollement circulaire et étendu du périoste est un symptôme plus important, mais celui qui offre le plus de certitude, c'est l'élévation de la température persistant après de larges débridements du périoste. Telles sont les règles qui ont amené M. Bæckel à trépaner des os atteints de périostite phlegmoneuse, et chaque fois il a trouvé dans la moelle le pus qu'il avait soupçonné.

L'ostéomyélite spontanée chronique est plus rare et moins

comme que la forme aiguë. Les douleurs sont prononcées, tébrantes, mais la température reste presque normale, quoique l'affection passe à la suppuration.

L'ostéomyélite des amputés est généralement aiguë ou subaiguë; elle s'accompagne de fièvre et est précédée d'un frisson qui n'est pris d'ordinaire pour un frisson d'infection purulente; l'examen direct avec le stylet permettra de faire le diagnostic; il ne faut pas craindre, dit M. Bœckel, de disjoindre la plaie pour reconnaître l'état de la moelle: une fois le diagnostic confirmé, on devra vider le canal médullaire et établir une irrigation continue d'eau plénique, ou dans les cas plus graves appliquer une ou plusieurs couronnes de trépan. Trop souvent, en effet, quand on ampute, le malade est pris de frisson, on le considère comme perdu, et lorsqu'à l'autopsie on trouve de l'ostéomyélite, on la considère comme secondaire et produite par la pyémie, tandis qu'en réalité c'est la suppuration de la moelle, abandonnée à elle-même et non traitée énergiquement, qui a fini par infecter le sang.

Telles sont en résumé les principales conclusions du mémoire de M. Bœckel, mémoire auquel sont annexées quatre observations intéressantes. (*Gazette médicale de Strasbourg*, n° 10, 1876.)

BIBLIOGRAPHIE

De l'expectoration dans la phthisie pulmonaire, par le docteur G. DAREMBERG. Paris, 1876.

Les anciens attachaient à l'étude de l'expectoration une importance considérable. Le mode d'expulsion des crachats, leurs caractères physiques, les avaient surtout frappés et la sémiologie de l'expectoration est encore aujourd'hui, pour les caractères principaux, celle qu'ils nous ont livrée. À une époque plus rapprochée les investigations histologiques furent dirigées en vue d'obtenir, par l'examen des crachats, des données certaines sur la nature de la lésion pulmonaire à laquelle ils étaient dus. C'est principalement dans la phthisie pulmonaire que ces renseignements avaient le plus d'intérêt. Les premiers observateurs crurent trouver dans les crachats tuberculeux les éléments de la matière tuberculeuse. C'était une erreur. Lebert lui-même ne parvint pas à reconnaître dans les crachats les corpuscules qu'il regardait à tort comme caractéristiques du tubercule.

En revanche, on y rencontra d'une façon presque constante un élément qui parut caractéristique: nous voulons parler des fibres élastiques. Schroeder van der Kolk regardait leur présence comme constante à toutes les périodes de la phthisie. C'est le seul élément du poulmon qui résiste à la fonte caséuse ou tuberculeuse. Il suffit de traiter les crachats par l'acide acétique, qui dissout le pus, pour les mettre en évidence. La présence de ces fibres a une grande valeur. On ne les rencontre que dans la phthisie, la gangrène pulmonaire et les infarctus hémoptoïques. Dans toutes ces maladies elles indiquent le ramollissement et la destruction du tissu pulmonaire.

Les crachats des phthisiques ont également été étudiés au point de vue chimique, et toujours dans le but illusoire d'y reconnaître la présence de l'élément tuberculeux. Ces recherches ont cependant conduit à des résultats intéressants au point de vue de l'énorme déperdition de matières organiques accusée par les crachats des tuberculeux, et à laquelle Caventou attribuait en grande partie la maigreur et la consommation des malades. L'analyse montre, en effet, dans 100 parties de crachats 4,67 de matières organiques et 0,77 de substances minérales. Ces dernières sont formées, pour la plus grande partie, de chlorure de sodium et de phosphate de potasse et, dans une proportion beaucoup moindre, de carbonate de soude et de phosphates de chaux et de magnésie.

Les phthisiques perdent également par les urines une quantité notable de phosphates (3 à 4 grammes par litre) et ces déperditions sont proportionnelles à l'amaigrissement des malades.

Il résulte des recherches de Reak (*Zeitschrift für Biologie*, 1875) qu'un homme atteint de bronchite chronique simple perd environ par l'expectation 2 pour 100 des matières azotées dont il a besoin pour vivre, tandis qu'un phthisique en perd à peu près 6 pour 100.

M. Daremberg donne dans sa thèse, avec l'histoire critique des différents travaux ayant trait à l'étude de l'expectation, le résumé de ses propres recherches, envisagées surtout au point de vue de la désassimilation. Il passe en revue les caractères des crachats dans les différentes variétés de phthisie et touche, en terminant, la question encore si controversée de la contagion de la phthisie par l'inoculation des produits tuberculeux, et en particulier par les crachats.

Au point de vue thérapeutique, il montre qu'il y a des cas nombreux où il importe, en modérant l'expectation, d'arrêter le travail de désassimilation qu'elle entraîne. La crésote du goudron de hêtre paraît avoir donné à M. le docteur Bonchard des résultats favorables. Cette préparation est prescrite à la dose de 20 à 30 centigrammes par jour. Les cinq observations publiées sont encourageantes.

B.

Index bibliographique.

ESSAI SUR LES FRACTURES DE L'ÉPITROCHLÉE, par le docteur A. CÉSAR. Thèse de Paris, de 52 pages.—Chez A. Parent, 1876.

Les fractures de l'épitrôchlée sont un fait assez rare pour que le premier travail qui les ait mentionnées ne date que de 1817 (Benjamin Grancher, *On a particular fracture of the inner condyle of the humerus*): ce mémoire renferme cinq cas. En 1832 M. Ph. Pézerit fit paraître deux nouvelles observations; les autres observations sont dues à M. Deuand (un cas), à M. Paulet (un cas, *Société de chirurgie*, 11 juin 1873), et enfin à M. César qui a réuni quinze observations dont sept inédites.

De cette étude au point de vue de l'étiologie, M. César conclut que la fracture de l'épitrôchlée est produite le plus souvent par la percussion directe de la région interne du coude; mais elle peut aussi se faire exceptionnellement par arrachement musculaire. Quant au diagnostic, la difficulté est le plus souvent de distinguer la fracture de l'épitrôchlée d'avec la fracture de la trôchlée. M. César insiste sur les signes distinctifs de ces deux fractures. Quant au mode de réparation, notons d'abord que le déplacement s'accroît souvent dans les premiers jours qui suivent l'accident, puis reste à peu près stationnaire jusqu'à ce qu'on réduise le fragment et qu'on le maintienne en place. L'engorgement et les fourmillements du petit doigt ont parfois une durée assez longue: ce sont du reste deux signes importants du diagnostic. Tantôt la réparation est faite par la formation d'un cal osseux, le plus souvent dès le vingt-cinquième au trentième jour, tantôt elle ne se fait pas: alors on voit, comme l'a dit M. Paulet (1873, *Société de chirurgie*), l'épitrôchlée rester logée sur le bord interne de la grande cavité sigmoïde, et présenter l'aspect d'une sorte de sésamoïde indépendant et seulement adhérent par sa face interne au ligament huméro-cubital. La face externe semblait dans ce cas recouverte de cartilages d'encroûtement et faisait en réalité partie des surfaces articulaires. La réunion peut se faire enfin par un cal fibreux comme dans les cas de Granger.

Le chapitre des complications et de la marche est fait avec un soin particulier, mais comme ces complications n'offrent aucune différence avec les complications des fractures voisines des articulations, nous n'avons pas à nous y arrêter. Il est curieux que ces fractures nient si peu attiré l'attention jusqu'à ce jour; la thèse de M. César, thèse très-bien faite et comprenant tous les cas connus jusqu'à présent, contribuera à rendre à ces fractures de l'épitrôchlée l'importance qu'elles doivent avoir cliniquement.

ESSAI MÉDICO-PHILOSOPHIQUE SUR LES FORMES, LES CAUSES, LES SIGNES, LES CONSÉQUENCES ET LE TRAITEMENT DE L'ONANISME CHEZ LA FEMME, par le docteur BOUILLET. 1 vol. de 54 pages. — Paris, V. A. Delahaye et C^e, 1876.

Cette étude, faite avec toute la délicatesse qu'un sujet semblable exige, pour ne rien perdre de sa valeur scientifique, débute par un historique très-complet de cette question si souvent traitée; puis, recherchant les causes de l'onanisme, qu'il divise en causes physiques, sociales, intellectuelles et morales et en causes mixtes, ainsi que les signes qui permettraient de reconnaître ce vice, M. Bouillet en montre les conséquences, tant au point de vue intellectuel qu'au point de vue des maladies qui en dérivent (leucorrhées, hémorrhagies, cystite et néphrite, péritonite, etc.; épilepsie, hystérie, etc.). — Le chapitre *traitement* sera lu avec intérêt.

ESSAI SUR LES VARIATIONS DE L'URÉE ET DE L'ACIDE URIQUE DANS LES MALADIES DU FOIE, par M. François GÉNEVOIX. 1 vol. in-8° de 108 pages. — Paris, 1876. Delahaye et C^e.

Les variations de la quantité d'urée et de l'acide urique sont certainement un des faits les plus intéressants dans l'histoire des maladies du foie. Dans ses cliniques de la Charité (*Mouvement médical*, 1874), M. Charles Bouclard a longuement insisté sur ce point, à propos d'abord de l'urée dans les urines en général et ensuite à propos d'un cas d'ictère grave non encore publié, mais qui fut le sujet de deux cliniques importantes; plus récemment la question a été reprise par M. le professeur Charcot (*Progrès médical*, 1876), et par M. Brouardel, qui n'a pas encore publié le mémoire annoncé par M. Charcot dans ses leçons. Cette étude est donc une étude nouvelle; on lira donc la thèse de M. Gènevoix avec d'autant plus de fruit qu'elle renferme un grand nombre d'analyses.

Après avoir fait un historique sommaire, M. F. Gènevoix étudie les propriétés cliniques de l'urée et ses divers modes de dosage, des méthodes diverses qui, en un mot donnent des résultats différents. Mais ces résultats différents importent peu selon nous en clinique, à une condition, c'est qu'on emploie dans les analyses du malade toujours le même mode de dosage; les causes d'erreurs étant les mêmes, au point de vue clinique, les résultats obtenus par l'analyse n'ont pas moins d'importance. Après cette étude, M. Gènevoix arrive au rôle du foie dans la production de l'urée et de l'acide urique. Ses observations cliniques, dit-il, ont suggéré l'idée que, dans l'état normal, le foie exerce une fonction, ayant pour rôle principal la formation de l'urée et de l'acide urique (on sait, en effet, que les reins auxquels on avait autrefois attribué cette propriété, ne sont pour rien dans cette production (Claude Bernard, Gréhart), et à laquelle on peut, à l'exemple de M. le professeur Charcot, donner le nom de fonction déassimilatrice. M. Gènevoix classe les preuves de cette fonction du foie sous trois chefs: les preuves d'ordre chimique, d'ordre expérimental et d'ordre clinique.

Dans les affections du foie, l'urée est augmentée dans les lésions peu graves, comme l'ictère spasmodique et la congestion hépatique. Elle est diminuée au contraire dans la cirrhose, l'atrophie jaune aiguë, la dégénération granulo-graisseuse diffuse, le cancer, les kystes hydatiques, les abcès des reins chauds, les coliques de plomb avec rétraction du foie, et les lésions des voies biliaires avec altération du parenchyme hépatique concomitante. M. Gènevoix donne nombreuses observations accompagnées d'analyse à l'appui de cette classification: tout ce dernier chapitre est particulièrement soigné, il complète les savantes leçons de M. le professeur Charcot, sur les maladies du foie (*Progrès méd.*, 1876), et sur les fonctions déassimilatrices de cet organe.

J. M.

VARIÉTÉS

FACULTÉ DE MONTPELLIER. — Par arrêté en date du 9 octobre, la chaire de chimie médicale est déclarée vacante. Un délai de vingt jours à partir de la présente publication est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

LES DEUX FACULTÉS DE LILLE. — Certains journaux de Lille annoncent que l'université catholique de cette ville a mis, par voie judiciaire, l'administration des hospices en demeure de tenir à sa

disposition deux pavillons de l'hôpital Sainte-Eugénie, qu'elle s'était engagée de lui livrer pour le 1^{er} octobre 1876. D'un autre côté, l'Écho du Nord annonce une combinaison qui permettrait, dit-il, aux deux Facultés de médecine de Lille « de vivre côte à côte ». Le territoire de la ville serait partagé en deux sections. L'une, avec l'hôpital Saint-Sauveur, serait occupée par la Faculté catholique; l'autre, avec l'hôpital Sainte-Eugénie, par la Faculté de l'État.

FIÈVRE JAUNE. — La fièvre jaune qui s'est déclarée il y a plus d'un mois à Savannah (Géorgie) continue ses ravages. L'épidémie s'est étendue à plusieurs autres villes, et même jusque dans le Maryland. Le New-York Herald annonce que le service des steamers a été interrompu entre Savannah et Baltimore, quinze cas de fièvre jaune ayant été constatés dans cette dernière ville. On répand partout du chlorure de chaux et l'on brûle du goudron dans les rues.

LE SPIRITISME. — Usant de la liberté que la loi anglaise reconnaît à chacun de se poser en accusateur, le docteur Donkin et le professeur Lankester ont porté plainte contre un Américain spirité paré du titre de docteur, sous le chef de tromperie et de manœuvres en vue d'extorquer de l'argent. (Voyez le dernier numéro, p. 631.)

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Jousset (de Bellemé) est nommé officier de l'Instruction publique. M. le docteur Corlieu (de Paris) et M. le docteur Triaire (de Tours) sont nommés officiers d'Académie.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort de M. John Macbello. Ce praticien avait exercé les fonctions de chirurgien des hôpitaux de Birmingham, et s'était retiré à Brixton, près de Londres.

— Deux autres médecins anglais viennent également de mourir: M. Edwin Bartlett, fellow du Collège royal des chirurgiens, et M. Robert Norton, membre du Collège des médecins et professeur examinateur à l'*Apothecaries' Society*.

AVIS. — LA GAZETTE HEBDOMADAIRE reçoit assez fréquemment des demandes d'échange, d'envoi de numéros, adressées à la Rédaction du journal. Nous croyons utile de rappeler ici que ces demandes et autres de même nature, concernant l'Administration, doivent être adressées directement à l'éditeur, M. G. MASSON, auquel le comité de rédaction ne peut que les renvoyer.

État sanitaire de Paris :

Du 29 septembre au 5 octobre 1876, on a constaté 786 décès, savoir :

Varié, 5. — Rougeole, 5. — Scarlatine, 1. — Fièvre typhoïde, 35. — Erysipèle, 7. — Bronchite aiguë, 25. — Pneumonie, 34. — Dysentérie, 7. — Diarrhée cholériforme des enfants, 13. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 1. — Angine couenneuse, 12. — Group, 14. — Affections puerpérales, 7. — Autres affections aiguës, 209. — Affections chroniques, 347, dont 148 dus à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 30. — Causes accidentelles, 34.

SOMMAIRE. — PARIS. Académie de médecine: Mémoire sur l'allaitement et le sevrage des enfants et des jeunes animaux. — De l'acide salicylique comme agent antiseptique et antiputride. — Aperçu général de l'exposition et du congrès de Bruxelles. — TRAVAUX ORIGINAUX. Pathologie interne: Note sur un kyste hydatique du foie terminé par fistule hépatéo-bronchique. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — REVUE DES JOURNAUX. De la mortalité à la suite des opérations de lithotomie et de lithotritie. — Group, trichotomie, dystrophie et paralysie faciale consécutive. — Du diagnostic et du traitement de l'ostéomyélite suppurée. — BIBLIOGRAPHIE. De l'expectation dans la phthisie pulmonaire. — Index bibliographique. — VARIÉTÉS. — FEUILLETON. Des unions consanguines dans l'antiquité et dans les temps modernes.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOCQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

HISTOIRE ET CRITIQUE

DE L'EMPOISONNEMENT PAR LES CHAMPIGNONS.

Bien qu'on parle souvent de l'empoisonnement par les champignons, les symptômes si divers de cette affection sont cependant peu connus. Les observations sont plus rares qu'on ne pourrait le croire. Le hasard a fait que nous avons pu, la semaine dernière, en étudiant quatre cas à l'Hôtel-Dieu; et nous profiterons de cette occasion pour attirer l'attention de nos lecteurs sur une particularité importante, savoir : la diversité de symptômes que peut offrir l'empoisonnement par les champignons.

Nous n'avons rien à dire des champignons au point de vue de l'histoire naturelle, d'abord parce que nous ne connaissons pas l'espèce de ceux qui ont occasionné l'empoisonnement de nos malades, et ensuite parce qu'on ne sait presque rien du principe toxique de ces cryptogames : on sait qu'il est dans le suc même du champignon et de plus qu'il n'est pas volatil, car si l'on distille des champignons, l'eau distillée ne renferme aucun principe toxique; ce principe reste dans la partie deséchée. Tels sont les deux faits que Paulet a mis en lumière; mais, comme le dit M. le professeur Robin (*Dict. Littre et Robin*), la science ne possède aucun caractère certain, absolu, qui établisse une limite bien tranchée entre les champignons comestibles et ceux qui sont vénéneux, et cela aussi bien au point de vue de l'histoire naturelle qu'au point de vue clinique. On est donc en droit de s'étonner, étant connue l'énorme consommation qui se fait de cet aliment, que les accidents ne soient pas plus fréquents. Et en effet, bien que l'administration exerce une surveillance aussi attentive que possible par l'entremise d'inspecteurs spéciaux chargés de visiter tous les champignons qui passent par le marché de Paris, les seuls par conséquent qui puissent être vendus,

et de faire jeter tous ceux qui leur paraissent suspects, un grand nombre de marchands au détail vendent cependant des champignons qui leur sont apportés directement de la campagne, évitant ainsi les droits de la halle. De plus, par suite d'une erreur déplorable qui consiste à croire que du moment qu'une pièce d'argent déposée dans le vase qui a servi à la cuisson n'est pas altérée, les champignons ne sont pas vénéneux, que de gens persistent encore à manger de ces champignons de contrebande ou qu'ils vont récolter eux-mêmes dans les environs de Paris, malgré les avertissements répétés qu'on leur donne de tout côté! Mais ils ont foi dans l'expérience de la pièce d'argent. Ces empoisonnements par imprudence sont à peu près les seuls qui se produisent aujourd'hui. Nos quatre cas sont dus à une semblable cause, sauf les deux premiers, qui sont peut-être le résultat d'une tentative criminelle.

Ces quatre observations peuvent être divisées en deux groupes : le premier comprend le mari et la femme, qui ont mangé en même temps et en même quantité des champignons récoltés par eux; le second comprend deux amies ayant aussi mangé à peu près la même quantité de champignons de même qualité. Nous faisons cette division parce que, comme nous venons de le dire, chez ces quatre individus la gravité des accidents et les symptômes ont été divers, bien que la qualité et la quantité des champignons ingérés aient été les mêmes dans le premier groupe d'une part, et dans le second groupe d'autre part. Déjà M. le professeur Tardieu avait noté, dans son savant TRAITÉ DES EMPOISONNEMENTS, que parmi plusieurs personnes ayant mangé ensemble des champignons en apparence semblables, les unes et les autres avaient éprouvé des effets d'un ordre tout à fait différent. Nos observations sont une preuve de plus en faveur de la vérité de cette remarque.

Les effets toxiques du champignon peuvent être de deux ordres : tantôt ils exercent une action analogue à celle des hypothénisants, comme l'arsenic, par exemple; tantôt une

FEUILLETON

Des unions consanguines dans l'antiquité et dans les temps modernes.

(Fin. — Voyez le n° 41.)

II. — LES UNIONS CONSANGUINES CHEZ LES POPULATIONS MONOTHÉISTES.

Le monothéisme, déjà préparé par la philosophie grecque, allait pénétrer dans les sociétés grecques et romaines par les soins du grand saint Paul.

Nous avons attendu ce moment pour étudier l'influence que cette doctrine avait produite sur une petite peuplade qui lui était soumise depuis des siècles, et allait transmettre une partie de ses idées religieuses aux peuples les plus avancés.

Ce monothéisme à un caractère spécial qui explique la légis-

lation donnée par Moïse, ainsi que l'a si bien indiqué M. P. Laffite. Toutes les mesures à prendre, les préceptes hygiéniques, ou les actes importants, sont donnés comme articles de foi. C'est qu'en effet le Jéhovah de Moïse est représenté comme absolument et uniquement occupé des affaires ou des intérêts du peuple israélite.

Les douze tribus, issues d'une union consanguine, formaient, quand elles s'établirent en Égypte, une famille de soixante-dix individus. A demi nomade, cette petite peuplade était félicite, car elle avait le culte des morts et ne croyait pas à la vie future. Elle n'avait ni dieux, ni prêtres. Après un séjour de quatre cent trente ans sur la terre d'Égypte, les enfants d'Israël en sortirent, « au nombre d'environ six cent mille hommes de pied, sans compter les petits enfants » (*Exode*, chap. xv). Moïse, élevé et instruit par les prêtres égyptiens, entraîna les Israélites, en leur promettant la vie sédentaire. Mais ils ne se rendirent maîtres de la Palestine qu'après quarante années de courses dans le désert. Il fallait pendant ce

action analogue à celle des poisons stupéfiants, c'est-à-dire portant presque uniquement sur le système nerveux, s'accompagnant, en un mot, de troubles de la vue, de stupeur, de vertiges, d'affaiblissement, sans qu'il y ait aucun phénomène du côté de l'estomac et des intestins (docteur Priede, cité par Taylor, *Edinb. med. and Surgery Journal*, t. XLIX, p. 200; Tardieu, *loc. citato*, p. 822). Les faits qui rentrent dans ce dernier groupe sont très-rare; le plus souvent quelques heures après l'ingestion des champignons, parfois le lendemain seulement, le malade est pris d'une soif intense, d'une sensation de brûlure dans la gorge et dans l'œsophage, de douleurs abdominales rapidement suivies de nausées, de hoquets et de vomissements qui se rapprochent de plus en plus; presque en même temps que ces vomissements, parfois même avant, surviennent des coliques accompagnées de selles plus ou moins fréquentes, souvent avec ténésme, formées par des matières tantôt noirâtres, tantôt grisâtres, tantôt enfin sanguinolentes et contenant des spores des champignons, spores que l'on constate à l'aide du microscope; en même temps le malade présente de l'anxiété, une céphalalgie souvent intense et même des douleurs articulaires (obs. I) (ainsi, dans cette observation, que nous donnons plus loin, les douleurs articulaires étaient même le symptôme douloureux dont le malade se plaignait le plus), et enfin de la courbature; la peau est froide et sèche, « elle se couvre parfois de taches violacées » (Tardieu); les extrémités deviennent violettes (obs. III et IV); le pouls est petit, le plus souvent fréquent et régulier; les urines se suppriment, l'élimination se fait mal; la peau est froide, tantôt sèche, comme nous l'avons vu dans nos quatre observations, tantôt couverte d'une sueur froide (Rabuteau); les yeux sont excavés, le faciès tiré et tout à fait cholérique. Les malades tombent dans l'assoupissement et sont pris de délire, de crampes, de convulsions; ou bien ces accidents s'amendent peu à peu et le malade guérit sans conserver aucun trouble de la sensibilité ou de la motilité; ou bien ils augmentent d'intensité et le malade meurt au bout de deux, trois ou quatre jours. Quant à la dilatation de la pupille, l'obtusité des sens, la difficulté et la lenteur des mouvements respiratoires, l'agitation convulsive des muscles du cou et des paupières, signalés par M. le docteur Rabuteau, nous ne les avons constatés chez aucun des malades que nous avons été à même de voir; ces signes, n'ayant pas été signalés non plus dans les observations que nous avons relevées, doivent donc être considérés comme une exception, bien qu'ils résultent d'expériences faites sur les animaux.

Telle est en général la marche des symptômes de l'empoisonnement, ou du moins tels sont les symptômes les plus fréquents que l'on trouve dans cette affection. Nous les reproduisons tels qu'ils ont été donnés, bien que ce ne soit pas exactement ceux que nous avons trouvés chez nos malades. Ainsi M. Tardieu signale comme chose fréquente ce fait que les malades voient les objets colorés en bleu: ce signe aurait donc une importance assez grande au point de vue du diagnostic; malheureusement aucun de nos malades ne l'a présenté; à aucun moment de la maladie, chez aucun d'eux, il n'y a eu de troubles de la vision.

Il en est de même pour la dilatation de la pupille. Cette dilatation a été signalée dans plusieurs observations d'empoisonnement par le champignon; aussi l'avons-nous recherchée avec soin. Or, nous avons trouvé chez trois de nos malades, au début, alors que les accidents étaient le plus intenses, non pas une dilatation, mais, au contraire, une contraction et une inégalité des pupilles; dans un cas même cette contraction était telle que nous ne pouvions la comparer qu'à l'état de la pupille chez les ataxiques; dans un autre cas, la pupille n'a présenté aucun phénomène anormal, malgré la gravité des accidents. On voit donc que ce signe est d'une inconstance telle qu'il ne peut être d'aucune utilité pour le diagnostic, contrairement à ce qui arrive dans la plupart des empoisonnements, dans ceux par la belladone, le plomb, etc. (Alphonse Drouin, *De la pupille*, p. 353). Dans l'empoisonnement par le champignon, on ne connaît pas plus la cause que l'importance de la contraction ou de la dilatation des pupilles; aussi pensons-nous que cette inégalité du volume des pupilles tient plutôt au rapport qui existe entre l'état de la pupille et celui des vaisseaux sanguins qu'à une action spéciale du poison sur le système nerveux, soit central, soit de l'axe spino-bulbaire.

Enfin, ajoutons que les taches violacées, que le ballonnement du ventre ont aussi fait défaut chez nos malades: ce sont donc encore là des signes qui n'offrent encore aucune certitude pour le diagnostic de la maladie.

Voici du reste les observations; on verra quelles n'ont pas revêtu la même forme, et qu'elles n'ont présenté aucun symptôme véritablement pathognomonique: le seul que l'on puisse invoquer comme tel, c'est la présence de spores dans les vomissements ou dans les matières fécales: ceux-ci, en effet, résistent au travail de la digestion (Boudier, *Des champignons au point de vue de leurs caractères usuels, chimiques et toxicologiques*, Paris, 1866); mais nous ferons remarquer qu'alors les vomissements doivent être examinés

temps discipliner et maintenir ces tribus souvent séduites par le fétichisme environnant. Moïse proclame un Dieu unique, crée une caste sacerdotale et organise sérieusement la famille.

Si l'Éxode apprend qu'Amram épouse Jochebed, fille de son oncle paternel, et lui enfanta Haron et Moïse, le Lévitique et le Deutéronome indiquent les alliances permises et les empêchements de mariage par suite de parenté.

La préoccupation bien naturelle à ce législateur d'un peuple nomade est de maintenir la pureté de l'habitation. La famille vivait réunie sous la tente et si des lois sévères n'en avaient fait aussitôt le sanctuaire des mœurs, la communauté de la vie, le rapprochement incessant auraient nécessairement allumé des désirs si facilement réalisables. L'impossibilité du mariage empêchait toute pensée impure, et, faisant naître l'attachement et la vénération, provoquait l'essor des meilleurs instincts sympathiques nécessaires à la communauté.

Aussi Moïse ne fait-il aucune différence entre les parents consanguins et les parents par alliance. Ce sont des mesures

de police domestique qui sont indiquées dans le chap. xvii (v. 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18), dans le chap. xix (v. 19), le chap. xx (v. 11, 12, 17, 19, 20, 24), le Lévitique et dans le chap. xxv (v. 5, 6, 7, 8, 9, 10), le chap. xxvii (v. 20, 21, 22, 23) du Deutéronome: « Nul ne s'approchera de celle qui est sa proche parente pour découvrir sa nudité: Je suis l'Éternel. Tu ne découvriras point la nudité de ton père, ni la nudité de ta mère, de la femme de ton père; de la sœur, fille de ton père ou fille de ta mère, née dans la maison, ou hors de la maison; de la fille de ton fils ou de la fille de ta fille; de la fille de la femme de ton père; de la sœur de ta mère, du frère de ton père, et tu ne l'approcheras point de sa femme; de ta belle-fille; de la femme de ton frère; » et le législateur continue en leur défendant « d'avoir la compagnie d'un mâle ou de s'approcher d'une bête pour la souiller. » Ces diverses abominations sont rangées dans le même chapitre, défendues de la même manière et exposent à des peines semblables.

dès le début, car le deuxième jour nous n'en avons plus trouvé.

Obs. I. *Céphalalgie, sensation de brûlure, vomissements, hoquets, diarrhée, contraction inégale et considérable de la pupille, douleurs articulaires, retard de la sensibilité, délire, agitation, refroidissement; guérison lente.* — La nommée Julie X..., âgée de trente-trois ans, d'une constitution assez robuste, entre à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Monique, n° 25, service de M. Oulmont, M. Dieulafoy suppléant, le 23 septembre 1876, à quatre heures du soir. La veille, à midi, elle a mangé des champignons, une demi-livre à peu près. A dix heures du soir elle est prise d'une douleur de tête très-vive, d'une soif intense, puis, peu de temps après, de douleurs dans le ventre suivies presque aussitôt de vomissements noirs; pas de selles. A quatre heures du matin on lui administre un éméto-cathartique qui fut suivi de vomissements et de selles abondants.

Amenée le soir à l'hôpital, nous la trouvons dans l'état suivant : la peau est sèche et froide, les yeux sont enfoncés, le faciès présente absolument l'aspect cholériforme. Les douleurs abdominales sont extrêmement vives et arrachent des cris à la malade, surtout lorsque les vomissements surviennent; le hoquet est continu. Mais ce dont la malade se plaint le plus, c'est d'abord d'une sensation de brûlure dans la gorge, et surtout d'une douleur articulaire dans les deux poignets et dans les deux articulations tibio-tarsiennes : les mouvements exaspèrent la douleur ainsi que la pression. Le ventre, très-sensible, n'est pas ballonné. Pas de taches sur le corps. Le pouls est petit et fréquent. Le corps est très-froid. Les extrémités ne sont pas violacées.

La sensibilité cutanée est très-notablement retardée sur la poitrine, l'abdomen, les cuisses et les bras; mais elle est conservée. Les pupilles sont inégales et considérablement contractées; la pupille gauche ne forme qu'un tout petit point noir central; la pupille droite, un peu plus volumineuse, est du volume d'une petite tête d'épingle (comme dans l'ataxie); elles ne sont mobiles ni l'une ni l'autre. La malade rejette la tete en arrière; il n'y a cependant pas de contracture ni à la nuque, ni dans les membres. Elle répond lentement, avec peine, aux questions, se plaint surtout de ses douleurs articulaires, et de temps en temps elle est prise d'agitation; elle pousse des cris. Les selles sont involontaires, fréquentes et noires. Pas de ténesme. La vessie est vide. Température, 36°, 6. (Sirop d'éther, café, eau-de-vie; friction.)

Le lendemain, 24, la peau est moins froide; les vomissements sont moins fréquents, mais les hoquets, continus, sont parfois suivis de régurgitation d'une matière glaireuse. La malade est dans un état d'abattement et de prostration dont elle ne sort que pour jeter des cris et étendre ses bras comme pour repousser un objet. La pression de l'abdomen et des articulations, signalée plus haut, arrache des cris. Les pupilles, toujours extrêmement contractées, le sont cependant moins qu'hier; elles sont toujours

immobiles. Température, 36°, 8. Les matières vomies, examinées au microscope, n'ont pas présenté de spores.

Cet état se prolonge à peu près sans modification jusqu'au lundi matin, 25. Elle est moins froide, moins abattue, et répond plus facilement à nos questions, elle nous dit avoir des rêves effrayants: on la menace; elle voit des hommes qui la poursuivent, la hantent et veulent la tuer. Pendant la nuit elle a, en effet, de l'agitation; elle a poussé des cris déchirants et a voulu à plusieurs reprises sortir de son lit. Elle sort de son affaiblissement pour se plaindre de ces mauvais traitements, puis elle retombe dans le coma. Les douleurs articulaires sont moins vives. Plus de vomissements, encore un peu de diarrhée; urines normales.

Le 27, la malade est entrée en convalescence. Plus de diarrhée ni de vomissements; les pupilles sont à peu près normales. Elle est sortie de son coma hier dans la journée et a demandé à manger. La peau est chaude et humide, le pouls, toujours très-fréquent, est petit; la langue est sèche; les douleurs ont disparu, il ne lui reste que de la courbature et de la sensibilité à la pression dans la région abdominale. La malade voit distinctement les objets; elle nous dit ne les avoir jamais vus colorés en bleu. La sensibilité n'offre rien à signaler qu'un peu de retard dans la percussion. Température, 37°, 2.

La malade sort complètement guérie le 2 octobre. Dans la nuit du 28 au 29, elle a été prise d'un ictere passager qui avait disparu le 1^{er} octobre.

Dans cette observation, résumée quant à ses symptômes les plus importants, nous constatons d'une part la présence de symptômes non encore signalés, comme les douleurs articulaires, la teinte icterique passagère, le retard de la sensibilité et la contraction considérable et inégale des deux pupilles; d'autre part l'absence de symptômes regardés comme très-fréquents : la vision en bleu, les suffocations, les taches violacées et le ténésme. Ce qui semble avoir prédominé dans ce cas, outre les troubles gastriques, ce sont les troubles nerveux. Mais il n'y a pas à cet égard particulier signalé par M. Rabuteau (*Éléments de toxicologie*, 1873), consistant en une sorte de paralysie des membres inférieurs. Les expériences qu'il a entreprises sur les animaux l'ont amené à classer le poison du champignon parmi les poisons musculaires organiques. Cet état paralytique causé par le champignon vénéneux est celui qu'il a obtenu sur les animaux avec les poisons musculaires métalliques. « J'ajouterais, dit-il (p. 527), que ce symptôme présente à mes yeux une si grande importance qu'il a contribué pour une large part à me faire ranger jusqu'à nouvel ordre les champignons vénéneux parmi les agents qui exercent principalement leur action sur les muscles. » Nous ne pouvons que citer cette opinion, en notant toutefois que

D'autres mesures viennent régler les successions. Toute fille qui sera héritière de quelque possession, d'entre les tribus des enfants d'Israël, sera mariée à quelqu'un de la famille de la tribu de son père, afin que chacun des enfants d'Israël hérite de l'héritage de ses pères (1). De même, l'ordonnance sur le Lévirat ou la Léviration (Deutéronome, chap. xxv) :

« Lorsque des frères demeurent ensemble, et que l'un d'entre eux viendra à mourir sans enfants, alors la femme du mort ne se mariera point dehors à un étranger, mais son beau-

frère viendra vers elle, et la prendra pour femme, et l'épousera comme étant son beau-frère. Et le premier-né qu'elle enfanta succédera au frère mort, et portera son nom, afin que son nom ne soit pas effacé d'Israël. Les Israélites devaient donc, dans ces cas, s'unir dans leur famille, mais il leur était fait défense de s'allier par mariage avec les Cananéens et les peuples qui servent d'autres dieux. (*Exode*, chap. xxxiv et *Deutéronome*, chap. vii).

Moïse ne toucha pas à la polygamie, que chercha cependant à limiter le grand Mahomet. Homme de cœur et de caractère, Mahomet institua une théocratie monothéiste. Il régla la situation des femmes dans une société fétichiste où les mariages de toute sorte avaient lieu, mais devenaient incompatibles avec le caractère guerrier et conquérant qu'allait prendre l'islamisme. Comme le catholicisme, la nouvelle foi pénétra facilement dans les masses, grâce à la propagande et à l'enthousiasme du sexe féminin.

Mahomet (CORAN, chap. iv, v. 26 et 27) parait n'avoir eu

(1) Nous retrouvons les mêmes règles chez les anciens Hébreux (Lois de Moïse, ix, 13, 19, 146), dans les lois d'Athènes et de Sparte. « La religion disait que la famille ne devait pas s'éteindre; toute affliction et tout droit naturel devaient céder devant cette règle absolue. Si un mariage était stérile par le fait du mari, il n'en fallait pas moins que la famille fût continuée. Alors un frère ou un parent du mari devait se substituer à lui, et la femme était tenue de se livrer à cet homme. L'enfant qui naissait de là était considéré comme fils du mari, et continuait sa race... A plus forte raison, les législations antiques préservaient le mariage de la veuve, quand elle n'avait pas eu d'enfants, avec le plus proche parent de son mari. Le fils qui naissait était réputé fils du défunt. » (Fustel, p. 54.)

chez nos quatre malades il n'y a eu aucun accident semblable : les lésions musculaires ont été sans aucune importance : ce sont les troubles intestinaux qui ont dominé, sauf cependant dans l'observation I. Ajoutons cependant que M. Rabuteau avoue que son opinion n'est qu'une hypothèse, « hypothèse que l'expérience seule permettra de transformer, s'il y a lieu, en réalité. »

Dans l'observation suivante, nous ne trouvons que des troubles intestinaux ; les troubles nerveux font absolument défaut, même la céphalée. Mais ce qui est intéressant à noter dans la réunion de ces deux observations, c'est que voilà deux femmes du même âge, toutes deux d'une bonne constitution, qui ayant mangé de la même espèce de champignons en même quantité, puisqu'elles avaient fait deux parts égales, sont prises d'accidents différents, à des heures différentes : la physionomie de cette seconde malade ne rappelait en rien celle de la première : il n'y a eu aucun trouble nerveux ; les seuls symptômes furent la soif, les vomissements, la diarrhée, les douleurs abdominales ; mais ni douleurs articulaires, ni délire, ni coma, ni troubles de la sensibilité. On est donc en droit de se demander la cause de la différence d'action du même poison.

Obs. II. — *Céphalalgie, soif intense, troubles intestinaux, sensibilité intacte, hoquets, pupilles contractées, refroidissement ; guérison rapide.* — La nommée Elvina X..., négresse, d'une très-forte constitution, âgée de trente-trois ans, mange, le 22 septembre 1876, à midi, un plat de champignons. La journée se passe sans aucun trouble du côté des intestins. Le soir, à huit heures, elle éprouve quelque faiblesse dans les jambes, une soif intense, et à neuf heures elle est prise de douleurs intenses dans le ventre ; à onze heures seulement, elle a des vomissements noirs, de la diarrhée avec écoulement. A partir de ce moment, les vomissements sont inécessants ; ils sont accompagnés d'une douleur très-vive au niveau de l'estomac et dans la gorge. L'agitation était extrême à cause de la douleur, elle ne pouvait rester dans son lit ; la soif était intense et elle vomissait tout ce qu'elle buvait. Elle nous dit n'avoir pas eu de douleurs de tête, elle se rappelle bien tout ce qui s'est passé dans cette nuit. A quatre heures du matin on lui administra un éméto-cathartique qui fut suivi de selles et de vomissements abondants.

Aménée le soir, à cinq heures, à l'hôpital, elle est dans l'état suivant : la peau est froide, sèche ; il n'y a pas de contracture des membres et la sensibilité est intacte. L'abattement est très-grand ; elle répond avec peine aux questions qu'on lui pose ; la pression sur la région de l'estomac et des intestins amène des cris de douleur ; les hoquets sont incessants et de temps en temps accompagnés de régurgitation de matière muqueuse ne présentant aucun

caractère particulier. Le pouls est petit mais fréquent, les battements du cœur sont faibles mais sans irrégularité. La respiration est normale. La peau ne présente aucune modification de couleur. La diarrhée est très-abondante, séreuse, peu colorée et sans odeur. Pas de ballonnement du ventre. Pas d'urine. Les pupilles, égales, sont légèrement contractées ; elles sont mobiles. Elle ne se plaint que de douleurs de l'estomac. Il n'y a pas de délire, de stupeur. Elle ne voit pas les objets en bleu. Peau froide. Température, 37°,8. (Potiou, sirop d'éther, café, 2 granules digitale.)

La nuit du samedi se passe sans sommeil, mais la malade est calme, elle ne délire pas. De temps en temps les douleurs abdominales lui arrachent des cris. Les hoquets sont toujours aussi fréquents. La diarrhée a un peu diminué. Elle a uriné dans son lit. La peau est toujours très-froide. (Friction et boule d'eau chaude.)

Le dimanche matin, nous trouvons la malade endormie. La peau est couverte de sueur ; elle se plaint de courbature dans tous les membres, de céphalée. La soif est très-vive, mais les douleurs abdominales ont considérablement diminué. Somnolence, abattement ; encore quelques hoquets. Température, 37°,2. (2 granules de digitale.)

Le soir, la malade est encore très-abattue, mais elle ne souffre plus. Le lundi matin elle n'a plus que de la courbature et elle demande à manger. Ni diarrhée, ni hoquets. Le soir, la malade urine abondamment, et le mardi 26 elle n'offre plus aucun symptôme morbide, si ce n'est encore un peu de douleur au niveau de l'estomac et au niveau des insertions du diaphragme, douleur due probablement aux efforts musculaires occasionnés par les vomissements.

Elle sort complètement guérie le 30 septembre.

Malgré la gravité des accidents du début, accidents tels que nous avions craint que la malade ne passât pas la nuit, l'amélioration a été rapide à partir du troisième jour, et il ne restait le septième jour de l'empoisonnement, c'est-à-dire au moment de la sortie de la malade, aucun trouble digestif ; tous les accidents avaient complètement disparu. Nous ferons remarquer de plus que chez cette malade l'anurie était très-prononcée, la peau sèche. Nous eûmes alors l'idée de provoquer la désassimilation ; 2 granules de digitaline furent suivies, quelques heures après, d'urines abondantes et de sueur. C'est à partir de ce moment que les accidents se sont amendés.

Les deux observations suivantes sont celles du mari et de la femme, qui ont mangé de la même espèce de champignons et en même quantité ; on verra encore que les symptômes n'ont pas revêtu la même forme dans l'un et l'autre cas.

Obs. III. — *Coma, contraction des pupilles, ralentissement du cœur et de la respiration, absence complète de la sensibilité, retour*

en vue que la communauté de logement : a) Il vous est interdit d'épouser vos frères, vos sœurs, vos tantes paternelles et maternelles ; vos nièces, filles de vos frères et de vos sœurs ; vos nourrices, vos sœurs de lait, les frères de vos femmes, les filles confiées à votre tutelle et issues de femmes avec lesquelles vous auriez cohabité. Mais si vous n'avez pas cohabité avec elles, il n'y a aucun crime à les épouser. N'épousez pas non plus les filles de vos fils que vous avez engendrés, ni deux sœurs. Si le fait est accompli, Dieu sera indulgent et miséricordieux. »

Le tableau précédent de deux monothéismes montre la société intervenant de plus en plus pour régler et diriger l'instinct sexuel. Cette intervention devait encore devenir plus efficace sous le catholicisme qui considéra cet instinct comme dépendant davantage des impulsions cérébrales que des besoins corporels, et remit l'autorité spirituelle aux mains d'un sacerdoce célibataire.

L'histoire des conciles, les écrits des Pères de l'Église nous

donnent le récit des nombreuses discussions qui eurent lieu sur ce sujet au début du catholicisme. Sans doute, l'Église n'eut qu'à copier les lois romaines, qui, ainsi que nous l'avons montré, avaient rigoureusement réglementé les unions consanguines, mais comme elle ne fit d'abord des adeptes que dans les classes inférieures, elle dut donner une sanction divine aux institutions d'une société qu'elle se proposait de remplacer. Ce n'est qu'au quatrième siècle que les chrétiens se recrutèrent dans les hautes classes, dans le sein desquelles le polythéisme agonisant s'était concentré.

Saint Basile le Grand (qui fut médecin et père de l'Église grecque) et saint Augustin indiquèrent les empêchements du mariage pour cause de parenté, empêchements qui furent rémis plus tard dans un chapitre des Décrétales sous ce titre : *De affinitate et consanguinitate*. Le but de l'évêque d'Hippone est de favoriser la dispersion de la religion nouvelle par des alliances avec d'autres familles. Dans la Cité de Dieu (lib. xv, chap. xvi), il dit que peu de temps après la création

de la sensibilité, miction volontaire, coma; mort. — M. X..., entré à la salle Saint-Jean (Hôtel-Dieu, service de M. Moissenet), à huit heures du soir, mort à dix heures.

Cet homme est apporté dans le coma le plus absolu, à tel point que les gens qui l'apportent veulent le transporter de suite à la Morgue. La face est bleuâtre, cyanosée, les yeux sont enfoncés dans les orbites et manquent absolument d'expression. Les pupilles sont contractées; elles ont le volume d'une tête d'épingle. Le cœur est très-ralent, les battements sont extrêmement faibles, et le pouls est absolument imperceptible, la respiration ralentie est stertoreuse. Les extrémités sont froides, ainsi que le reste du corps. Les ongles sont bleuâtres. Ce malade a l'aspect cholériforme. Absence complète de sensibilité; aucune excitation tout d'abord ne peut faire sortir le malade de son coma. Le ventre ne présente aucune sensibilité; il n'est pas ballonné et ne présente pas de taches. Pas de contracture des membres.

L'empoisonnement par les champignons remonte à la veille à midi. Les premiers accidents ne se sont déclarés qu'à onze heures du soir: ils ont consisté en vomissements et en diarrhée, avec douleurs violentes dans le ventre et tendance au refroidissement; il n'y a pas eu de délire; le malade est tombé à peu dans le coma, et les vomissements ont cessé, de même que la diarrhée. En présence de cet état, M. Weiss, interne de garde, cherche à réveiller la circulation périphérique à l'aide de frictions énergiques (brousse à habit) et de boules d'eau chaude promenées sur le corps. Au bout d'un quart d'heure à peu près le malade manifesta quelques symptômes de sensibilité, puis il étendit les bras, chercha à se défendre contre les frictions que l'on faisait énergiquement et finit par se réveiller au point d'avaler quelques gorgées d'une potion éthérée; puis, sortant de son lit, il urina volontairement par terre. Obligé de quitter ce malade pour aller vers la femme, qu'on avait apportée en même temps (obs. IV), M. Weiss donna l'ordre de continuer les frictions; mais, en revenant un quart d'heure après, il le trouva de nouveau dans un coma complet. La sensibilité était nulle; la respiration devint de plus en plus lente et faible; le cœur ne battait presque plus, les extrémités étaient glacées; les pupilles étaient alors largement dilatées. Le malade mourut ainsi quelques minutes après. L'autopsie n'a pas été faite.

L'empoisonnement a donc revêtu dans cette observation la forme comateuse: les troubles gastriques n'ont été en somme que de peu d'importance; les vomissements et la diarrhée du début n'ont pas tardé à disparaître pour faire place au coma. Dans l'observation suivante, au contraire, ce sont les troubles gastriques qui ont prédominé, et malgré leur intensité du début ces troubles gastriques se sont amendés rapidement et complètement.

Obs. IV. Céphalalgie, vomissements, diarrhée, pupilles normales,

les mariages entre frères et sœurs furent défendus « par une raison très-juste, celle de la charité. C'était le plus précieux intérêt des hommes de multiplier entre eux les liens de l'affection, et, loin de concentrer les alliances sur un seul, de les diviser plutôt par tête pour embrasser le plus grand nombre possible dans la chaîne sociale... Qui peut douter qu'il ne soit plus honnête aujourd'hui de prohiber le mariage, même entre cousins? Et non-seulement pour les raisons précédemment alléguées, afin de multiplier les affinités, dans l'intérêt de la fraternité humaine, au lieu de les réunir sur une seule tête, mais encore parce qu'il est un noble instinct de pudeur qui, en présence de personnes que la parenté nous ordonne de respecter, fait taire en nous ces desirs dont nous voyons rougir même la chasteté conjugale. »

Il faut remarquer que les conciles tenus à cette époque dans les provinces ne défendaient les mariages entre parents que jusqu'au degré des cousins issus de germains, ainsi que le montrent les décisions des conciles de Clermont (535), d'Orléans

pas de troubles de la respiration, pas de troubles de la vision, douleurs abdominales; guérison. — Madame X..., entrée à la salle Saint-Pierre (Hôtel-Dieu, service de M. Hérand) le 22 septembre, a été empoisonnée la veille, à midi, par des champignons. Les vomissements, la diarrhée et la céphalalgie ont apparu brusquement au milieu de la nuit. On lui administra alors un émétique cathartique qui fut suivi de selles et de vomissements abondants. A son entrée, la malade est affaissée; elle paraît indifférente à tout ce qui l'entoure. La face est pâle mais ne présente pas la teinte asphérique qu'offre celle de son mari. Les pupilles sont normalement dilatées; elles se contractent sous l'influence de la lumière. La respiration est normale. Il en va de même pour la poitrine; il y a cependant une légère oppression. Le pouls est petit et fréquent. La peau et les extrémités sont froides, mais il n'y a pas de coloration violacée sur la peau ou autour des ongles. Pas de troubles de la vision. Comme traitement, alcool et potion éthérée, boules d'eau chaude.

Pendant la soirée, la malade a des vomissements très-fréquents, ainsi que plusieurs selles liquides non accompagnées de ténesme. Les douleurs abdominales sont extrêmement vives; elles s'exacerbent par la pression. Pas de ballonnement du ventre. Pas de taches. Peau sèche et froide.

Les vomissements et la diarrhée ont continué la nuit, mais avec une moindre intensité, pour disparaître complètement le lendemain soir; tous les accidents ont disparu alors, sauf de la courbature et une légère douleur abdominale et au niveau des insertions du diaphragme.

On voit par ce qui précède combien de formes peut revêtir l'empoisonnement par les champignons, non-seulement par des champignons d'espèce différente, mais aussi par des champignons de même espèce. Le diagnostic de cet empoisonnement ne peut donc être fait par les symptômes seuls. Il n'y a, en effet, aucun symptôme propre à l'action toxique. Dans certains autres empoisonnements, la belladone, par exemple, le diagnostic peut être fait en dehors de tout renseignement; dans l'empoisonnement par le champignon, au contraire, ces renseignements sont indispensables. Telle est la conclusion que nous tirons de cette étude.

Nous ne dirons qu'un mot du traitement. Il faut aussitôt que possible recourir aux émético-cathartiques, destinés à débarrasser l'économie de tous les principes toxiques qui n'ont pas été éliminés; puis il faut réchauffer le malade avec de l'éther à haute dose, de l'alcool, des frictions énergiques. Quant aux boissons faites avec l'eau iodée ou du vinaigre et de l'eau salée, M. Paulet a observé que non-seulement elles étaient inutiles, mais que souvent leur action pouvait être nuisible. On peut donc dire que l'on connaît aussi peu le

(538), de Tours (567), d'Auxerre (578), de Paris (615), de Verberie (752), de Compiègne (757).

En 813, sous Charlemagne, le concile de Mayence déclara que la parenté au quatrième degré canonique est un empêchement dirimant du mariage. En 868, sous Charles le Chauve, le concile de Worms confirme cette décision; quelques années plus tard, un concile provincial, convoqué à Douzy, défend les unions jusqu'au septième degré. Au onzième siècle, on appela incestueux ceux qui soutinrent que les sept degrés de parenté ne devaient pas être comptés de suite, mais quatre d'un côté et trois de l'autre. *L'hérésie des incestueux* fut condamnée par le pape Alexandre II dans deux conciles, en 1065. Cette jurisprudence varia encore jusqu'au concile de Latran, sous Innocent III, qui décida que la parenté en ligne collatérale ne serait plus un empêchement que jusqu'au quatrième degré inclusivement.

D'après Dumoulin, cité par Portalis, les canonistes auraient adopté ce degré par suite d'une erreur évidente. « Tout le

principe toxique du champignon que le moyen de neutraliser ses effets. Telle est aussi la conclusion de M. Bouvier dans son excellent mémoire que nous avons déjà cité.

Joseph MICHEL.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

OBSERVATION DE FOLIE RHUMATISMALE, par M. le docteur VAILLARD, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Bordeaux.

La GAZETTE HEBDOMADAIRE (janvier 1876) a bien voulu donner récemment l'hospitalité à un court travail où, signalant après d'autres l'influence provocatrice du rhumatisme sur la folie, j'insistais sur une forme particulière de délire que présentent certains rhumatisants. Aux exemples si remarquables de Mesnet et de Delieux de Savignac, j'en ajoutais deux autres, presque identiques, et démontrais alors que ces cas appartiennent en propre à la mélancolie. Depuis lors de nouveaux faits ont surgi. Il y a quelques mois à peine, M. Laveran développait devant la Société médicale des hôpitaux cette question de la folie rhumatismale à propos d'un jeune soldat qui, successivement atteint de rhumatisme poly-articulaire, de pneumonie, de péricardite, était pris ensuite de délire avec agitation, hallucinations de la vue et de l'ouïe, et enfui de lycémanie; en même temps M. Desnos racontait l'histoire si remarquable d'une rhumatismante qui, après des péripéties nombreuses, présentait, outre des hallucinations, un délire d'abord général, puis systématisé dans la forme mélancolique. Un cas de ce genre vient de s'offrir encore à l'hôpital militaire de Bordeaux, et peut-être aura-t-il quelque intérêt au moment où l'étude des troubles intellectuels liés au rhumatisme est de nouveau mise à l'ordre du jour.

Obs. *Manie rhumatismale; mort.* — Bacqué, soldat au 57^e de ligne, âgé de vingt-trois ans, entre à l'hôpital militaire de Bordeaux (service de M. Azais) le 7 juin 1876, pour une deuxième atteinte de rhumatisme articulaire aigu dont le début remonte à deux jours. Presque toutes les jointures sont prises; gonflement marqué, douleurs vives, fièvre forte, pouls ample et fréquent, bruits du cœur normaux. — Alcalins à haute dose.

Le 9, apparition d'un bruit de souffle au premier temps et à la pointe du cœur; pouls fréquent sans irrégularité. — Vésicatoire à la région précordiale; on ajoute aux alcalins 8 pilules de sulfate de quinine et digitale.

Le 12, la fièvre, les douleurs et le gonflement articulaire persistent avec la même intensité; le souffle de la pointe prend un caractère de rudesse et un deuxième se fait entendre bien mani-

festement au premier temps de la base; le pouls est irrégulier sans intermittences. — On continue la médication précédente; nouveau vésicatoire à la région du cœur.

Le 19, les symptômes du côté du cœur et du pouls se maintiennent sans changements; les douleurs articulaires diminuent, au contraire, tout en restant vives encore et couvrant le malade à l'immobilité presque absolue. — On remplace les alcalins par 5 décigrammes de poudre de Dover; pommade épispastique sur la plaie du vésicatoire.

Le 22, la fièvre a cessé, les douleurs articulaires commencent à s'apaiser; mais l'endocardite persiste avec une intensité qui fait craindre pour le retour *ad integrum*. Le pouls est irrégulier, parfois intermittent. De violentes palpitations fatiguent le malade; mêmes caractères des bruits de souffle. — Bromure de potassium et digitale.

Le 24, sous l'influence de la médication bromurée et digitalique les mouvements du cœur ont repris du calme et de la régularité; les jointures conservent encore un engourdissement marqué.

Le 25 le malade, d'ailleurs sans fièvre, présente à la visite du matin un changement insolite dans son habitus: il semble effaré; la face est anxieuse, animée; les yeux, sans cesse en mouvement, s'agitent dans tous les sens. Quand on l'interroge, Bacqué regarde autour de lui d'un air inquiet, comme s'il était sous la menace d'un danger, et à peine obtient-on quelques mots à voix basse. Les jointures sont indolores, on peut les mouvoir sans déterminer de souffrance.

Aussitôt la visite terminée, Bacqué est pris de délire avec hallucinations: il voit autour de lui des animaux effrayants, parle, crie, s'agite pour fuir et cherche à quitter la salle avec une parfaite liberté de mouvements qui dénote bien l'absence de douleurs articulaires; il est indifférent à toute sollicitation, tellement ses visions l'absorbent; la tête tourne avec vivacité, les pupilles sont dilatées, la face est rouge, la conjonctive hyperhémisée. Pouls vit à 102; température, 37^e,6. — Vésicatoires sur les genoux et les coudes, sinapismes fréquemment renouvelés sur les autres jointures. Bromure de potassium, 8 grammes; lavement avec 2 gouttes d'huile de croton, qui produit d'abondantes évacuations. Le malade se lève seul pour aller à la selle.

Vers midi cette exaltation cesse et le malade tombe dans un affaissement profond; il est immobile, absolument sourd à toute interrogation. La face est muette comme un masque; ses yeux sont dans une fixité complète, parfois seulement ils semblent errer à la poursuite d'un objet imaginaire, et si alors on l'interpelle il détourne la tête et témoigne de la mauvaise humeur.

A trois heures, temp., 38^e,2; pouls, 102; sueurs profuses; à six heures, temp., 37^e,6.

Le 26 la nuit a été très-agitée; l'inquiétude était plus grande, les hallucinations plus tourmentées sans doute, car Bacqué, en proie à une terreur visible, cherchait sans cesse à fuir. Le matin il est tranquille, mais triste, muet, toujours préoccupé; les questions les plus pressantes n'obtiennent pour réponse qu'un mouvement d'impatience; refus absolu de prendre la nourriture et les médicaments; sueurs abondantes. Il urine dans son lit, puis repousse les draps qu'il a souillés. La température est normale matin et soir.

Le 27, insomnie avec excitation pendant la nuit; vers le matin

monde sait que le droit civil et le droit canonique comptent les degrés de parenté différemment. Les cousins germains sont au quatrième degré suivant le droit civil, et ne sont qu'au second suivant le droit canonique. Or les lois romaines ayant défendu les mariages au quatrième degré, on fit une confusion de la façon de compter les degrés au civil et au canonique; et de là résultèrent des défenses générales de contracter mariage au quatrième degré, c'est-à-dire jusqu'aux petits enfants des cousins germains. Au treizième siècle, l'illustre saint Thomas d'Aquin en donnait une autre explication: « On défendit de se marier ensemble à toutes les personnes qui ont coutume d'habiter dans la même famille, parce que si elles avaient pu avoir ensemble licitement des relations charnelles, cette liberté aurait vivement embrasé leurs passions; mais sous la loi nouvelle, qui est la loi de l'esprit et de l'amour, on a défendu plusieurs degrés de consanguinité, parce que le culte de Dieu se répand et se multiplie par la grâce spirituelle et non par l'origine charnelle, Par

conséquent, il faut que les hommes soient plus éloignés des choses charnelles, et que, s'attachant aux choses spirituelles, l'amour se répande en eux de plus en plus. C'est pourquoi autrefois on empêchait le mariage jusqu'aux degrés les plus éloignés, afin que l'amitié naturelle s'étendît à un plus grand nombre par la consanguinité et l'affinité. On l'avait étendu avec raison jusqu'au septième degré. Mais ensuite l'Eglise l'a restreint jusqu'au quatrième, parce qu'il était inutile et dangereux de défendre au delà les degrés de consanguinité. »

Dans les dix premiers siècles, la foi profonde et l'obéissance respectueuse des fidèles firent adopter toutes ces mesures qui émanaient à la fois de l'union du pouvoir spirituel et du pouvoir temporel. Aux premiers âges du catholicisme, alors qu'il y avait séparation entre les institutions civiles et les institutions religieuses, les empereurs promulguèrent avant les ministres de l'Eglise les prohibitions de mariages entre parents, et disposèrent des dispenses à ces décisions. C'est ainsi qu'Honorius, d'après une loi qui est au titre X du Code

le calme se fait, et l'on retrouve la tristesse et le mutisme habituels, avec une grande propension aux larmes. A force d'instances on obtient quelques paroles laconiques et brusques. Bacqué n'accuse aucune souffrance, se rappelle son nom, son régiment, la date de son entrée à l'hôpital, mais ne peut dire quel est son pays. Ses yeux suivent parfois avec anxiété un objet inconnu; alors aussi on le voit verser des larmes. Il pleure encore quand on lui panse ses vésicatoires: « Vous voulez donc, dit-il, achever de me faire mourir, puisqu'il faut maintenant m'arracher les membres. » Sneurs abondantes, température normale; les signes cardiaques sont les mêmes que précédemment. Refus absolu de prendre les médicaments; si on insiste, des larmes viennent et on entend murmurer le mot « empoisonné! »

Le 28, nuit toujours agitée par des hallucinations terrifiantes; le jour, en ramenant le calme, ramène aussi la tristesse et l'inquiétude habituelles. Interrogé sur le motif de ses craintes constantes, il finit par répondre, avec des larmes dans la voix, que « ses frères, ses parents sont venus le trasser, le poursuivre de viles menaces parce qu'il refusait de revenir au pays ». Alors il se lève en criant: « Mes pantalons! laissez-moi partir, il est temps encore. » Le reste de la journée se passe dans une sombre tristesse; à toute question la réponse est la même: « Je veux partir! » Toutefois le malade prend plus volontiers ses médicaments et quelques aliments; apyrexie.

Le 29, la nuit a été plus calme; mutisme complet; les yeux errent sans cesse.

Le 30, Bacqué rompt aujourd'hui son silence pour injurier les infirmiers; il urine sciemment dans son lit sous prétexte de conserver ainsi ses jambes, puis rejette sans cesse ses couvertures, demandant en plaignant ses jambes qu'on lui a volées. Refus absolu de prendre la nourriture; sueurs abondantes, pas de fièvre.

Le 1^{er} juillet l'amaigrissement général a fait depuis quelques jours des progrès bien sensibles: les joues et les tempes se creusent, les membres sont devenus grêles et flasques. La faiblesse est grande, l'inertie très-marquée; si on le soulève Bacqué se laisse retomber comme une masse. Parfois cependant, sous l'empire de ses hallucinations, il trouve assez d'énergie pour chercher à fuir; l'état mental est d'ailleurs le même et se caractérise par de la tristesse, du mutisme, une certaine inquiétude vague que lui causent ses troubles sensoriels, la tendance aux pleurs, et enfin le refus de prendre toute nourriture.

Le 2, la nuit a été très-agitée. Bacqué poussait des cris de terreur ou bien, debout sur son lit et marmonnant des paroles incohérentes, il agitait les bras d'un air menaçant comme s'il avait à soutenir une lutte. Vers le matin le calme se fait, c'est-à-dire il retombe pour toute la journée dans un mutisme complet et refuse les aliments.

Le 3, le malade présente aujourd'hui de la fièvre: 39°,2. La face est vultueuse, le corps inondé de sueur; les conjonctives sont injectées, les pupilles dilatées; mais rien n'est changé dans les symptômes cérébraux. A trois heures, la température, encore élevée, est à 39°,4 et coïncide avec une certaine excitation: le malade cherche à se lever, injurie et frappe l'infirmier qui le soigne. Vers le soir, la fièvre se calme: 37°,8; les sueurs ont cessé; Bacqué est plus calme, prend un peu de bouillon, se montre docile et dit en souriant qu'il va mieux.

Théodosius, défend de lui demander des dépenses pour certains degrés, et dit qu'il n'en donnera qu'entre cousins germains. Il est encore parlé (d'après Portalis) des dépenses que les empereurs donnaient pour mariage, dans une loi de l'empereur Zénon et dans une loi de l'empereur Anastase. Cassiodore, sénateur et conseil des rois goths, rapporte la formule des dépenses que ces rois donnaient pour les mariages.

Mais quand le pouvoir spirituel eut pris une puissance suffisante, il se mit à donner des dépenses. D'après le témoignage du Père Thomassin, les papes ne commencèrent à en accorder que dans le onzième siècle. Pendant près de trois siècles ils furent seuls juges des empêchements dirimants, mais dès que l'influence de la papauté fut moins grande et que son principe fut discuté par les rois, ceux-ci recommencèrent à user de leurs droits. « Ainsi l'empereur Louis IV, célèbre par ses disputes avec le Saint-Siège, donna, au commencement du quatorzième siècle, des dépenses de parenté à Louis de Brandebourg et à Marguerite, duchesse de Carin-

Le 4, la nuit a été calme, mais au moment de la visite le malade est pris d'accidents singuliers: soudain la face devient bleuâtre, turgide; la respiration est suspendue; le pouls est fort, vibrant, accéléré; la peau est chaude et prend peu à peu une teinte cyanotique. Puis, au bout d'une minute, la respiration reprend d'une manière large et pleine, la teinte violacée de la face disparaît rapidement et tout rentre dans l'ordre; tempér., 38 degrés. L'auscultation du cœur ne donne rien de particulier, à part les deux bruits de soufflé cécis; rien aux poumons. L'état mental est le même. A trois heures, temp., 38°7.

Le 5, la nuit apporte encore avec elle ses hallucinations effrayantes, qui font voir au malade des flammes de tous côtés. Ce qui domine dans la journée c'est la tristesse, l'inquiétude, la propension aux larmes; tempér., 38°,4 et 39 degrés. Les contractions du cœur sont manifestement plus faibles, et les bruits de soufflé bien moins intenses.

Le 7, mêmes hallucinations durant la nuit. Tempér., 33°,6 matin et soir. Bacqué est plus craintif que de coutume; tout l'effraye, et il tressaute au moindre bruit. A la vue d'un gendarme qui traverse la salle sa frayeur redouble; il veut fuir, roule des yeux inquiets et débite avec volubilité des injures grossières; puis il retombe dans son immobilité et son mutisme accoutumés. Comme les jours précédents d'ailleurs, le malade refuse toute nourriture solide et n'accepte qu'à grand-peine quelques cuillères de houillon. — Vésicatoires sur la tête; bromure de potassium, 6 grammes.

Le 8 la nuit a été assez bonne, mais sans sommeil. Temp., 38°,8; pouls à 122 le matin. Dans l'après-midi, le malade paraît moins absorbé par ses idées délirantes, moins craintif; il parle un peu et déclare ne souffrir en aucune façon. Temp., 38°,2; pouls, 115. L'amaigrissement continue à faire des progrès considérables; le ventre, rétracté, a pris la forme en bateau, et l'on dirait un abdomen d'ouï l'on a retiré la masse intestinale, tellement il est adhérent; la face antérieure des corps vertébraux se dessine en saillie, et de chaque côté on reconnaît à une légère éminence la forme des deux reins.

Le 9, les hallucinations des nuits précédentes sont venues de nouveau tourmenter le malade. Temp., 38°,4; pouls, 120; le soir, temp., 38°,2; pouls, 112. Mutisme absolu; la face est immobile, sans expression. Le malade, qui acceptait jusqu'ici quelques cuillères de bouillon, rejette tout aujourd'hui; il urine dans son lit. Erythème de déchéance au sacrum. On remplace le bromure par le calomel à dose réfractée.

Le 10, mêmes hallucinations nocturnes, même état durant la journée. Temp., 38°,2; pouls, 130 le matin; — temp., 38 degrés; pouls, 125 le soir. Le calomel n'a pas produit de salivation; mercure en frictions.

Le 11, nuit tranquille, sans sommeil; l'amaigrissement est si considérable, que le corps est réduit à l'état de véritable squelette; le ventre s'affaisse de plus en plus.

Après la visite, le malade est pris de convulsions généralisées: la face devient grimaçante, la bouche se dévie, les bras et les jambes sont agités de secousses désordonnées, puis au bout d'une minute tout cesse. Alors aussi la respiration se suspend et la figure devient turgide, violacée; après un temps très-court une longue inspiration se fait et la teinte cyanotique disparaît. Continuant à examiner le malade avec attention, nous constatons le fait qui

thie. La transaction arrêtée à Passau en 1552 et suivie en 1555 de la paix de la religion, reconnaît le droit que les électeurs et les autres souverains d'Allemagne avaient d'accorder des dépenses (1). En 1592, le roi Henri IV, conformément à plusieurs arrêts du parlement, fit un règlement général par lequel des dépenses en toute matière furent attribuées aux évêques nationaux. Ce règlement fut exécuté pendant quatre ans; on vit ensuite renaître l'usage de recourir à Rome pour certaines dépenses que l'on réputa plus importantes que d'autres.

Dans ce conflit qui devait s'accroître de plus en plus entre les deux pouvoirs, la question des unions entre parents pré-occupait exclusivement les législateurs civils et ecclésiastiques.

Le savant Erasme, dans un ouvrage que l'on a eu tort de ne pas consulter assez souvent: *CHRISTIANI MATRIMONI INSTITUTIO*, discute longuement le sujet qui nous occupe. Les so-

(1) Déjà en Angleterre, vers 1540, Henri VIII, se considérant comme chef suprême de l'Eglise, avait l'interdiction qui empêchait ces mariages.

suit : Fréquemment, après l'expiration, le thorax et le diaphragme s'immobilisent durant une demi-minute environ pour reprendre ensuite leur jeu normal ; si cet arrêt de la respiration persiste sous quelque forme que ce soit, on voit peu à peu la face se couvrir d'une teinte violacée qui disparaît avec le trouble qui l'a fait naître. Nous croyons pouvoir attribuer ces accidents à l'oubli de respirer, car si on vient à interpellier vivement le malade, aussitôt les muscles immobilisés recommencent leur jeu. — L'affaiblissement du malade est plus considérable, il paraît être dans le coma vigile. Temp., 37°,8 ; pouls, 130.

Plusieurs fois dans la journée les mouvements convulsifs des membres, l'arrêt de la respiration avec érythème de la face se sont reproduits. Temp., 37°,5 ; pouls, 130.

Le 12, nuit calme sans sommeil ; faiblesse extrême. Baqué délire sans cesse et parle d'une voix cassée, éteinte ; troubles fréquents des membres. La respiration se ralentit de plus en plus, présentant encore des arrêts fréquents. Refroidissement des extrémités. Temp., 36°,8 ; pouls, 120 le matin. Le soir temp., 36°,3 ; pouls, 130.

Mort le 13 au matin.

Autopsie. — Le cadavre, considérablement amaigri, est réduit à l'état de véritable squelette ; le ventre, rétracté jusqu'à la dernière limite, laisse voir la saillie de la colonne vertébrale et celle des reins.

Poumons sans adhérences, petits, pâles, anémiques.

Péricarde limité à la base du cœur ; la séreuse, épaissie, rugueuse, présente une vascularisation très-développée, avec petites hémorragies dans le tissu sous-séreux. La plegmasie est moins vive sur le feuillet pariétal du péricarde ; mais déjà quelques tractus légers et ténus, allant d'un feuillet à l'autre, témoignent d'adhérences en voie de formation.

Le volume et la texture du cœur ne présentent rien à signaler. Endocardie végétante sur les valvules mitrale et aortiques. Sur les deux valves de la mitrale, productions verruqueuses multiples siégeant sur tout le contour de leur bord libre. Les valvules aortiques épaissies, opacifiées, présentent également de légères saillies verruqueuses sur leur bord libre, principalement aux environs du nodule d'Aranzias. Les intestins sont pâles, vides, rétractés ; les autres viscéres sont normaux.

Cerveau. — Caillots fibrineux, jaunâtres dans les sinus de la dure-mère. Nulle part on ne trouve de traces de méningite ; en un point limité toutefois, autour d'une veine, on rencontre une légère ténacité blanchâtre. Mais ce qui domine c'est une vive injection de la pie-mère dont les vaisseaux forment de riches arborisations à la surface des circonvolutions ; elle n'est pas adhérente, et on peut l'enlever facilement sans entraîner de substance cérébrale. Cette hyperhémie fluxionnaire existe partout, aussi bien à la convexité qu'à la base du cerveau, sur le cervelet que sur la protuberance, mais avec des degrés divers. Ainsi elle est plus intense sur la partie latérale de l'hémisphère gauche qu'à la partie supérieure, et plus marquée à gauche qu'à droite. La substance grise présente une teinte rouge sombre ; la substance blanche est plus foncée qu'à l'état normal. Sur une coupe on voit une quantité de gouttelettes de sang sourde des orifices vasculaires et former un pointillé rouge ; c'est l'état sablé. En d'autres points disséminés les gouttelettes plus volumineuses se réunissent et forment une petite

nappe sanguine. La toile choroïdienne est épaissie, de couleur sombre, violacée. Pas de sérosité dans les ventricules.

RÉFLEXIONS. — Ce fait présente avec les observations antérieures une analogie qu'il n'est peut-être pas inutile de faire ressortir ici. Dans tous ces cas, en effet, sauf celui de Mesnet, les manifestations vésaniques éclatent après la disparition complète des phénomènes articulaires et de la fièvre : c'est au début, tantôt un changement insolite dans le caractère, qui devient triste, sombre, inquiet ; tantôt des hallucinations de la vue et de l'ouïe, qui entraînent un délire général avec troubles sensoriels. Mais bientôt, s'il a fait défaut au début, le délire s'établit, se systématisé toujours, et l'on voit se dérouler les symptômes caractéristiques d'une mélancolie confirmée ; alors aussi la nutrition s'altère profondément, l'amaigrissement se prononce d'une manière rapide et progressive. Si la guérison se fait, elle est complète après une période de vingt jours à deux mois, ou bien la mort peut avoir lieu à la suite de l' inanition prolongée, comme chez notre malade.

Mais le sujet de notre observation a présenté une particularité intéressante : c'est l'existence de la fièvre au cours du délire mélancolique. La température, d'abord normale au début des troubles intellectuels, s'élève subitement à 39°,2 vers le sixième jour, pour retomber aussitôt à 37°,8, puis elle remonte le lendemain, oscille autour d'un niveau inférieur en général à 39 degrés et décroît ensuite pour devenir hypnormale la veille de la mort. Le fait est loin d'être isolé, car la fièvre se mêle parfois aux symptômes cérébraux. Ainsi chez le malade de Mesnet il existait des mouvements fébriles irréguliers, sans continuité, peu intenses, et la rhumatisme de M. Desnos offrait une température dépassant la normale sans atteindre jamais de sommets élevés.

Cette fièvre évidemment n'a rien de commun avec celle que présentent les individus atteints de rhumatisme cérébral hyperpyrétique. Dans cette forme, en effet, l'excès de calorification est le phénomène initial, prédominant ; les troubles cérébraux s'établissent ensuite ; de plus, « le moment où les accidents cérébraux arrivent à la plus menaçante intensité correspond exactement au *fastigium* de la température, et, réciproquement, l'abaissement de cette dernière suit une marche rigoureusement parallèle au retour de l'intelligence et à l'amendement des désordres nerveux. » (Maurice Raynaud.) Or ici rien de semblable ; les troubles vésaniques surviennent dans l'apyrexie et restent aussi caractérisés avant qu'après le début de la fièvre ; la température oscille toujours autour d'un chiffre moyen et les désordres intellectuels ne subissent aucune modification en rapport avec celle de la fièvre. Il est donc impossible de ranger ce cas parmi les accidents du rhumatisme hyperpyrétique, et ce serait superflu que de s'appesantir davantage sur le diagnostic différentiel.

ciétés humaines, dit-il, reposent sur trois bases : *natura, lex et religio*. Il donne du mariage une définition qu'a dû connaître Portalis : *Est enim proprie matrimonium legitima perpetuatio viri ac mulieris, studio gignendæ sobolis, inita conjunctio, vitæ ac fortunæ omnia individua societate adducens*. Après avoir étudié le but du mariage, il examine les *impedimenta matrimonii*. *Septimum impedimentum adfertur cognatio, quæ gradibus et lineis distinguitur*. Après avoir fait remarquer que le dissentiment qui existe entre les lois civiles et religieuses, il montre comment se produit l'affinité : *Per carnalem copulam viri et mulieris, inter consanguineos mulieris et virum, item inter consanguineos viri et mulierem contrahitur affinitas ejusdem gradus cuius est consanguinitas. Præterea, quoties inter unam personarum de quibus queritur, et conjugem alterius non est vel non fuit consanguinitas intra quartum gradum, nulla est prohibitio*. Il dit plus loin : Aristote, Xénophon, ne connurent pas le christianisme, et cependant ils n'ont rien écrit de plus saint et de plus religieux

que leurs chapitres sur le mariage. Puis il termine en insistant sur la bonne santé des conjoints, et en signalant très-bien l'influence de l'hérédité : *Cæterum ita natura comparatum est, ut citius cædant mala, quam prosint bona : item in vitiiis oculorum, in hæsitantia lingue*.

Pendant plusieurs siècles la puissance temporelle attaquait vigoureusement la papauté, et, il faut le reconnaître, les papes firent les plus grands efforts et employèrent toute leur autorité à calmer les tempêtes politiques ou à maintenir la pureté des mœurs. Ils eurent surtout à lutter contre la licence anticonjugale des princes ainsi que le montre si bien Joseph de Maistre dans son admirable ouvrage du « Pape ». Le livre second : *Du pape dans son rapport avec les souverainetés temporelles*, est d'une puissance philosophique peu commune, certainement la démonstration la plus évidente du pouvoir spirituel. « Si dans la jeunesse des nations septentrionales, les papes n'avaient pas eu le moyen d'épouvanter les passions souveraines, les princes, de caprices en caprices et d'abus en

Nous ne pouvons cependant accepter sans réserve l'opinion émise à ce propos devant la Société médicale des hôpitaux : « Il est inutile, dit M. Laveran, d'insister sur les différences qui séparent la manie rhumatismale du rhumatisme hyper-pyrétique ; il suffit de rappeler que, dans la manie rhumatismale, la température ne s'élève pas au-dessus de la normale ». Sans doute l'aprexie existe le plus souvent ; mais il y a fièvre aussi dans nombre de cas cités, et l'on ne peut, en aucune façon, tirer de son absence un signe pathognomonique, un caractère exclusif, et déclarer avec M. Laveran qu'il y a nécessairement aprexie quand il s'agit de folie rhumatismale.

L'autopsie a révélé chez notre malade, outre l'hyperhémie des méninges, une congestion intense des couches blanches et grises du cerveau. Ces troubles vasculaires peuvent-ils, dans l'espèce, expliquer les désordres de l'entendement ? La chose ne serait pas douteuse pour M. Delasiauve : « Une congestion plus ou moins active, une hyperhémie, une suffusion séreuse, un arrêt de circulation capillaire dans l'encéphale, etc., amènent l'obtusité, et avec elle le voile sur la pensée, la difficulté de discerner le vrai et d'apporter la clarté dans le langage. Non-seulement le malade est sombre et anxieux, mais il y a grandes chances d'hallucinations ou de conceptions chimériques qui, prises à la lettre, provoquent une réaction corrélative, tantôt agitée si le malade éprouve des terreurs fantastiques ; d'autres fois déprimante, comme lorsqu'on est sous le coup du désespoir ou du découragement. Précisément la fluxion rhumatismale aurait ce résultat, en opprimant légèrement le cerveau, de donner lieu à des degrés divers d'obtusité et à cette réaction multiforme et changeante qui en a imposé pour de la manie, de la lypémanie ». (Société médicale des hôpitaux, 25 mai 1876.) Pour ce savant médecin les conceptions délirantes seraient donc directement liées à l'hyperhémie cérébrale. Cette théorie donne, il est vrai, une certaine satisfaction pour l'esprit en permettant de rattacher anatomiquement tous ces faits à l'histoire générale du rhumatisme : à la fluxion articulaire succède la fluxion encéphalique, mobile, superficielle comme la précédente ; elle obnubilé l'intelligence, qui puise dans l'irrégularité de son fonctionnement les motifs de ses conceptions délirantes. Malheureusement toutes les nécropsies ne viennent pas confirmer l'existence de cette congestion cérébrale et, si dans les deux cas de Watson il y avait suffusion séreuse des méninges avec ou sans hydroisie ventriculaire, nous pouvons citer aussi les observations de Burrows (*On Disorders of cerebral circulation*), de Christian (*De la folie consécutive aux maladies aiguës*, in *Arch. de méd.*, 1875), où le cerveau était absolument sain. C'est dire que le *substratum* anatomique de la folie rhumatismale est encore à trouver. Sans doute on y rencontre des lésions vasculaires banales, insuffisantes, assez analogues à celles qui se montrent communé-

ment dans les autres formes du rhumatisme cérébral ; mais elles peuvent aussi manquer. Force est bien d'invoquer alors un élément inconnu, inhérent au génie même de la maladie et de dire, faute de mieux : *rhumatisme cérébral*.

En résumé :

1° La folie rhumatismale affecte souvent la forme mélancolique.

2° La fièvre peut accompagner les troubles intellectuels, mais son absence ne constitue pas un signe pathognomonique de la folie rhumatismale.

3° Les lésions anatomiques de l'encéphale ne sont pas constantes et, quand elles existent, leur valeur est à prouver.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 9 OCTOBRE 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

SUR L'ÉCOULEMENT DU SANG PAR LES TUBES DE PETIT CALIBRE (TRANSPIRABILITÉ DE GRAHAM). Note de M. Haro.

« J'ai l'honneur de communiquer à l'Académie les principaux résultats de mes expériences pour la mesure de la viscosité du sang. Après différents essais, j'ai construit pour cette étude un appareil que je nomme *transpiromètre*. À l'aide de mon appareil j'ai reconnu que :

1° La chaleur active beaucoup l'écoulement du sang défilé, et cet effet est d'autant plus tranché que le sang est plus riche en globules, tandis que sur le sérum la chaleur agit à peu près comme sur l'eau distillée. En outre, j'ai remarqué que cette action est bien plus manifeste lorsque l'écoulement du sang défilé s'effectue avec beaucoup de lenteur par un tube très-étroit. Or le cours du sang dans les capillaires de l'organisme étant infiniment plus lent que l'écoulement artificiel du sang défilé, la vitesse de la circulation dans ces petits vaisseaux doit nécessairement présenter, sous l'influence de la température, des écarts considérables...

2° J'ai reconnu que le sang défilé dans lequel on a fait passer pendant quelque temps un courant d'acide carbonique et qu'on a filtré ensuite à travers un linge fin, pour enlever toutes les bulles de gaz, coule plus lentement que le même sang rendu rutilant par des transvasements à l'air libre ; sous l'influence de ce gaz, la transpiabilité du sang de veau s'est élevée de 5612 à 6076...

3° J'ai constaté que l'éther sulfurique ne contenant aucune trace d'alcool retarde l'écoulement du sang défilé, du sérum et de l'eau. Ce résultat est d'autant plus surprenant que la transpiabilité de l'éther est représentée par le nombre 0,209, c'est-à-dire que ce liquide coule environ trois fois plus vite que l'eau...

4° Le chloroforme retarde l'écoulement de l'eau et du sérum, tandis qu'il active l'écoulement du sang défilé. Cette double

abus, auraient fini par établir en loi le divorce, et peut-être la polygamie ; et ce dernier désordre se répétant, comme il arrive toujours jusque dans les dernières classes de la société, aucun œil ne saurait plus apercevoir les bornes où se serait arrêté un tel débordement.... Qu'on eût laissé faire les princes indomptés du moyen âge et bientôt on eût vu les méurs des peuples. » Joseph de Maistre dit plus loin que les papes doivent reprendre leur juridiction éclairée, et s'opposer de tout leur pouvoir aux unions consanguines. « Quelle loi dans la nature entière est plus évidente que c.elle qui a statué que tout ce qui germe dans l'univers désire un sol étranger ? La graine se développe à regret sur ce même sol qui porta la tige dont elle descend : il faut semer sur la montagne le blé de la plaine et dans la plaine celui de la montagne ; de tous côtés on appelle la semence lointaine. La loi dans le règne animal devient plus frappante ; aussi tous les législateurs lui rendent hommage par des prohibitions plus ou moins étendues. Chez les nations dégénérées qui s'oublièrent jusqu'à

permettre le mariage entre des frères et des sœurs, ces unions infâmes produisirent des monstres. La loi chrétienne, dont l'un des caractères les plus distinctifs est de s'emparer de toutes les idées générales pour les réunir et les perfectionner, étendit beaucoup les prohibitions ; s'il y eut quelquefois de l'excès dans ce genre, c'était l'excès du bien, et jamais les canons n'égalèrent sur ce point la sévérité des lois chinoises. Dans l'ordre matériel, les animaux sont nos maîtres. Par quel aveuglement déplorable l'homme qui dépensera une somme énorme pour unir, par exemple, le cheval d'Arabie à la cavale normande, se donnera-t-il néanmoins sans la moindre difficulté une épouse de son sang ? Heureusement toutes nos fautes ne sont pas mortelles ; mais toutes cependant sont des fautes et toutes deviennent mortelles par la continuation et par la répétition. Chaque forme organique portant en elle-même un principe de destruction, si deux de ces principes viennent à s'unir, ils produisent une troisième forme incomparablement plus mauvaise : car toutes les puissances qui s'unissent ne s'addi-

action, qui de prime abord semble paradoxale, est cependant très-rationnelle; ainsi, d'une part, il n'y a rien d'étonnant à ce que le chloroforme, dans la transpiration est de 0,306 à 15 degrés, agisse sur l'eau d'une manière analogue à l'éther, c'est-à-dire en ralentissant l'écoulement; d'autre part, ce liquide paraît avoir une action spéciale sur les hématies: il les ratatine et les fluidifie; par conséquent il doit faciliter le passage du sang déformé à travers le tube capillaire. Cette fluidification du sang pourrait expliquer la fréquence et surtout la faiblesse du pouls qui se produisent lorsqu'on prolonge outre mesure les inhalations chloroformiques... »

(Renvoi à la section de médecine.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 17 OCTOBRE 1876. — PRÉSIDENTE DE M. CHATIN.

MM. les ministres de l'intérieur et de la marine adressent à l'Académie des demandes de vaccin.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie le tableau des vaccinations pratiquées dans les départements du Loiret, du Loir-et-Cher, du Lot-et-Garonne, des Basses-Pyrénées, de l'Eure, de la Gironde, de l'Indre, de Belfort, de la Haute-Vienne, des Basses-Alpes, de la Lozère, d'Ille-et-Vilaine, de Saône-et-Loire, de la Loire-Inférieure, de l'Eure, des Landes, de la Marne, du Nord et des Vosges. (Commissio*n* de vaccin.)

M. le docteur Pigeon (de la Nièvre) adresse un mémoire intitulé: ESSAI D'APPLICATION DE BONNES EXPÉRIMENTALES.

L'Académie reçoit à. Une brochure de M. le docteur Stanski, intitulée: DE L'INUTILITÉ D'ISOLER LES MALADES DANS LES HÔPITAUX. — b. Un mémoire de M. Daga sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Nancy en 1875. — c. Un rapport sur le service médical des eaux de Bourbonne. — d. Une brochure de M. le docteur Brocard, intitulée: DES BAIGNS DE MER CHEZ LES ENFANTS. — e. L'analyse de l'ouvrage de M. Berk sur la syphilis. — f. Un mémoire de M. Gueneau de Mussy sur l'excitacion plethorique. — g. Un ouvrage de M. Bugnet, intitulé: MANIPULATIONS DE PHYSIQUES. — h. Un manuscrit de M. Arland.

INAUGURATION DU BUSTE DE DESAULT. — M. Alph. Guérin donne lecture du discours qu'il a prononcé à Lure au nom de l'Académie. Il rappelle que Desault, professeur éloquent et ingénieux, clinicien de génie, né d'une obscure famille d'un hameau de Lure, s'est élevé seul à force de travail et de génie jusqu'aux plus hautes situations scientifiques. Dès l'âge de vingt-deux ans, il attirait la foule à ses cours. Il a été successivement professeur à l'École pratique, membre du Collège de chirurgie, chirurgien en chef de la Charité, puis de l'Hôtel-Dieu. En 1792, il fut élu membre du Comité de santé des armées. Il fut appelé par le Comité de salut public à occuper la chaire de clinique chirurgicale à l'École de santé organisée par la Convention.

En 1795, pendant qu'il était chargé de donner ses soins au fils de Louis XVI, prisonnier au Temple, il mourut subitement à l'âge de cinquante et un ans. Desault a été le maître des Bichat, des Dupuytren, des Larrey, des Chopart; il a été, à proprement parler, le créateur et le fondateur de l'école chirurgicale du XIX^e siècle.

tionne pas seulement, elles se multiplient. Le souverain pontife aurait-il par hasard le droit de dispenser des lois physiques? Partisan sincère et systématique de ses prérogatives, j'avoue cependant que celle-ci m'était inconnue. Rome moderne n'est-elle point surprise ou rêveuse, lorsque l'histoire lui apprend ce qu'on pensait, dans le Siècle de Tibère et de Caligula, de certaines unions alors inouïes? Et les vus accusateurs qui faisaient retentir la scène antique, répétés aujourd'hui par la voix des sages, ne rencontreraient-ils point quelque faible écho dans les murs de Saint-Pierre? »

Les conseils de de Maistre n'ont pas été écoutés, et on sait que de nos jours il suffit de demander des dispenses pour les obtenir. C'est que l'exception à une loi, admise par la loi elle-même, ne tarde pas à devenir la règle ordinaire.

III. — PÉRIODE CONTEMPORAINE.

Avant la Révolution, en France, les degrés de parenté (que l'union fût légitime ou non) empêchèrent les ma-

Le discours de M. Guérin a été vivement applaudi. Il sera publié *in extenso* dans le BULLETIN DE L'ACADÉMIE.

ALIMENTATION DES NOUVEAU-NÉS. — M. Piorry revient sur cette question à propos des expériences de M. Magne. Depuis quelque temps, on veut trop s'appuyer sur la chimie pour résoudre les questions médicales. La médecine est une science à part, qui doit certainement s'appuyer sur des connaissances exactes; mais il faut laisser une large part à l'observation clinique.

M. Piorry revient ensuite sur les travaux qu'il a publiés, et n'oublie pas de parler de sa nomenclature qu'on a tort d'abandonner aujourd'hui. Il rappelle que, dès 1823, il s'est occupé de la question des nourrissons et que déjà, à cette époque, il avait indiqué le lait comme étant la seule nourriture à donner aux nouveau-nés. Le lait convient non-seulement aux enfants, mais encore aux personnes âgées. On dit que le vin est le lait des vieillards; c'est une erreur; le vin irrite l'estomac, tandis que le lait nourrit sans irriter.

M. Piorry renvoie ceux des membres de l'Académie qui désirent approfondir la question, au mémoire qu'il a présenté, en 1870, et qui a été inséré dans le tome XXXV du BULLETIN.

APPAREIL ÉLECTRIQUE DE LA TORPILLE. — M. Rouget (de Montpellier). Il résulte de l'analyse histologique des éléments constituants des disques électriques de la torpille, exposée dans les précédentes communications, qu'on ne rencontre dans ces organes, en outre des ramifications des fibres nerveuses, et de la lame nerveuse réticulée, rien autre chose que des vaisseaux et des éléments cellulaires, fibrilles et membranes, appartenant tous aux tissus conjonctifs. Les éléments nerveux seuls font partie de la catégorie des formations organiques (*muscles et nerfs*), dans lesquelles on observe un développement ou plutôt une transformation de force. Comme l'indiquait déjà Kolliker, en 1857, *les nerfs eux-mêmes sont la seule source de l'électricité de l'organe électrique de la torpille*. Par quel mécanisme les éléments nerveux peuvent-ils produire ces effets? M. Rouget croit que la solution de cette question est possible aujourd'hui. Les troncs et les ramifications des nerfs électriques possèdent, on le sait, des propriétés et des fonctions semblables à celles des nerfs moteurs; ce sont des nerfs à action centrifuge qui transmettent la force de décharge nécessaire à la transformation des énergies potentielles organiques (forces de tension), en force vive. L'action que la décharge nerveuse exerce sur la force de tension accumulée par la nutrition dans les muscles (contractilité), dans les cellules et dans les réseaux de la substance grise centrale (neurilité), pour la faire passer à l'état de force vive, de travail mécanique, de force excito-motrice, de sensation ou

riages. On reconnaissait même une certaine alliance spirituelle admise de nos jours encore dans l'Eglise russe. Ainsi, une sage-femme, un médecin ou toute autre personne qui avait baptisé un enfant, de même que le parrain ou la marraine, ne pouvaient contracter mariage avec cet enfant ou avec les père et mère. Mais l'esprit public allait produire de grands changements dans cette législation. Les juriconsultes proclamaient qu'il ne fallait pas confondre le contrat civil et le sacrement, et qu'on devait faire deux choses bien distinctes des engagements pris envers la société ou envers l'Eglise. Cette première distinction fut établie par un édit de Louis XVI, en septembre 1787.

Puis la Révolution survint, et l'Assemblée Constituante ayant reconnu la liberté des cultes, la loi en vint à ne plus considérer le mariage que comme un contrat civil. La loi du 20 septembre 1792, art. II, défendait le mariage entre les parents et alliés légitimes ou naturels en ligne directe à l'infini; et en ligne collatérale seulement entre frère et sœur.

d'acte psychique, elle l'exerce aussi sur les lames nerveuses réticulées, dont la disposition et la structure présentent la plus intime analogie avec celles des réseaux de la substance grise centrale des vertébrés (Gerlach), et des invertébrés (Leydig.)

Dans les muscles et dans les centres nerveux, en même temps que se manifeste l'activité des forces organiques sous forme de *contraction*, de *sensation*, de *pensée*, une fraction de ces forces de tension passe à l'état de force vive sous forme de chaleur, sous forme d'électricité. Dans les lames nerveuses réticulées de l'appareil électrique, où ne se manifestent ni mouvements ni sensation, la presque totalité de l'énergie potentielle (neurilite) accumulée par la nutrition dans le réseau nerveux terminal se transforme en électricité. Il n'y a là rien autre chose qu'un cas particulier de ces transformations de forces organiques en forces cosmiques, et inversement, qui sont l'essence même des manifestations de la vie.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 13 OCTOBRE 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LABOULLÈNE.

MORT D'AXENFELD. — TUBERCULOSE MILIAIRE ULCÉRÉE DE LA VOÛTE ET DU VOÛLE DU PALAIS. — HISTOIRE GÉNÉRALE DU TÆNIA CHEZ L'HOMME.

En ouvrant la séance, M. le président fait part de la perte douloureuse qu'a faite la Société pendant les vacances : Axenfeld, cet esprit distingué, ce savant de premier ordre, qui s'est éteint après une longue maladie, laisse chez tous ses collègues un souvenir profond. Pour se conformer au désir qu'il avait manifesté, aucun discours n'a été prononcé sur sa tombe; mais la Société payera un juste tribut d'éloges à l'un de ses membres les plus regrettés, à l'occasion de la séance qui doit clore les travaux de l'année 1876.

— M. Laveran présente un malade atteint de tuberculose miliaire aiguë ulcérée de la voûte et du voile du palais.

Le malade est un garde de Paris qui contracta, au commencement de cette année, une pleurésie gauche qui nécessita trois thoracocentèses. La guérison fut obtenue et le malade put partir en convalescence. Il y a un mois environ, cet homme s'aperçut qu'il avait sur la voûte palatine quelques aspérités plus gênantes que douloureuses, et particulièrement un peu sensibles pendant la mastication et la déglutition. Peu de temps après, le testicule gauche présentait un peu de gonflement au niveau de l'épididyme.

Aujourd'hui ce malade présente une masse tuberculeuse de l'épididyme gauche et des ulcérations tuberculeuses miliaires types sur la voûte palatine, sur le voile du palais et au fond du pharynx.

À la révision et à l'élaboration de nos codes, le mariage et les conditions qui nous occupent furent spécialement étudiés. L'exposé des motifs de la loi relative au mariage fut présenté au Corps législatif le 16 ventôse an II par le conseiller d'État Portalis. Il a montré les motifs qui devaient s'opposer aux mariages entre les enfants et leurs parents, entre frères et sœurs ou alliés au même degré. Ce sont les mêmes raisons d'honnêteté publique qui doivent faire prohiber le mariage de l'oncle avec la nièce et de la tante avec le neveu. « L'oncle tient souvent la place du père, et dès lors il doit en remplir les devoirs. La tante n'est pas toujours étrangère aux soins de la maternité. Les devoirs de l'oncle et les soins de la tante ne pourraient presque jamais s'accorder avec les procédés moins sérieux qui précèdent le mariage et qui le préparent. » Mais dans nos mœurs actuelles, dit Portalis, les raisons qui ont pu empêcher les unions entre cousins germains n'existent plus. « Les motifs de pureté et de décence qui faisaient écarter l'idée de mariage de tous ceux qui vivaient sous le même toit

Jusqu'ici le larynx ne paraît pas malade. Quant aux poumons, on ne trouve aucune trace de lésions tuberculeuses aux sommets; à la base gauche on constate seulement de la matité et de l'affaiblissement du murmure vésiculaire, reliquat de la pleurésie antécédente.

— M. Laboullène fait une dissertation fort écoutée sur la question du tænia de l'homme, envisagée à un point de vue général.

Après avoir rappelé les travaux si remarquables des séances de la Société en juin et juillet, ainsi que ceux qui ont paru récemment dans la presse médicale, et en particulier dans notre journal, où notre savant collaborateur M. Lereboullet a résumé l'histoire du tænia et des tænicides (voyez p. 450, 484, 499), M. Laboullène se propose d'étudier la question des tæniens au point de vue des espèces particulières à l'homme, de leur provenance, des symptômes qu'ils provoquent, des relations qu'ils ont avec les cysticerques et les hydatides, des moyens dont la thérapeutique dispose pour chasser ces hôtes incommodes, et aussi des mesures prophylactiques que l'on peut tirer des connaissances actuellement acquises.

Dans cette séance, M. Laboullène n'a pu remplir tout ce programme : il n'a eu que le temps d'esquisser à grands traits les caractères distinctifs du tænia armé et du tænia inerme, ceux que l'on rencontre si souvent dans nos contrées.

La plupart des malades viennent montrer au médecin des fragments de tænia conservés dans l'esprit-de-vin, des cucurbitins murs qu'ils ont rendus sans efforts de défécation et malgré eux, inconsciemment. Neuf fois sur dix ce sont des fragments de tæniens inermes.

En plaçant ces cucurbitins dans un liquide dissolvant la cuticule (1 partie de potasse pour 100 d'eau) et en pressant ce fragment, ainsi rendu plus transparent, entre deux lames de verre, ou aperçoit des ovaires, composés d'un axe longitudinal le long duquel sont disposées des grappes ramifiées ou simples mais non dendritiques : ce sont là les caractères des derniers anneaux du tænia inerme.

Si par un vermicite on fait rendre ce tænia inerme, on peut constater que c'est un ver long, massif, vivant et animé de contractions qui sont dirigées toujours vers la tête. Celle-ci offre les particularités suivantes : elle est, pendant la vie de l'animal, perpendiculaire au cou; dès qu'il a cessé de vivre elle est oblique; le cou qui lui fait suite est mince, et bientôt formé de divisions d'abord étroites puis plus larges, jusqu'à ce qu'enfin les anneaux du corps se dessinent nettement. Ces anneaux ne sont pas tous identiquement conformés : près du col le pore est en godet et l'intérieur de l'anneau est plein d'une quantité innombrable de cellules qui constituent le sperme. Plus loin, les cellules sont agglomérées et forment un testicule; dans les anneaux plus éloignés on trouve un *recepta-*

et sous la surveillance d'un même chef ont donc cessé; et d'autres motifs semblent nous engager, au contraire, à protéger l'esprit de famille contre l'esprit de société. »

Il reconnaît le droit au gouvernement de donner des dispenses, quand les circonstances l'exigent, au mariage entre oncle et nièce, entre tante et neveu. Il ne saurait en exister pour les unions en ligne directe, puisque « il n'est pas au pouvoir des hommes de légitimer la contravention aux lois de la nature. » On le voit, dans cette concession aux idées de l'époque, le législateur s'est placé au point de vue physiologique si difficile à apprécier, et a négligé le point de vue moral qui est essentiellement de sa compétence.

Ces mêmes considérations sont reprises le 23 ventôse, par le tribun Gillet, dans le rapport qu'il fit au tribunal sur la loi relative au mariage : « Il est de l'intérêt de la société que l'intimité des familles ne soit pas une occasion de séductions corruptrices, d'entreprises et de rivalités; mais qu'au contraire la pudeur y repose comme dans son naturel asile.

culum seminis, et enfin, dans une nouvelle série d'anneaux, apparaissent les organes femelles, composés d'un ovaire ramifié dont l'oviducte vient s'ouvrir au pore qui déjà sert d'orifice à la verge, conduit excréteur du sperme, de telle sorte que les œufs en sortant reçoivent l'abluion séminale. On peut dire que le *tœnia* est conlilé en entier par des organes génitaux.

La manière dont se fixe la tête est curieuse à étudier : M. Laboulbène a vu un *tœnia* vivant qu'on lui apportait dans un verre plein d'eau, porter sa tête sur les parois du verre, s'y fixer, puis quitter un endroit pour s'attacher à un autre et d'une façon telle, que M. Davaine et lui ont rompu le col de l'animal sans pouvoir détacher la tête d'un point où elle adhérait. Les mouvements de reptation qu'on constate dans l'ensemble du ver peuvent aussi s'observer sur un anneau isolé : de carré qu'il était, l'anneau s'allonge et devient rectangulaire en s'allongeant.

Ces anneaux sont composés d'un tissu sarcoïdique analogue au protoplasma cellulaire, tissu qui est infiltré de corpuscules calcaires, mais dans lequel on ne trouve aucune trace de cellules épithéliales ou endothéliales, ce qui, par parenthèse, donne un démenti à la théorie de Virchow dans ce qu'elle a d'absolu, puisqu'elle dit que, *omnis cellula è cellula*. Pour ces êtres inférieurs, on conçoit leur développement bien plus par multiplication des éléments que par prolifération.

Le *tœnia* fenêtré, dont M. Vallin a présenté un échantillon dans une des séances de la Société, est le résultat de l'atrophie et de la chute des organes génitaux, qui une fois tombés laissent un espace vide bordé par les vestiges de l'anneau ainsi perforé. Ce phénomène doit être une phase de développement du *tœnia* ou une maladie plutôt qu'une variété.

Le *tœnia* armé, dit ver solitaire suivant une expression erronée, porte sa tête droite sur le col. Cette tête est terminée en pointe, en rostre, et supporte des crochets sous forme de deux couronnes dont les éléments alternent. Lorsque quelques crochets sont tombés, on en retrouve l'empreinte. M. Davaine a pu penser autrefois que l'inermé était un ancien *tœnia* armé dépourvu de sa couronne de crochets, mais les caractères du corps des deux variétés permettent de les différencier. Le *tœnia* armé a le col plus long, le corps plus grêle; les pores génitaux des anneaux qui se suivent sont alternatifs. De plus, l'armé se détache et tombe par série d'anneaux, tandis que l'inermé s'émiette, pour ainsi dire, par anneaux isolés.

Si l'on examine la disposition des ovaires, on constate que les divisions des grappes ovariennes, sans être toujours alternantes sur la tige centrale, sont découpées finement en divisions multiples et offrent l'aspect dendritiques. Quand l'animal est vivant le pore est saillant, tandis qu'il s'affaisse quand il est mort.

Outre quelques idées probables sur la perfectibilité physique, il y a donc un motif moral pour que l'engagement réciproque du mariage soit impossible entre ceux à qui le sang ou l'affinité a déjà établi des rapports directs ou très-prochains, de peur que la pureté de leurs affections mutuelles ne soit troublée par les illusions d'une autre espérance. »

Les catholiques ne s'appuient, au contraire, que sur des raisons morales, non exposées aux changements de la science, et vraies à toutes les époques.

C'est ainsi que nous lisons dans le *Catéchisme de Montpelier* (*Instructions générales*, etc., par C.-J. Colbert, Paris, MDCXXI, p. 452), que l'Eglise empêche les mariages entre parents : 1° pour étendre la charité en multipliant les alliances; 2° pour empêcher les crimes que la liberté que les parents ont de se voir leur ferait commettre plus aisément, s'ils espéraient pouvoir se marier ensemble; 3° parce que ces mariages répugnent à la bienséance publique.

Comment se propage le *tœnia*? Si l'on presse un peu un anneau tombé spontanément, on voit sortir par le pore génital une innombrable quantité d'œufs, qui pour chaque cœcurnitium peuvent se compter par plusieurs millions; or le *tœnia* peut atteindre 6 à 7 mètres de longueur; c'est donc par milliards qu'un *tœnia* produit des œufs. Mais il s'en faut beaucoup, heureusement, que tous ces œufs arrivent à destination. L'œuf du *tœnia* inermé a 40 μ , est ovale, à coque épaisse; celui du *tœnia* armé contient cinq à six crochets et renferme un embryon déjà très-apprécié.

Quel est le mode de transmigratioin du *tœnia*? Dans la viande du porc lardé ou voit des vésicules visibles à l'œil nu, vésicules percées d'un trou aplati dans lequel se trouve la tête de l'animal invaginée. Si en pressant on fait saillir la tête, on la voit garnie de crochets et de ventouses; c'est là le cysticercue, l'embryon du *tœnia* armé. Cette vésicule, avalée par certains animaux, se développe et donne naissance au *tœnia* armé. Y a-t-il une période intermédiaire entre le cysticercue et le ver complet? C'est là un point encore indéterminé.

Si aujourd'hui le *tœnia* est plus fréquent, c'est parce que l'hygiène a changé et que l'on mange beaucoup plus de viande inculée. Ce fait est mis hors de doute. La viande crue du bœuf et du veau, chargée de cysticercues, donne le *tœnia* inermé. Mais quelques faits doivent donner à supposer que certains *tœnia*s viennent directement de l'œuf.

Evidemment les parasites intestinaux sont très-répandus dans toute l'échelle zoologique. Sur une courtilière, Rayet et M. Laboulbène ont constaté la présence d'oxyures sexuels dans le rectum.

M. Laboulbène montre à ses collègues un grand nombre de préparations microscopiques sur lesquelles on peut constater tous les détails qu'il vient d'énoncer.

La fin de la communication de M. Laboulbène, vu l'heure avancée, est renvoyée à la séance prochaine.

A. L.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 11 OCTOBRE 1876. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

CORRESPONDANCE. — FRACTURES MULTIPLES. — ÉTRANGLEMENT INTERNE. — IMPERFORATION CONGÉNITALE DE L'ANUS. — PHÉNOMÈNES NERVEUX QU'ON RENCONTRE DANS L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE. — FRACTURE DU CHÂNE AVEC ENFONCEMENT, COMPLIQUÉE DE PLAIE FAISANT COMMUNIQUER LA CAVITÉ CRÂNIENNE AVEC L'EXTÉRIEUR. — PARALYSIE GÉNÉRALE COMME PRÉDISPOSITION AUX FRACTURES. — PRÉSENTATION DE PIÈCE.

La correspondance comprend : 1° un mémoire de M. *Vinand-Grandmairis* sur la létalité de la morsure des vipères indigènes.

Il nous reste enfin à faire connaître la législation actuelle qui régit les mariages entre parents :

Code civil, liv. III, tit. 4 et liv. I, tit. 5.

Art. 735. La proximité de parenté s'établit par le nombre de générations; chaque génération s'appelle un degré.

Art. 736. La suite des degrés forme la ligne : on appelle *ligne directe* la suite des degrés entre personnes qui descendent l'une de l'autre; *ligne collatérale* la suite des degrés entre personnes qui ne descendent pas les unes des autres, mais qui descendent d'un auteur commun. On distingue la ligne directe en ligne directe descendante et en ligne directe ascendante. La première est celle qui lie le chef avec ceux qui descendent de lui; la deuxième est celle qui lie une personne avec ceux dont elle descend.

Art. 737. En ligne directe, on compte autant de degrés qu'il y a de générations entre les personnes; ainsi le fils est à l'égard du père au premier degré; le petit-fils, au second; et réciproquement du père et de l'aïeul à l'égard des fils et petits-fils.

Art. 738. En ligne collatérale, les degrés se comptent par les générations, depuis l'un des parents jusques et non compris l'auteur

2° Une brochure de M. Larrey; analyse d'un travail de M. Bœck (de Christiania); RECHERCHES SUR LA SYPHILIS.

— M. Rochard (de Brest) présente au nom de M. Gallenard (de Brest) plusieurs observations avec pièces à l'appui.

Obs. I. — Fractures multiples résultant d'une chute faite dans un bassin, de la hauteur de dix mètres; le malade présentait à son entrée à l'hôpital :

1° Une fracture comminutive de l'avant-bras droit à sa partie inférieure;

2° Fracture de l'extrémité supérieure du tibia et du péroné droit;

3° et 4° Fracture double de la jambe gauche, siégeant l'une à l'extrémité supérieure, l'autre immédiatement au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne;

5° Fracture comminutive de l'avant-bras gauche à sa partie inférieure;

6° Luxation complète du cou le gauche en arrière;

7° Luxation intra-coracoïdienne de l'épaule gauche avec fracture du col de cet os.

En tout, six fractures et deux luxations. Pas de lésions sérieuses du côté de la tête et du tronc. Après une série d'accidents relatés avec soin dans l'observation, on a désarticulé l'épaule gauche pour une gaîgnère de tout le bras; le malade mourut d'infection purulente soixante-deux jours après l'accident. M. Rochard présente les deux fractures de l'extrémité supérieure du tibia, consolidées au moment de la mort.

Obs. II. — Étranglement interne remontant à vingt-six jours, opéré sans succès et à deux reprises différentes par M. Gallenard.

Les deux opérations ont été pratiquées à vingt-quatre heures d'intervalle. La première a porté sur la fin du colon descendant et n'a produit aucun résultat. La deuxième, sur la fin de l'intestin grêle et a été suivie d'une évacuation abondante de matière et d'un soulagement momentané. Mort treize heures après. L'anse intestinale étranglée appartenait à la fin de l'iléon; la contraction était opérée par une bride circulaire provenant du méso-colon lombaire droit. Le dessin présenté par M. Rochard indique clairement le mécanisme de l'étranglement.

Obs. III. — Arrêt de développement du gros intestin chez un nouveau-né, opération de Littre trente-six heures après la naissance. Mort.

— M. Th. Anger lit un rapport sur un mémoire de M. Berger; phénomènes nerveux qu'on rencontre dans l'étranglement herniaire. Ces phénomènes sont: les crampes, les contractures, les convulsions. La variété d'étranglement ne semble pas avoir d'influence sur l'apparition de ces symptômes; M. Berger pense que ces accidents indiquent un étranglement très-serré qui demande une opération immédiate. M. Th. Anger croit qu'ils sont plutôt sous la dépendance du choléra herniaire.

— M. Berger lit une observation de fracture du crâne avec

enfoncement; phénomènes de compression. Guérison sans trépanation.

Le sujet de cette observation est un jeune enfant de treize ans qui avait reçu sur la région pariétale droite un fort boulon, tombé d'une grande hauteur. Ce corps avait déterminé une plaie entouée du cuir chevelu et un enfoncement assez étendu. L'enfant, tombé sans connaissance, revint à lui, fut transporté à l'hôpital, où il eut successivement deux attaques de convulsions généralisées violentes, qui se terminèrent par un état comateux avec contracture des membres supérieurs et déviation conjuguée des yeux.

Ces accidents s'étant dissipés spontanément, M. Berger crut ne pas devoir recourir au trépan. A partir du deuxième jour tous les accidents cérébraux avaient disparu pour ne plus reparaitre; la plaie, la dénudation très-étendue qui existaient d'abord, se recouvrirent de bourgeons charnus, et le malade guérit.

A ce propos, M. Berger rappelle le pronostic moins grave qu'entraînent les lésions traumatiques du crâne chez les jeunes sujets. Quant à la nature des convulsions qui se présentèrent dans le cas présent, il les attribue à l'irritation de l'écorce des circonvolutions pariétales par les fragments enfoncés.

Relativement à l'intervention chirurgicale, en l'absence d'accidents cérébraux menaçant l'existence, M. Berger pense que l'expectation est indiquée par les statistiques récentes, et spécialement par celle du docteur Bluhm, portant sur 925 cas de trépanation. Cette opération donnerait, en effet, des résultats d'autant plus favorables qu'elle serait pratiquée à une époque plus reculée. Ainsi la trépanation primitive pratiquée pour des fractures du crâne avec enfoncement et plaie a donné 57,14 pour 100 de mortalité, la trépanation secondaire 40 pour 100, et la trépanation tardive 16,67 pour 100 seulement. Il y a donc avantage à reuler autant que possible l'intervention chirurgicale et à attendre pour relever les fragments que l'indication positive existe.

— M. Verneuil. Depuis les travaux de Chareot, on admet que certaines maladies du système nerveux central prédisposent aux fractures du squelette. Dans le dernier numéro de la GAZETTE DES HÔPITAUX, M. Bouvet (de Laroche-Gandon) étudie la paralysie générale comme cause prédisposante pathologique des fractures. M. Verneuil rapporte un cas qu'il a observé.

Au mois de mai 1876, il fut appelé près d'un sujet bien constitué, âgé de cinquante ans, atteint de paralysie générale, et en même temps diabétique. En descendant de son lit, ce malade s'était froissé la partie postérieure de la cuisse et il en était résulté un abcès qui allait en augmentant. Une incision donna issue à un tissu cellulaire mortifié et à du pus; fièvre; langue sèche;

commun, et depuis celui-ci jusqu'à l'autre paront. Ainsi, deux frères sont au deuxième degré; l'oncle et le neveu sont au troisième degré; les cousins germains au quatrième; ainsi de suite.

Art. 161. En ligne directe, le mariage est prohibé entre tous les ascendants et descendants légitimes ou naturels, et les alliés dans la même ligne.

Art. 162. En ligne collatérale, le mariage est prohibé entre le frère et la sœur légitimes ou naturels, et les alliés au même degré.

Art. 163. Le mariage est encore prohibé entre l'oncle et la nièce, la tante et le neveu.

Art. 164. Néanmoins, il est loisible au Roi de lever, pour des causes graves, les prohibitions portées par l'article 162 aux mariages entre beaux-frères et belles-sœurs, et par l'article 163 aux mariages entre l'oncle et la nièce, la tante et le neveu.

Ajoutons que nos lois ont adopté des dispositions semblables à l'égard des membres de la famille d'adoption (Code civil, art. 343) et des alliés, mariages qui ne font pas partie de la question qui nous occupe.

En résumé, que nous montre l'étude de l'histoire, et quelles sont les lois que nous pouvons en déduire? *Les unions consanguines et l'instinct sexuel ont d'abord été sous la dépendance exclusive de la vie ou des intérêts de la famille, puis, la cité dominant de plus en plus, l'existence privée les a réglés; une religion tendant à devenir universelle les a ensuite plus intimement limités.*

Telles sont les transitions successives présentées par les unions consanguines dans l'évolution de l'humanité jusqu'au jour où notre législation moderne les a assujetties à certaines règles.

D^r LACASSAGNE.

bientôt un phlegmon gangréneux se montra au périnée. Le malade guérit de tout cela.

En juillet tout allait bien. Le 18 août, douleur dans le dos ; le médecin ne constata rien d'anormal ; cinq jours après, M. Blanche examine la colonne vertébrale et trouve une gibbosité. En septembre, M. Verneuil examine cette gibbosité qui correspondait, certainement, à l'écrasement de trois corps vertébraux ; phénomènes vagues de paralysie dans les jambes. A la fin de septembre, double congestion pulmonaire ; mort.

Pas de traces d'abcès ossifus. Le malade n'était pas scrofuleux. Le mal de Pott n'arrive pas à cet âge, et ne marche pas avec cette rapidité. S'agit-il d'une fracture pathologique de la colonne vertébrale ? Chez les ataxiques et les paralytiques généraux c'est surtout aux lombes qu'on rencontre ces fractures.

M. Houel. Ce fait s'éloigne des observations de M. Charcot par le siège ; en outre, chez les ataxiques, il s'agit plutôt d'une usure rapide des os que de fractures réelles.

M. Chauvel présente une pièce provenant d'un malade syphilitique. Le sujet entra au Val-de-Grâce avec une céphalalgie intense ; pas de fièvre, pas d'amaigrissement. Assouplissement continué, mais aucune paralysie. La région sourcilière gauche était tuméfiée, l'os était à nu et carié. Le malade mourut dans le coma.

A l'autopsie on trouva du pus sous les lobes frontaux ; la substance cérébrale était infiltrée et ramollie à ce niveau ; les méninges injectées et adhérentes. Sur l'os frontal, on constata les altérations de la carie ordinaire.

— Dans la précédente séance (*Gaz. heb.*, p. 653, col. 2, ligne 42), au lieu de M. Perrier lire M. Perrin.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 11 OCTOBRE 1876. — PRÉSIDENCE DE M. OULMONT.

EMPLOI DE L'EAU DE LAURIER-CERISE POUR LES INJECTIONS SCUTANÉES : N. LAILLER. — INJECTIONS INTRA-UTÉRINES ; APPAREIL DU DOCTEUR MENIÈRE (D'ANGERS) ; M. DEJARDIN-BEAUMETZ, C. PAUL. — ACIDE SALICYLIQUE ; SALICYLATES ALCALINS : M. MARTINEAU, BEAUMETZ, C. PAUL, FÉROL, BUQUOY, DELPECH, OULMONT.

La Société de thérapeutique a repris, le 11 octobre, le cours de ses séances. Elle a débuté par l'audition d'une note de M. Lailler, pharmacien de l'asile des aliénés de Quatre-Mares (près Rouen), sur l'emploi de l'eau distillée de laurier-cerise, pour les injections hypodermiques.

M. Lailler s'élève tout d'abord contre l'opinion émise à la Société de thérapeutique par M. Delieux de Savignac, séance du 28 juin (voy. *Gaz. heb.*). M. Delieux de Savignac regarde, en effet, l'eau de laurier-cerise comme très-irritante. Il s'appuie sur ce que dans certaines contrées, où il est d'usage populaire d'employer les compresses trempées dans l'eau de laurier-cerise contre la céphalalgie, on voit souvent des érythèmes et même des érysiplés résulter de l'emploi de ce moyen.

M. Lailler n'a pas vu depuis un an employer autre chose à l'asile de Quatre-Mares que l'eau de laurier-cerise comme véhicule des injections de morphine. Il n'a jamais vu survenir aucun accident. Ces injections ne sont pas, dit-il, plus douloureuses que celles qui seraient faites avec de l'eau distillée pure.

L'auteur ajoute que dans la confection des solutions il ne se sert que de l'eau de laurier titrée et préparée scrupuleusement suivant la formule du Codex.

Il a fait de nombreux essais comparatifs au point de vue de la durée de la conservation entre des solutions de chlorhydrate de morphine dans l'eau distillée simple, dans des hydrolats de roses, de menthe, d'ulmaire et de laurier-cerise ; toujours cette dernière solution s'est conservée le plus longtemps sans altération.

— M. Dujardin-Beaumetz présente, au nom de M. Menière (d'Angers), un instrument destiné à badigeonner l'intérieur

de la cavité utérine. L'auteur s'est proposé d'éviter le passage du liquide à travers les trompes. L'instrument se compose d'une canule et d'une seringue unies ensemble. Dans la canule glisse un petit pinceau creux qui communique avec la seringue ; une fois qu'on a franchi le col, on met le pinceau à découvert au moyen d'un mécanisme *ad hoc*, en même temps que, pressant sur la seringue, on remplit le pinceau de liquide.

L'auteur traite ainsi par les liquides modificateurs les métrites internes ; il emploie l'acide chlorhydrique, l'acide azotique, l'acide chromique dilué. Contre les granulations, il a abandonné la cirette et se sert de chlorure de zinc délaqué ; il injecte ensuite un liquide sulfuré qui détruit les propriétés caustiques de ce corps.

M. C. Paul rappelle l'analogie qui existe entre cet instrument et celui de M. Saint-Germain, qui se compose d'une canule munie de deux sondes dont l'une injecte le liquide médicamenteux et l'autre de l'eau.

— M. Martineau donne lecture d'un travail sur l'acide salicylique et le salicylate de chaux. Il s'est servi de l'acide salicylique pendant deux mois à l'hôpital de la Charité, et jusqu'ici il n'a pu constater aucun résultat sur la température ou sur le pouls. Dans un cas de fièvre typhoïde et deux cas de rhumatisme il n'a observé aucun phénomène, malgré une dose élevée. Le malade atteint de fièvre typhoïde en a pris 4 grammes, puis 7 grammes dissous par le citrate d'ammoniaque. La température est restée à 41 degrés, le pouls à 120. Les deux rhumatisants ont pris 1, 2, 3 grammes d'acide salicylique dans une potion sans aucun résultat ni sur la température, ni sur le pouls, ni sur la sécrétion urinaire.

M. Martineau s'est demandé si l'acide salicylique devait être prescrit pur ou à l'état de sel. Mais dans ce dernier cas il faudrait, ajoute-t-il, se rendre compte de l'action de la base. Il a donc entrepris des expériences sur l'action du citrate et du carbonate d'ammoniaque. Ces expériences feront l'objet d'un travail ultérieur.

La préparation à laquelle l'orateur semble s'arrêter aujourd'hui est le *salicylate de chaux*. Ce sel est facile à préparer. 100 grammes d'eau en dissolvent 4 grammes à froid. Il n'est pas soluble dans l'alcool. Sa saveur est sucrée. C'est un sel simple, facile à décomposer par l'estomac.

M. Dujardin-Beaumetz a essayé lui aussi l'acide salicylique et n'a jamais rien obtenu. Il reproche en outre à ce médicament d'avoir un goût épouvantable, âcre, irritant.

M. C. Paul ne veut rien préjuger sur l'effet produit. Il se borne à parler du mode d'administration. Pris par doses de 50 centigrammes en poudre, ce médicament lui a paru bien supporté. Il fait prendre ainsi 3 grammes par jour en huit paquets.

M. Férol se sert depuis plusieurs mois de salicylate d'ammoniaque dans le rhumatisme. Il a toujours vu ce médicament bien supporté. Sans vouloir encore rien affirmer, il dit qu'il lui a semblé que ce médicament calmait les douleurs des rhumatisants ; mais la température et le pouls ne lui ont pas semblés influencés non plus.

M. Buquoy n'a pas employé ce médicament. Mais il lui semble que les divergences d'opinion doivent tenir au mode d'emploi, qui a été différent. Il doute que l'estomac absorbe l'acide donné en poudre. Il serait nécessaire de s'assurer d'abord de l'absorption.

M. Beaumetz croit qu'il convient, en effet, d'essayer l'acide salicylique d'une part, les sels ammoniacaux de l'autre, car les sels d'ammoniaque ont une action réelle et même considérable dans le rhumatisme.

M. Férol a toujours vu échouer les sels d'ammoniaque.

M. Delpech fait remarquer que les salicylates alcalins ou calciques se supportent bien. Le salicylate de soude n'est pas désagréable. Il s'étonne qu'on scinde ainsi l'action des sels

d'acide salicylique. On n'emploie ni l'iode ni le brome purs, mais bien leurs sels, qui ont exactement la même action.

M. Oulmont se rappelle qu'à Bâle, où il a vu administrer le salicylate de soude, on le regardait comme un succédané du sulfate de quinine. On en donnait 4, 5 grammes. Avec ces doses massives, en trois heures, on disait observer un abaissement de température. A Paris, M. Oulmont a lui-même donné l'acide salicylique; il lui a paru irritant pour l'estomac. Il n'en a pas été de même du salicylate de soude. Ses résultats sur la fièvre lui ont paru tout différents de ceux qu'il a observés M. Martineau; son action lui a semblé brusque et rapide. Il a également constaté une action manifeste sur l'élément douleur. L'action ne lui a pas paru émulative. L'élimination lui a, au contraire, semblé être rapide; elle a lieu par les urines; il a, en outre, retrouvé l'acide dans la sérosité d'un vésicatoire.

A. B.

BIBLIOGRAPHIE

De la folie au point de vue philosophique ou plus spécialement psychologique, étudiée chez le malade et chez l'homme en santé, ouvrage couronné par l'Institut; par le docteur Prosper DESPINE. Paris, 1875. F. Savy.

« Si l'étude des aberrations des facultés intellectuelles, » dit M. le professeur Tardieu (*Etude médico-légale sur la folie*, Introd., p. 12), appartient à la fois au philosophe et au médecin, cette étude ne peut être fructueuse, pour l'un et pour l'autre, qu'à la condition de bien séparer le domaine de l'un, et de ne pas confondre les faits psychologiques avec les observations véritablement médicales. Ce n'est pas le secret de la pensée humaine, de son mécanisme que le médecin recherche et poursuit, mais bien les désordres de l'organe matériel qui est l'instrument de la pensée, et le dérangement des opérations psychologiques que cet organe doit accomplir. »

M. le docteur Despine ne méconnaît pas la nécessité de cette distinction entre le terrain réellement médical et le domaine exclusivement psychologique, mais il n'a pas pensé que ce dernier domaine dût être abandonné aux seuls philosophes, et il a cru, au contraire, avantageux de montrer quel parti pouvait tirer de sa culture un médecin psychologue. De là son traité: DE LA FOLIE AU POINT DE VUE PHILOSOPHIQUE OU PLUS SPÉCIALEMENT PSYCHOLOGIQUE ÉTUDIÉE CHEZ LE MALADE ET CHEZ L'HOMME EN SANTÉ. M. Despine, en entreprenant cette étude, avait, du reste, devant lui un puissant encouragement, car elle avait été mise au concours en 1867 par la section de philosophie de l'Académie des sciences morales et politiques; il était mieux qu'un autre préparé à traiter ce sujet, car il avait déjà écrit un traité de psychologie naturelle en trois forts volumes formant 1800 pages in-8°; enfin on ne saurait douter du mérite de son ouvrage, car il a eu l'honneur d'être couronné par l'Institut. Nous sommes donc en présence d'un livre sérieux à tous égards, écrit avec une conviction de plus honorables, et digne, par conséquent, de toute notre attention.

M. Despine ne saurait trouver étonnant que ses théories ne soient pas facilement accueillies par ceux qui consacrent leur temps et leurs études au traitement des aliénés; il a eu soin de prévenir lui-même les médecins aliénistes que, tout en admirant certains de leurs travaux, il se trouverait parfois en désaccord avec eux; mais que s'il combattait quelques-unes de leurs manières de voir, ce ne serait qu'au point de vue psychologique; il est facile de comprendre, réciproquement, qu'au point de vue de la pratique médicale les vues des médecins aliénistes s'éloignent plus ou moins des siennes.

Il semble pourtant, au début, que l'accord ne serait pas difficile. « Nous ne voulons pas, dit M. Despine, que

» la folie soit une maladie de l'esprit, que l'organisme ne soit » pour rien dans la folie; bien loin de là. Nous proclamons » hautement que la cause de la folie, partout où celle-ci se » rencontre, est organique, que cette cause est une activité » anormale du cerveau, organe auquel sont dévolues les » hautes fonctions de manifester l'esprit et ses facultés. » Mais cette cause organique de la folie, dont il reconnaît l'existence, il s'applique volontairement à la laisser en dehors du cercle de ses études, et il concentre toute son attention sur les effets, sur les phénomènes psychologiques pris en eux-mêmes, sur les seules manifestations psychiques isolées des facteurs qui les ont produits.

Par suite de cette exclusion volontaire, M. Despine arrive à ne voir dans la folie que l'*aveuglement moral à l'égard de la passion*, à perdre de vue le caractère essentiellement morbide des vésanies, et à trouver, comme le montre le titre de son ouvrage, la folie aussi fréquente chez l'homme sain que chez l'homme malade: est fou, pour lui, quiconque ne marche pas avec sang-froid et équilibre parfait dans le sentier étroit du calme inaltérable, de la raison sans défaillance, du bon sens imperturbable, de la moralité sans ombre.

Il est vrai qu'il ne confond nullement, comme on a l'habitude de le faire, la folie avec l'aliénation mentale; un petit nombre des aliénés seulement sont, d'après lui, atteints de folie, car il déclare cette dénomination inapplicable à tous ceux qui sont affectés de manie, de stupeur, d'idiotie et de démence. Réciproquement, le plus grand nombre des individus atteints, à ses yeux, de folie ne sont pas des aliénés pour cela.

Il est au moins un point de vue auquel nous serions tenté de nous féliciter de la manière dont M. Despine a compris son sujet; car c'est à cette conception que nous devons la partie, à notre avis, la plus intéressante de son livre, celle qu'il consacre à la prétendue folie de l'homme en santé.

Même sans partager les idées de l'auteur, on peut s'intéresser à la revue qu'il passe des aventureux, des défunts, des avarés, des prodiges, des collectionneurs, des ambitieux, des pessimistes, des exaltés, des viveurs, des contradictoires, des mécontents, des conspirateurs, des sectaires religieux, des gens à préjugés, des excentriques, des mystiques, des extatiques, des jaloux, des fanatiques. Nous ne pouvons, il est vrai, reconnaître dans ces pages une véritable clinique de maladies mentales, mais nous y voyons volontiers une galerie piquante et, au fond, assez inoffensive des travers d'esprit et des écarts de caractère qui sont l'un des apapages inséparables du genre humain. Mais quand elles sont appliquées aux criminels, les formules psychologiques de M. Despine acquièrent une tout autre importance sociale et elles doivent encore moins être acceptées sans discussion.

Ses longues dissertations sur les criminels peuvent se résumer en deux lignes: pour commettre un crime quelconque, il faut vraiment ne pas avoir de sens moral; quand on n'a pas de sens moral, on agit sans liberté et l'on ne peut être responsable.

Cette théorie nous paraît inacceptable d'une manière générale, et les exemples choisis par l'auteur pour nous prouver l'absence de sens moral et de liberté d'action, chez les criminels (page 586 et suivantes), sont loin de nous convaincre; le jeune ministre protestant qui, par de petites doses journalières de poison, unies à des caresses, se débarrasse de sa femme parce que la présence de celle-ci gêne ses autres amours, et l'assassin qui voulait bien tuer n'importe qui, à condition qu'on promet de bien le récompenser, nous semblent, l'un et l'autre, très-bien savoir ce qu'ils font, être parfaitement libres d'agir ou de ne pas agir, et ne pouvant en aucun cas prétendre qu'ils n'ont pas eu conscience de la criminalité de leurs actes.

Pour n'apprécier de semblables théories qu'au point de vue de la médecine légale appliquée aux aliénés, elles sont, à notre avis, on ne peut plus regrettables. En effet, sans

avoir aucune chance de faire accepter, par les magistrats, la doctrine de l'irresponsabilité de tous les criminels, elles les rendent beaucoup plus difficiles à convaincre de l'innocence des véritables aliénés, de ceux qui commettent un fait réputé erime ou délit sous l'influence d'un véritable délire intellectuel, ou d'une impulsion morbide réellement irrésistible. C'est à condition de ne pas obéir à une sorte de sentimentalité banale, de ne pas étendre à tous les méfaits les excuses tirées d'une psychologie ultra-philanthropique, en un mot de tracer une ligne de démarcation aussi nette que possible entre les criminels ordinaires et les véritables malades, que les médecins aliénistes peuvent acquérir assez d'autorité pour protéger efficacement ces derniers, auxquels les théories de M. Despine eurent risqué, croyons-nous, de faire beaucoup plus de mal que de bien.

Nos critiques, à eoup sûr, ne paraissent nullement exagérées si on les compare à celles qui ont été adressées à M. Despine par M. Franck, le savant rapporteur du concours ouvert devant l'Académie des sciences morales et politiques. Tout en proposant d'accorder à l'auteur une médaille de 1000 francs, M. Franck s'est élevé sévèrement contre les divisions psychologiques admises par lui, contre sa théorie du libre arbitre, contre l'embaras et l'obscurité de la définition qu'il en donne, et principalement contre l'application qu'il en fait à l'appréciation de la criminalité.

Il nous a paru nécessaire de signaler ces critiques pour montrer que l'Institut, tout en accordant une récompense à l'étude considérable et portant un cachet tout à fait personnel qui lui avait été soumis par M. Despine, n'avait pas sanctionné par là toutes ses conceptions psychologiques.

Il nous est beaucoup plus agréable de terminer en joignant nos modestes éloges à ceux que le rapporteur a justement décernés à M. Despine, en disant que son mémoire « est une œuvre considérable par son étendue, où la question, envisagée sous toutes ses faces, est traitée avec autorité, d'après une méthode scientifique et d'une manière intéressante, où le programme de l'Académie, loin d'être restreint, est agrandi sans être dénaturé, et sans rien perdre de son unité; où l'érudition la plus variée et la plus substantielle ne fait pas tort aux vues personnelles; où les faits, comme les idées, se pressent avec une remarquable abondance. »

Ajoutons que M. Despine montre à chaque page de son livre qu'il s'applique à étudier avec un soin égal les travaux des médecins aliénistes et ceux des philosophes, et qu'il est parfaitement au courant des publications relatives à la folie et à la psychologie parues jusque dans ces dernières années, non-seulement en France, mais aussi à l'étranger et plus spécialement en Angleterre.

A. FOVILLE.

VARIÉTÉS

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE, A PARIS. — *Amphithéâtre d'anatomie* (année 1876-1877). — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévénus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 6 novembre, à l'amphithéâtre de l'Administration, rue du Fer-à-Moulin, n° 17. Les cours auront lieu tous les jours, à quatre heures, dans l'ordre suivant :

1^o *Anatomie topographique* : M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques, les lundis et vendredis; 2^o *Anatomie descriptive* : M. N..., professeur, les lundis et jeudis; 3^o *Physiologie* : M. N..., professeur, les mercredis et samedis; 4^o *Histologie* : M. le docteur Grancher, chef du laboratoire, les mardis et samedis, à deux heures.

Le laboratoire d'histologie sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques, et le musée d'anatomie tous les jours, de une heure à quatre heures.

TOUJOURS LES SPIRITES. — L'affaire du docteur Lankester contre les docteurs spirites Slade et Simmons, dont nous avons déjà parlé, se poursuit devant le tribunal de Bow street à Londres. Le juge a entendu la déposition de M. Maskeyne, le célèbre prestidi-

giteur, qui a expliqué à la Cour les moyens dont les spirites se servent pour faire écrire sur leurs ardoises les prétendus esprits. Il a fort amusé l'auditoire lorsqu'il lui a montré comment MM. Slade et Simmons parviennent à écrire au-dessous de l'ardoise les mots : « Les esprits sont présents. » C'est en attachant au second doigt de la main droite un dé pourvu d'une pointe de crayon qu'un bout d'élastique permet de cacher à volonte dans la manche. Si l'on attaque les mains du médium, qui opère toujours dans une chambre où les lumières ont été préalablement éteintes, il s'en tire presque aussi adroitement en prenant le crayon dans sa bouche entre les dents. Après l'interrogatoire de M. Donkin, médecin de l'hôpital Westminster, l'affaire a été remise à huitaine.

COULEUR DES YEUX ET DES CHEVEUX CHEZ LES ALLEMANDS. — Toutes les écoles de Prusse ont eu récemment à faire le relevé des yeux noirs, bleus ou bruns de leurs enfants. Quelque temps après, le résultat de cette enquête anthropologique a été publié; il est, dans tous les cas, curieux, quoique peut-être il n'ait pas une grande valeur scientifique.

Le nombre des personnes qui ont été examinées en Prusse s'est élevé à 4 127 766, dont 4 070 923 au-dessous de l'âge de quatorze ans. Quant à la couleur des yeux, 42,97 pour 100 avaient les yeux bleus; 24,31 pour 100 les yeux bruns. (On ne dit rien des autres formant le dernier tiers : 32,72 pour 100; supposons des yeux de couleur indécise.)

Quant à la couleur des cheveux, 72 pour 100 avaient les cheveux blonds; 26 pour 100 les cheveux bruns, et 1,21 pour 100 les cheveux noirs.

Quant à la coloration de la peau en Prusse, 6,53 pour 100 avaient le teint brun. En Bavière, le teint brun est celui de 15 personnes sur 100; les cheveux noirs, de 5 pour 100; les cheveux bruns, de 45 pour 100; les cheveux blonds, de 54 pour 100.

Le rapport contient de curieuses observations : par exemple, près d'un tiers des enfants juifs sont blonds, ce qui, de prime abord, paraît surprenant et n'est pas conforme à ce qu'on croit généralement.

LÉÇON D'HONNEUR. — Est nommé au grade de chevalier, M. Onimus (Ernest-Nicolas-Joseph), docteur en médecine à Paris, membre du jury de l'exposition de Vienne en 1873. Services exceptionnels rendus en soignant avec dévouement, pendant son séjour à Vienne, les Français atteints du choléra.

NÉCROLOGIE. — Le corps médical vient d'avoir la douleur de perdre M. le docteur Delieux de Savignac, ancien médecin de la marine, qui pratiquait depuis quelques années à Paris. Il a succombé mercredi dernier à une maladie de cœur.

Les journaux ont annoncé que M. Charles Sainte-Claire Deville, géologue, membre de l'Académie des sciences, avait été mordu il y a un mois par un chien enragé, et avait succombé aux atteintes de la rage. C'est une erreur. Le savant académicien est mort d'une maladie chronique. C'est son frère Henri Sainte-Claire Deville qui a été mordu par un chien, mais un chien non enragé.

État sanitaire de Paris :

Du 6 au 12 octobre 1876, on a constaté 813 décès, savoir :

Variéole, 5. — Rougeole, 6. — Scarlatine, 4. — Fièvre typhoïde, 44. — Erysipèle, 9. — Bronchite aiguë, 26. — Pneumonie, 31. — Dysentérie, 1. — Diarrhée cholériforme des enfants, 17. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 14. — Group, 12. — Affections puerpérales, 8. — Autres affections aiguës, 245. — Affections chroniques, 342, dont 149 dus à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 38. — Causes accidentelles, 14.

SOMMAIRE. — HISTOIRE ET CRITIQUE. De l'empoisonnement par les chlamydomyces. — TRAVAUX ORIGINAUX. Clinique médicale : Observation de folie rhumatismale. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — Société de thérapeutique. — BIBLIOGRAPHIE. De la folie au point de vue philosophique ou plus spécialement psychologique, étudiée chez le malade et chez l'homme en santé. — VARIÉTÉS. — FUELLETON. Des unions consanguines dans l'antiquité et dans le temps moderne.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 26 octobre 1876.

SUR LA COLORATION FRAUDULEUSE DES VINS. — Académie de médecine : GASTROSTOMIE. — LES NOUVEAUX CENTRES UNIVERSITAIRES : MONTPELLIER ET TOULOUSE.

Sur la coloration frauduleuse des vins.

(Premier article.)

L'opinion publique a été vivement surexcitée depuis quelques semaines par des faits sur lesquels M. le professeur Ritter (de Nancy) a l'un des premiers appelé l'attention. Il s'agissait de mélanges nuisibles, quelquefois toxiques, introduits dans les vins livrés à la consommation ordinaire pour relever la couleur de ceux-ci et leur communiquer une apparence destinée à masquer dans une certaine mesure les défauts qui en rendaient la vente difficile. Ce fut à la suite de nombreux différends élevés entre les négociants de Nancy et les producteurs, qu'il fut décidé que M. Ritter, choisi comme expert, se décida à publier le résultat de ses travaux et de ses recherches, et à créer autour de cette importante question « de la coloration artificielle des vins » une agitation de laquelle découlera, nous n'en doutons pas, une réglementation nouvelle intéressante non-seulement pour le consommateur ordinaire, mais encore à un autre point de vue pour le médecin hygiéniste et pour le chimiste.

M. Ritter ne s'occupe que d'une seule matière colorante, la *fuchsine*, qui à la vérité sert de base à une foule de préparations vendues sous les divers noms de caramels, purpurine, colorine, etc., et dans lesquelles la couleur est mélangée à d'autres substances noires ou violettes dans le but de remédier à la teinte trop claire que possèdent les solutions de fuchsine pure. On sait que ce dernier produit est le résultat

de l'oxydation de deux alcalis organiques, l'aniline et la toluidine, qui proviennent tous deux de la distillation de la houille; il résulte de cette action un corps nouveau, auquel on a donné le nom de rosaniline, incolore lui-même, mais capable de se combiner aux acides tels que l'acide chlorhydrique, l'acide acétique, pour former des sels magnifiquement colorés qui constituent la fuchsine du commerce. Le composé qui sert à l'oxydation des bases ammoniacales est l'acide arsénique; celui-ci dans la réaction se transforme en acide arsénieux; malheureusement, et à cause même du mode de préparation, le produit final est à peu près toujours souillé par la présence de composés arsénicaux que l'analyse chimique permet de retrouver, principalement dans les résidus impurs de fabrication connus sous le nom de grenat, et qui, à cause de leur prix modique, sont plus spécialement employés par les fabricants de vins artificiels. A ces combinaisons arsénicales viennent encore s'ajouter les bases organiques, aniline, etc., dont les résidus sont incomplètement débarrassés et auxquels elles communiquent naturellement leurs propriétés toxiques particulières. Sur 7 vins fuchsinés examinés par M. Ritter, 2 seulement étaient exempts d'arsenic; nous avons nous-même fait plusieurs expériences sur divers échantillons de fuchsine que nous avons tous trouvés arsénicaux.

Que la fuchsine, du reste, soit absolument pure et ne contienne plus trace d'arsenic ou des alcalis dont elle dérive, son emploi pour la coloration des vins n'en doit pas moins être sévèrement prohibé. En effet, il est évident qu'on ne sert de cette substance que pour faire passer dans la consommation des vins d'une qualité inférieure à celle que les acheteurs comptent trouver, ou bien à masquer d'autres falsifications telles que l'addition d'eau alcoolisée, par exemple. Il convient encore de faire remarquer que les vins fuchsinés ne se conservent pas; ils déposent très-rapidement, contractent une odeur et un goût désagréables et deviennent au bout de peu de temps une cause de perte réelle pour les personnes qui les

FEUILLETON

Leçons sur l'hygiène et la prophylaxie des maladies vénériennes.

(Fin. — Voyez les numéros 29, 30, 32, 34, 36, 37, 39 et 40.)

Messieurs, nous allons clore aujourd'hui cette longue étude historique de la prophylaxie des maladies vénériennes. Nous avons vu ce qu'a été la préservation personnelle, généralisée par les anciens, spécialisée par les modernes; nous avons passé en revue les procédés de la préservation familiale; nous avons abordé enfin la prophylaxie sociale et nous avons examiné, dans la dernière leçon, l'action publique s'attaquant à l'une des sources principales du mal, à la prostitution. Sur ce terrain, négligé dans l'antiquité, je vous ai fait assister aux grands efforts accomplis dans les temps modernes. Aujourd'hui nous allons examiner quelques autres moyens par

lesquels la société cherche à se mettre en garde contre la tendance envahissante de ces maladies.

Nous savons quelles mesures ont été prises à l'égard des prostituées malades; voyons comment on a essayé de rendre moins dangereuses les autres victimes des maladies vénériennes.

En vertu de cet axiome, d'ailleurs excessif : « Morte la bête, mort le venin, » on peut dire que le moyen le plus sûr d'arrêter une maladie vénérienne, c'est de tuer les hommes qui en sont atteints. C'est la prophylaxie ancienne; c'est une prophylaxie judaïque. « Israël étant à Sittim fit fornication avec les filles de Moab. Car elles convièrent le peuple aux sacrifices de leurs dieux. » Vous savez ce qu'était ce culte de Baal où les idolâtres étaient des phallus, qui, d'après le Talmud, servaient à la déformation. J'ajoute que, pour leur malheur, les juifs n'étaient pas circoncis; la loi du Sinaï n'avait pas encore été appliquée. « Et Israël s'accomplit à Baal-Péor; c'est pourquoi la colère de l'Éternel s'alluma contre Israël. »

ont achetés. La recherche de la fuchsine dans le vin est heureusement une opération facile qui n'exige pour ainsi dire pas de connaissance chimique ni d'habitude des manipulations. M. Ritter a étudié avec soin les divers procédés recommandés; les critiques fondées dont la plupart sont l'objet les doivent faire rejeter *a priori*. Une seule méthode est très-bonne, c'est celle de M. Falières, avec de légères modifications apportées par M. le professeur Jacquemin; l'essai, qui peut être fait avec un outillage simple, est certainement à la portée des marchands de vin et des consommateurs.

Procédé Falières. — « On introduit 5 à 6 grammes de vin suspect dans un flacon ordinaire de 30 grammes de capacité; On ajoute 8 à 10 gouttes d'ammoniaque et l'on remplit le flacon aux trois quarts d'éther ordinaire des pharmacies. On agite vivement et l'on abandonne le mélange au repos pendant trois à quatre minutes; on décante une partie de cet éther dans un autre flacon et l'on ajoute de l'acide acétique jusqu'à réaction acide: si le vin contient de la fuchsine, on voit se former un fond une couche aqueuse plus ou moins colorée en rose. »

Procédé Falières modifié. — « On chauffe dans une capsule en porcelaine 100 à 200 centimètres cubes de vin, jusqu'à départ à peu près complet de l'alcool, puis on traite à froid par un excès d'ammoniaque (environ 20 cent. cubes), en ayant soin d'agiter vivement pour déterminer la solubilité de la fuchsine, et l'on agite de même avec de l'éther (environ 80 cent. cubes), qui dissout la fuchsine ammoniacale. Après avoir laissé écouler la couche liquide inférieure, on détruit par addition d'un peu d'eau l'état globulaire qui existe à la surface d'intersection, afin de déterminer nettement la séparation. La couche étherée est évaporée en présence de laine blanche à broder qui se teint en nuance fuchsine pure et caractéristique. On obtient de la sorte une *pièce à conviction*. »

Il résulte d'un très-grand nombre d'analyses exécutées récemment au Val-de-Grâce que le procédé Falières modifié par Jacquemin est d'une sensibilité exquise et donne des indications alors que les autres méthodes demeurent impuissantes.

On trouve très-nettement la fuchsine dans un vin en contenant 1 gramme pour 2000 litres, soit un deux-millionième, et l'on est loin encore de la limite de la réaction.

A une telle dose, la fuchsine, fût-elle vénéneuse comme l'est l'acide arsénieux, deviendrait aussi inoffensive qu'un liquide renfermant par litre une goutte de liqueur de Fowler.

Dans un grand nombre de cas, la fuchsine paraît provenir

de la malpropreté des tonneaux ayant contenu déjà des vins fuchsins.

Quelle conclusion pratique donner à des expertises de cette nature? Nous croyons qu'il faudrait établir une échelle colorimétrique (laine colorée) capable d'indiquer la proportion de matière colorante étrangère au delà de laquelle l'intention du vendeur ne pourrait plus être soupçonnée et qualifiée de frauduleuse.

Comme on le voit, chacun peut se tenir en garde contre des manœuvres de ce genre; cela est important, que l'on envisage la question en commerçant ou en hygiéniste. Les expériences exécutées par MM. Ritter et Fellz, contrairement toutefois à celles de MM. Clouet et Bergeron, démontrent que non-seulement la fuchsine arsenicale, mais encore la fuchsine pure, vénéneuses toutes deux, produisent des troubles de la santé.

Le travail de M. Ritter est l'œuvre d'un savant loyal et consciencieux. L'auteur compte sur le concours des négociants honnêtes, des chimistes, des médecins, sur celui de la presse politique et scientifique, pour amener la disparition d'une odieuse falsification. Si ce but est atteint, comme il faut l'espérer, M. Ritter aura rendu à tous un véritable service.

A. VIDAU.

Gastrotomie.

Nous appelons l'attention des chirurgiens sur l'intéressante communication faite à l'Académie par M. Verneuil sur une opération de gastrotomie, pratiquée sur un jeune homme de dix-sept ans, à la suite d'un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. L'observation n'ayant pas été lue *in extenso*, nous attendons de connaître mieux les détails du manuel opératoire, et nous signalerons seulement les résultats obtenus. Le malade était arrivé à un degré extrême d'amaigrissement; sa température était de 35 degrés et son poids au-dessous de 33 kilogrammes. Aussitôt après l'opération les forces reviennent, l'alimentation se fait sans difficultés par l'ouverture stomacale, et en moins de trois mois la guérison est complète et le malade a regagné près de 10 kilogrammes.

Nous ne nous arrêterons pas aux objections qui ont été faites à M. Verneuil au sujet du procédé opératoire. M. Colin voudrait substituer au procédé de Nélaton, mis en usage par M. Verneuil pour prévenir l'épanchement de liquide dans le péritoine, le procédé dont se servent les physiologistes pour

Ce fut la plaie de Baal Peor. Tandis que le peuple en pleurs était assemblé devant la porte du tabernacle pour implorer la miséricorde divine, un homme israélite nommé Zimri paraît dans le camp accompagné d'une fille madianite nommée Cozbi et l'entraîne sous sa tente. « Ce que voyant Phinéas, fils d'Eléazar, fils d'Aaron le sacrificateur, il se leva du milieu de l'assemblée et prit une javeline en sa main; et il entra après l'homme israélite dans sa tente, et il les transperça tous deux par le ventre, l'homme israélite et la femme; et la plaie fut arrêtée de dessus les enfants d'Israël. Or il y en eut vingt-quatre mille qui moururent de cette plaie. » L'Eternel ayant ordonné à Moïse de tirer vengeance des Madianites, il envoya contre eux mille guerriers de chaque tribu. L'armée israélite victorieuse tua tous les mâles et revint avec le butin, le bétail, les femmes et les enfants. Moïse, Eléazar et les principaux de l'assemblée s'avancèrent à la rencontre des vainqueurs. Mais Moïse se mit fort en colère contre les chefs. « N'avez-vous pas laissé vivre les

femmes? Ce sont elles qui, selon la parole de Balaam, ont été l'occasion du péché à Peor, ce qui attirait la plaie. Tuez donc maintenant toutes les femmes qui ont connu un homme; mais laissez vivre les vierges. » Ainsi Moïse sacrifia toute femme, non pas seulement malade, mais même suspecte; et elle était suspecte si elle avait eu commerce avec un homme du peuple infecté. De même, parmi les enfants d'Israël il avait tué tout homme suspect. Il avait dit aux juges: « Que chacun de vous fasse mourir les hommes qui sont à sa charge, qui se sont accouplés à Baal Peor. Vous le voyez, Messieurs, Moïse était un terrible hygiéniste; et l'opéra comme nous faisons aujourd'hui pour la peste bovine. Il ne se contentait pas de frapper de grands coups; il ne négligeait pas les précautions de détail. Il déclara impurs les douze mille qui avaient été châtiés les Madianites et avaient pu être sonillés par leur contact; il leur ordonna de demeurer sept jours hors du camp et de se purifier le troisième et le septième jour; leurs vêtements durent également être puri-

pratiquer les fistules gastriques. On sait qu'on emploie à cet effet une canule à double bord qui maintient une fistule permanente; mais, comme l'a fait remarquer M. Verneuil, on ne saurait comparer l'homme aux animaux, chez qui la gastrotomie ne produit que très-rarement des accidents. Le physiologiste opère sur des animaux sains, mais il n'en est pas de même chez l'homme.

La question sera reprise et la prochaine séance de l'Académie promet d'être très-intéressante; nous aurons alors, sans doute, l'occasion de revenir sur cet important sujet. La gastrotomie est une opération toute française, et nous sommes heureux de signaler les beaux résultats récemment obtenus dans la pratique chirurgicale de notre pays.

Les nouveaux centres universitaires: Montpellier et Toulouse.

Le récent voyage de M. le ministre de l'Instruction publique a vivement préoccupé un grand nombre de nos confrères de province. La presse et le public médical se sont émus de leurs espérances ou de leurs appréhensions. De Bordeaux, de Toulouse, de Montpellier surtout, nous recevons des renseignements qui nous permettent de dire quelques mots de ces graves problèmes que soulève la question de la réorganisation de l'enseignement médical supérieur. Nous n'avons point, en effet, à nous préoccuper des intérêts de l'École de Lyon. Depuis longtemps tous ceux qui s'intéressent à l'avenir des études médicales regrettent que Lyon n'ait point été, dès l'année 1871, dotée d'une Faculté de médecine. Il est, aujourd'hui, certain que l'École de cette ville sera très-prochainement convertie en Faculté, et nous ne doutons pas que celle-ci ne contribue pour une large part à rendre brillante et prospère l'Université lyonnaise. Il en sera, sans doute, de même à Bordeaux. Bien que les ressources cliniques et anatomiques y soient moindres, bien qu'à Bordeaux les traditions médicales et le haut enseignement soient moins florissants qu'à Lyon, les sacrifices auxquels a consenti, avec une si intelligente générosité, la municipalité bordelaise porteront certainement leurs fruits. Bien installée, richement dotée, la Faculté de médecine de cette ville pourra se bien recruter, retenir ou attirer un nombre d'élèves au moins suffisant; enfin, assurer à ses professeurs, non-seulement une situation matérielle convenable, mais encore toutes les facilités d'études et de

recherches que rendent nécessaires les progrès de la science moderne.

En ce qui concerne Toulouse et Montpellier, la question est plus délicate et plus difficile à juger. La Faculté de Montpellier jouit, à bon droit, d'une renommée que lui ont acquise plusieurs siècles de prospérité. Bien que très-pauvre en ressources anatomiques et cliniques, elle est installée de manière à répondre, d'une manière à peu près suffisante, aux nécessités de l'enseignement pratique. Sa bibliothèque est l'une des plus importantes de toutes les bibliothèques médicales de la France; son jardin des Plantes est très-bien installé dans le voisinage de la Faculté, et librement ouvert au zèle laborieux de tous les élèves. Ses hôpitaux, il faut bien le reconnaître, sont pauvrement dotés et les malades, assez mal couchés dans de vastes salles communiquant les unes avec les autres, n'y arrivent guère que lorsqu'ils y sont absolument forcés par la misère et n'y affluent jamais; les laboratoires et les salles de dissection laissent aussi à désirer; mais on arriverait aisément, et à peu de frais, à améliorer l'installation matérielle de ces divers services. Ce qui a fait, d'ailleurs, la gloire séculaire de la Faculté de Montpellier, c'est la tendance qu'elle a toujours montrée, par son enseignement, à rechercher dans l'antiquité les principes et les méthodes qui restent immuables, à s'efforcer de relier les traditions du passé aux découvertes de l'époque actuelle, à conserver le culte de la philosophie et de l'histoire de la médecine. En se plaçant exclusivement à ce point de vue, on ne saurait trop souhaiter que cette école jamais si prospère, aujourd'hui encore si facile à rendre de nouveau florissante, ne soit pas condamnée à succomber devant de trop puissantes rivaux. Les derniers professeurs nommés à Montpellier sont des savants distingués, très au courant de tous les progrès de la science moderne; parmi leurs anciens maîtres nous pourrions, si les questions de personnes devaient être ici soulevées, citer plus d'un nom devenu célèbre. Si donc Montpellier a eu le tort, il y a cinq années à peine, de protester contre la création d'une Faculté à Lyon, et de soutenir que deux facultés seulement suffiraient pour répandre l'instruction médicale dans les conditions les plus satisfaisantes, quelques-uns des arguments qu'elle faisait valoir en 1871 peuvent être opposés aujourd'hui à ceux qui songent à fonder à Toulouse un centre universitaire en y créant une Faculté de médecine.

Mais, de son côté, la ville de Toulouse ne se préoccupant pas de toutes ces questions, est allée droit au but. Elle pos-

fiés par l'eau et tous les objets de peau, de poils de chèvre ou de bois qu'ils avaient apportés. Eléazar ajouta : « Passez au feu tout objet d'or, d'argent, d'airain, de fer, d'étain, de plomb, et purifiez par l'eau ce qui ne supporte pas le feu. »

Voilà une prophylaxie énergique, radicale, complète; elle a été efficace. Des mesures analogues, aussi énergiques, mais illusoires, ont été prises lors de l'apparition de la syphilis. Vous connaissez l'arrêt du Parlement de Paris du 6 mars 1496 (nous dirions aujourd'hui 1497) (1), portant règlement sur le fait des malades de la grosse vérole; je veux vous en citer quelques articles :

« Premièrement sera fait cry publicque de par le Roi, que tous malades de ceste maladie de grosse verole estrangiers tant hommes que femmes, qui n'estoient demourans et residents en ceste ville de Paris, alors que ladite maladie les a

pris, vingt et quatre heures aprez ledit cry fait, s'envoient et partent hors de ceste dite ville de Paris es pays et lieux dont ils sont natifs, ou là où ils faisoient leur résidence, quand ceste maladie les a prins, ou ailleurs où bon leur semblera, sur peine de la hart. Et à ce que plus facilement ils puissent partir, se retirent es portes Saint Denys et Saint Jacques, où ils trouveront gens députez, lesquels leur délivreront à chacun quatre sols parisis, en prenant leur non par escript, et leur faisant défenses sur la peine que dessus de non reutrer on ceste Ville, jusques à ce qu'ils soient entièrement garis de ceste maladie.

» Item. Que tous les malades de ceste maladie, estant de ceste Ville, ou qui estoient residents et demourans en ceste Ville, alors que ladite maladie leur a prins, tant hommes que femmes, qui avont puissance de eulx retirer en maisons, se retirent dedans lesdites vingt et quatre heures, sans plus aller par la Ville, de jour ou de nuit, sur ladite peine de la hart : Et lesquels ainsi retirez de leurs dites maisons, s'ils

(1) L'année commença à Pâques et non à la Circoncision, comme cela a été dit b) en 1503 par un édit de Charles IX. Pâques tombant le 26 mars, l'arrêt en question a été pris soixante-six jours après le 31 décembre 1496.

sède déjà trois facultés; son École de médecine est assez prospère. Pour la convertir en faculté, il faut plusieurs millions. Ces millions, le Conseil municipal de Toulouse s'est empressé de les voter et il vient de les offrir au ministre de l'Instruction publique en lui promettant de faire tous les sacrifices utiles à la grandeur et à la prospérité de l'Université de Toulouse. Ces offres généreuses peuvent-elles être déclinées; le ministre de l'Instruction publique pourra-t-il répondre aux intentions si libérales de la ville de Toulouse en lui refusant l'autorisation qu'elle sollicite? Nous n'essayerons pas de répondre à ces questions; d'autant plus que nous ne connaissons pas encore les offres de Montpellier, qu'on nous déclare sinon aussi larges, du moins très-satisfaisantes. Nous ne saurions cependant ne pas maintenir aujourd'hui ce que nous disions récemment au sujet de la création des facultés libres. Trop multiplier les centres universitaires, c'est risquer d'affaiblir l'enseignement médical supérieur. Le voisinage de Paris n'aura peut-être déjà à la Faculté de Lille; on sait que la Faculté de Nancy ne parvient qu'avec peine à retenir un petit nombre d'élèves distingués. Si l'on peut croire à la prospérité de Bordeaux, et surtout de Lyon, il est bien difficile de comprendre que la Faculté de Toulouse puisse recruter ses élèves sans nuire aux Facultés de Montpellier et de Bordeaux. Les trois Facultés du Midi ne réuniront, dès lors, que très-difficilement un nombre d'auditeurs suffisant pour exciter le zèle de leurs professeurs et maintenir à un degré élevé le niveau des études. De ces trois facultés, la plus compromise sera certainement celle de Montpellier, et nous le regretterons sincèrement. A notre sens, il n'y aurait pas lieu de prendre un parti immédiat. S'il est vrai qu'il serait imprudent de répondre tout de suite, par une fin de non-recevoir, aux propositions des municipalités jalouses de seconder les efforts d'un ministre dont nous ne saurions trop louer l'initiative et le dévouement aux intérêts universitaires, comme, d'autre part, le recrutement des professeurs est au moins aussi difficile que celui des élèves, il y aurait intérêt peut-être à se borner, pour le moment, à la création des Facultés de Lyon, puis de Bordeaux, sauf à autoriser plus tard la fondation d'un centre universitaire — on à Montpellier, en ajoutant à ses établissements actuels d'enseignement une Faculté de droit, — ou à Toulouse, en la dotant d'une Faculté de médecine. Nous pensons, en résumé, qu'il serait utile d'attendre que Lyon et Bordeaux aient répondu, par leur influence et les succès de leurs élèves aux louables efforts du ministère de l'Instruction publique et aux généreux sacrifices

des municipalités. Peut-être à cette époque les circonstances seront-elles de nature à mieux éclairer l'administration sur le partage à faire entre les autres villes des faveurs universitaires.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale

SUR UN PROCÉDÉ DE CONTENTION D'UN ANÉVRYSME DE LA CROSSE DE L'AORTE FAISANT SAILLIE A L'EXTÉRIEUR; ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT ET MÊME DIMINUTION DE LA TUMEUR PENDANT SEPT MOIS; MORT SUBITE SANS QU'IL Y AIT EU RUPTURE DE LA TUMEUR DANS SA PORTION EXTÉRIÈURE, C'EST-À-DIRE DANS SA PORTION PROTÉGÉE, par le docteur LELON, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Obs. — M. B..., âgé d'une quarantaine d'années, vint à ma consultation le 11 juin 1875. Il se plaignait d'oppression et de douleurs vagues dans l'omoplate droite; en avant et à gauche le malade n'accusait aucune douleur. Après un examen cependant minutieux, l'absence de signes physiques me força à admettre une intégrité au moins apparente des organes extérieurs. Je me rattachai à l'idée de douleurs névralgiques, et je fis une prescription dans ce sens. La nature nerveuse et impressionnable du sujet semblait autoriser une semblable supposition. Le malade avait déjà consulté M. le professeur Dolbeau, qui ne paraissait pas, au dire de M. B..., s'être prononcé davantage, car il avait passé l'hydrothérapie, et, en raison d'une ancienne syphilis, avait prescrit l'iodure de potassium.

Je perdis de vue le malade pendant quelque temps. Il revint me consulter au bout de deux mois, le 3 août, et m'apprit qu'il s'était de nouveau présenté à la consultation de M. Dolbeau, parce que subitement, en juillet, il s'était formé une tumeur pulsatile sur le côté droit du sternum. M. Dolbeau lui avait dit qu'il s'agissait d'une tumeur variqueuse, et avait prescrit de la glace sur la tumeur et des granules de digitaline. Je constatai, en effet, près du bord droit du sternum, une tumeur encore peu volumineuse, sans frémissement ni soufflé, douée d'un mouvement d'expansion et agitée de pulsations isochrones avec les battements cardiaques. Cette tumeur avait soulevé le deuxième espace intercostal droit, en détruisant la seconde côte ou plutôt le second cartilage costal et le bord droit correspondant du sternum. Elle se rapportait évidemment à un anévrisme de la crosse aortique voisin de l'origine du tronc brachio-céphalique; le pouls radial droit était du reste moins marqué que le gauche.

Je conservai l'expression dont s'était servi M. Dolbeau; je cherchai à rassurer le malade et l'engageai à suivre l'ordonnance qui lui avait été faite. M. B... alla se fixer à Nogent-sur-Marne. Pendant quelque temps il négligea la prescription, faute de glace, et la tumeur continua de faire des progrès; puis, sur le conseil de M. le docteur Delteil (de Nogent) une consultation eut lieu avec M. le professeur Verneuil.

Il fut décidé, à la date du 3 septembre, qu'on ferait sur la tumeur

vont povres et indigents pourront se recommander aux curés et marregiers des paroisses dont ils seront, pour estre recommandez, et sans ce qu'ils partent de leurs dites maisons, leur sera pourveu de vivres convenables.

» *Item.* Tous autres povres malades de ceste dite Ville, hommes qui avont prins icelle maladie, en lieux résidants, demourants ou servants en ceste ville, qui ne avont puissance de eulx retirer en maison dedans les vingt et quatre heures aprez le cry fait, sur ladite peine de la hart, se rieront à Saint Germain des Prez, pour estre et demourer es maisons et lieux qui leur seront baillez et delivrez par les gens et deputez à ce faire, ausquels lieux durant ladite Maladie, leur sera pourveu de vivres et autres choses à eulx nécessaires, et ausquels l'on défend sur ladite peine de la hart de non rentrer en cestedite Ville de Paris, jusques à ce que ils soient entièrement garis de ladite Maladie.

» *Item.* Apres ledit cry mis à execution soient ordonnez gens par lesdits Prevost et Eschevins, lesquels se tiendront

aux Portes de ceste Ville de Paris, pour garder et defendre qu'aucuns Malades de ceste Maladie ne entre apertement ou secretement en cestedite Ville de Paris. »

Ce sont là des dispositions dont la rigueur ne peut s'expliquer que par la grande terreur qu'inspirait le mal nouveau, et telles qu'on n'en a pris qu'exceptionnellement pendant les grandes épidémies de peste. Vous y trouvez l'institution du cordon sanitaire, l'expulsion des malades étrangers, la séquestration des malades de la ville; enfin la pendaison comme garantie de la scrupuleuse exécution de ces prescriptions. Cet arrêté a pourtant été inefficace. Il en devait être ainsi. Les gens de l'Évêque et du Prévôt se bornaient à séquestrer ou à expulser les malades qui se déclaraient ou qui étaient dénoncés par le cri public; ils ne se livraient à aucune perquisition; l'interdiction de rentrer dans la ville cessait au moment de la guérison, mais on ignorait que ces guérisons étaient fragiles; enfin l'autorité fut bientôt submergée par le nombre croissant des malades. La situation violente créée

trois applications de glace de 4 heures chacune par 24 heures, à l'aide d'une vessie de caoutchouc de chez Galante; que, suivant les indications, on administrerait des granules de cyngosse ou des granules de digitaline; que l'iodure de potassium serait donné à doses progressives, en commençant par 50 centigrammes; que le malade éprouverait toute excitation, tout effort, toute impression morale, et veillerait à la régularité des garde-robes; en outre, comme à la région sternale il était survenu un peu de rougeur et d'œdème qu'on attribuait à un début de périostite, on aurait recouru à des applications émollientes et narcotiques, compresses d'infusion de sucre, cataplasmes légers et pommade belladonnée.

On permit à M. B... de revenir à Paris, à la condition qu'il s'occuperait très-peu de ses affaires.

A son retour, le malade me pria de surveiller le traitement qui lui avait été conseillé. La glace fut entretenue sur la tumeur avec persévérance; la digitaline, mal supportée, émit l'occasion de troubles digestifs, et le pouls se maintenait à 96-100 degrés. Je la remplaçai par 1 gramme de bromure de potassium matin et soir.

La tumeur cependant continua à grossir lentement et atteignit le volume d'un petit œuf, mais sa consistance était plus ferme. La peau était manifestement amincie et lisse par le fait de sa distension. On n'entendait toujours aucun souffle. Le malade se plaignait de douleurs vagues dans la poitrine, principalement au-devant du sternum et en arrière au niveau des premières vertèbres dorsales et du côté gauche. L'amaigrissement se prononçait, bien que l'appétit fut conservé malgré un sommeil irrégulier.

Ce fut dans ces conditions que, vers la fin de septembre, une douleur et une rougeur diffuse commencent à se manifester sur le bord latéral gauche du sternum, au même niveau que la tumeur du bord opposé. Améliorés d'abord par de petits cataplasmes tièdes, ces phénomènes inflammatoires persistèrent, et dans les premiers jours d'octobre je vis se dessiner aux mêmes points une saillie légère qui s'était fait pressentir par des pulsations isochrones aux battements de la première tumeur. Je ne doutai pas qu'il n'y eût là une extension et une dépendance de la poche anévrysmale du côté opposé. Le moral du malade ayant hésité d'être relevé, et ma responsabilité étant lourde à supporter, je proposai une consultation avec M. le professeur Broca.

Le jour de la consultation, 9 octobre, M. B... se plaignit d'une plus grande oppression, et à la percussion et à l'auscultation je constatai l'existence d'une pleurésie de la base gauche au début : matité, égophonie, souffle doux. M. le docteur Broca porta nécessairement le pronostic le plus grave, et, en raison de la distension et de l'amaigrissement croissants de la peau, pensa à une terminaison rapide par rupture extérieure. Il me conseilla de renoncer à la glace, surtout en raison de la complication inflammatoire, prescrivit une saignée de 200 à 300 grammes et recommanda de supprimer complètement le sel marin de l'alimentation, pour favoriser la formation de caillots dans la tumeur.

La saignée fournit un sang noir, épais, se prenant rapidement en masse; mais la pleurésie persistant au même degré, je fis appliquer, le 11 octobre, un premier vésicatoire volant, et deux jours après j'ordonnai une infusion de 1 gramme de feuilles de digitale, à prendre par cuillerées, et des pilules d'extrait thébaïque (5 centigrammes en 4 pilules) contre la toux et l'insomnie. Le pouls se maintenait à 92-96.

par cet arrêté prouve que, dans l'opinion des hommes de cette époque, on était en présence d'une pestilence passagère comme les autres épidémies; sans quoi on n'aurait pas pris tant de mal pour purger Paris si, au lendemain de ce merveilleux résultat, on avait dû voir la maladie importée à nouveau par les habitants des pays qui ne se seraient pas soumis à cette sévère réglementation.

Le vice radical de toute tentative de ce genre, c'est l'impossibilité où se trouve la société de faire subir à tous les citoyens indistinctement une inquisition corporelle. Ne pouvant atteindre les particuliers, elle a dû se borner à surveiller les individus agglomérés qui se trouvent placés immédiatement sous son autorité. C'est qu'elle a fait pour la prostitution, elle l'a entrepris pour l'armée. On a voulu mieux faire : on ne s'est pas contenté de rechercher les vénériens pour les isoler et les guérir, on a prétendu interdire la vérole. Par ordonnance royale du 2 mai 1781, « Sa Majesté, jugeant qu'il est de sa justice et même de sa bonté de prévenir, par la

De nouveaux vésicatoires furent appliqués successivement dans le courant du mois d'octobre, et le 25 le pouls descendit pour la première fois à 81; un peu de souffle et un peu d'égophonie persistaient dans le cou inférieur.

Qu'étaient devenues les tumeurs pendant cette période? La première n'avait pas sensiblement augmenté de volume; elle avait conservé sa fermeté, et la peau n'avait pas paru s'amincir davantage. En revanche, la seconde s'était nettement développée et faisait une saillie très-visible, pulsatile et douloureuse. La faiblesse du malade avait été grande, ce qui ne m'engageait pas à une nouvelle saignée; cependant vers la fin d'octobre l'amélioration survenait dans la pleurésie rendait l'état général moins mauvais.

C'est alors que, voulant tenter de mettre un terme à l'extension fatale des tumeurs, je m'adressai au collodion riciné dans le but de former à leur surface une sorte de cuirasse protectrice et défensive, élastique, exerçant une compression égale, n'irritant la peau en aucune manière, d'une application et d'un enlèvement faciles, ce qui me permettrait de surveiller les tumeurs et l'état de la peau qui les recouvrait.

Je commençai par la petite tumeur le 27 octobre. Je fis d'abord une légère couche qui fut bien supportée et ne rendit pas la grosse tumeur plus douloureuse. Deux jours après je badigeonnai la grosse tumeur à son tour, et les jours suivants, la tolérance persistant, je renforçai successivement la première couche par de nouveaux badigeonnages, de manière à obtenir, le 4 novembre, une couche de collodion comparable à un carton très-mince, se moulant sur les deux tumeurs.

Le 6 novembre, je décollai facilement les cuirasses et je constatai que la peau était saine et que les tumeurs, surtout la grosse, avaient manifestement diminué de volume. Le pouls était à 85. La pleurésie avait nécessité un nouveau vésicatoire; mais le malade, dont le moral était meilleur, était assez bien pour que je pusse lui permettre de se lever pour la première fois et de s'asseoir dans un fauteuil.

A partir de ce moment, j'entretins sur les deux tumeurs une couche épaisse et continuelle de collodion. Le mois de novembre se passa en essais de différentes compositions du collodion employé, faites par M. Catillon, pharmacien à Paris. Celui du Codex ne m'a donné que de mauvais résultats : son adhérence à la peau n'est pas suffisante, et il ne peut former une couche solide et épaisse. Voici la formule du collodion que j'ai toujours employé depuis; elle m'a été communiquée par M. Catillon :

℞ Pyroxyline.....	8
Ether.....	100
Alcool.....	33
Huile de ricin.....	8

A la fin du mois de novembre il était manifeste que le retrait des tumeurs avait graduellement continué. Dans les premiers jours de décembre, la première tumeur avait diminué de près d'un quart, pour ne rien exagérer. La peau, n'étant plus soumise à la même distension, n'avait plus cet aspect lisse et aminci qu'elle offrait un mois auparavant. Quant à la petite tumeur, elle était, le 13 décembre, complètement effacée; elle n'a pas reparu depuis. A la place qu'elle avait occupée le doigt seul faisait reconnaître une pulsation faible et profonde. La peau ne présentait plus aucune trace inflammatoire.

crainte d'une punition, les maux que pourrait produire sur les hroupes l'exès du libertinage, vu que tout soldat qui aura été traité trois fois d'une maladie vénérienne quelconque soit condamné à servir deux ans au delà de son engagement. » Cette pratique absurde s'est perpétuée en s'adoucissant. Il n'y a pas bien longtemps encore, la salle de police attendait le vénérien à sa sortie de l'hôpital. Ces punitions avaient pour effet de pousser le soldat à dissimuler un mal qui s'aggravait, et dont la durée plus longue créait un plus grand danger de contagion. On a heureusement substitué à ces moyens répressifs l'usage de visites sanitaires régulières, et l'on punit seulement les hommes qui n'ont pas déclaré une maladie tardivement révélée par l'inspection. Ce ne sont pas seulement les soldats; les marins, les prisonniers, les ouvriers des ateliers de l'Etat sont soumis à ces visites sanitaires.

On ne s'est pas arrêté là; on a prétendu obliger le soldat à dénoncer la femme qui l'avait infecté afin de communiquer

Après bien des alternatives dues à la pleurésie, sur lesquelles je n'insiste pas, et qui se prolongèrent dans le courant du mois de janvier 1876, l'état général s'était amélioré; l'appétit se soutenait; le sel était toujours banni de l'alimentation. Le malade avait pu s'occuper d'affaires et écrire des lettres. Le poulx, sur lequel le bromure de potassium paraissait être le médicament qui eût le plus d'influence, était descendu le 1^{er} janvier à 76. Mais ce ne fut que dans le courant de février que les soins persévérants donnés à la pleurésie en triomphèrent définitivement.

Je n'ai pas besoin de dire que je fis continuer avec la même persévérance les badigeonnages de collodion sur la première tumeur. Après quelques alternatives d'augmentation et de diminution qui paraissaient dues à l'état nerveux du malade, elle continua à diminuer, mais d'une manière moins rapidement sensible, dans les mois de mars et d'avril. Elle ne représentait plus que les deux tiers environ de son volume primitif. M. B... sortait une ou deux fois par semaine à dater du commencement de mai, descendant et remontant cinq étages sans trop d'oppression.

Dans les premiers jours de mai, onze mois après notre première entrevue, il vint à ma consultation m'annoncer son départ prochain pour la campagne. Il retourna, en effet, à Nogent, et vint une fois par semaine à Paris pour ses affaires. Je le revis encore à ma consultation le 30 mai; il était fatigué et je l'engageai à ne pas abuser de son amélioration et à suspendre ses voyages à Paris. La respiration s'entendait de nouveau moins nettement à la base gauche. La tumeur était à peu près stationnaire.

Au commencement de juin, il mourut subitement pendant la nuit. L'autopsie n'a pas été faite, et je n'ai appris qu'une chose, c'est qu'il n'y avait pas eu de rupture extérieure.

Quelques jours avant son départ pour la campagne, il avait rendu visite à M. le professeur Broca pour lui faire part de l'amélioration de sa santé et lui demander son avis sur l'adjonction à son traitement de l'application des courants continus. M. le docteur Broca put constater alors les bons effets du procédé de coercition et de compression mis en usage, et voulut bien par lettre me donner une pleine et entière approbation; mais quant à l'emploi de l'électricité, il prévint le malade de la nécessité où il serait de supprimer alors la cuirasse de collodion, qui jouerait le rôle d'un corps isolant. Homme instruit et au courant des sciences physiques, M. B... comprit parfaitement cet obstacle; mais il se serait probablement décidé à faire l'essai de cette méthode, si la mort n'était venue le surprendre au moment où renaissait son espérance à la vie.

Cette observation n'a d'autre prétention que de faire connaître un moyen purement palliatif, qui, appliqué à temps, au début même de la tumeur anévrysmale, aortique ou autre, pourrait rendre quelques services, surtout quand il s'agit d'une affection en présence de laquelle la thérapeutique reste si souvent désarmée. Il permettrait en tout cas de s'opposer à une extension extérieure de la tumeur, en attendant qu'on eût décidé la méthode curative qui pourrait lui convenir.

à la police des indications capables de diriger ses recherches. Détestable au point de vue de la moralité, cette mesure a été absolument illusoire. Le soldat a toujours répugné à cette délation. Cette injonction lui servait de prétexte à de mauvaises plaisanteries; tantôt il lançait les agents sur de fausses pistes; tantôt même il poussait l'impudence jusqu'à accuser des Femmes que leur situation mettait le mieux à l'abri du soupçon.

Ce n'est pas seulement aux soldats, aux marins, aux ouvriers des grands ateliers de l'Etat qu'on a voulu imposer la visite corporelle; on a proposé de l'appliquer aux individus inculpés de vagabondage. L'administration n'a pas cédé à l'entraînement; si elle a le droit de faire visiter les prisonniers condamnés qui restent sous son action et qui, en lui imposant une responsabilité, lui créent un droit de tutelle, elle a compris qu'elle n'était pas autorisée à agir de même à l'égard des inculpés. On a demandé également qu'une mesure, à laquelle sont assujettis les marins de l'Etat, fût

Clinique chirurgicale.

PARALYSIE COMPLÈTE ET DOULOUREUSE DU TRIJUMEAU; TROUBLES TROPHIQUES GRAVES ET PÉRIODIQUES, par H. COURSSERANT, ancien chef de clinique du docteur Sichel, et Gaston DECAISNE, interne du service (hôpital de la Charité, service de M. le professeur Trélat).

Les fonctions multiples du trijumeau ont de tout temps attiré l'attention des physiologistes et des médecins. Dans ces dernières années, les premiers ont institué des expériences variées pour mettre en évidence l'action de ce nerf sur la nutrition des différents organes auxquels il se distribue; les seconds ont publié nombre d'observations dans lesquelles des troubles trophiques étaient signalés à la suite des lésions de cette paire nerveuse. Nous avons eu la bonne fortune d'observer un cas de paralysie complète du trijumeau accompagnée de manifestations curieuses et insolites du côté de l'appareil de la vision. La maladie qui fait le sujet de cette étude étant encore dans le service, nous nous bornons aujourd'hui à la relation des phénomènes qui se sont passés sous nos yeux, en nous réservant d'y joindre plus tard les remarques et les réflexions qu'un examen ultérieur pourra nous suggérer.

Ons. — Adèle M..., blanchisseuse, âgée de cinquante ans, se trouble le 13 novembre 1875 à la consultation pour de légers troubles visuels périodiques du côté droit. Interrogée sur ses antécédents, elle nous fournit les renseignements suivants : Elle a eu trois enfants et une fausse couche, une énérite il y a quelques années et des fièvres intermittentes à l'âge de treize ans. Bien réglée depuis sa quatorzième année, elle cesse brusquement de voir en janvier 1875. Trois mois après, la moitié droite de la face se tuméfie d'une manière notable et devient le siège d'alternatives de chaleur et de froid souvent très-dououreuses, principalement dans la région sous-orbitaire. Dès ce moment la maladie constate également une diminution persistante de la sensibilité de toute cette région. Elle appelle à cette époque (avril 1875) un médecin de la ville, qui prescrit, paraît-il, un traitement à l'iode et de potassium, lequel est continué pendant les six mois et demi qui précèdent son entrée à la Charité. C'est pendant cette période qu'éclatent les premiers troubles du côté de la vision, troubles que la maladie caractérise sous la forme de *brouillards* souvent assez épais, apparaissant brusquement pour disparaître de même, sans jamais laisser de traces visibles pour elle ou pour les personnes de son entourage. Enfin, dernier détail important, elle est prise dans les premiers jours de novembre, au milieu d'une promenade, d'une faiblesse subite, sans perte de connaissance toutefois. Relevée dans la rue, elle resta pendant deux heures sans pouvoir articuler une seule parole. Ses idées étaient parfaitement nettes, mais elle ne pouvait les exprimer que par signes. Il lui fut absolument impossible de donner l'adresse de sa fille, chez laquelle elle voulait se

rendue obligatoire pour les hommes de la marine marchande, pour les nationaux et pour les étrangers; que les matelots ne fussent autorisés à débarquer que sur une attestation du médecin du bord ou d'un officier de la Santé. Engagé dans cette voie, on devait réclamer aussi la visite des passagers. On va loin, vous le voyez, quand on légifère dans son cabinet en ne tenant compte que des préoccupations de l'hygiène, quand on fait abstraction des intérêts et des besoins commerciaux aussi respectables que ceux de la santé publique. Qu'on essaie une seule fois d'appliquer une semblable mesure à l'arrivée d'un seul bateau de Douvres à Calais; vous pouvez être assurés que, pour bien des années, le transit se fera par Ostende. On pourrait admettre à la rigueur qu'un pareil système de quarantaine fût adopté par un pays isolé et pur jusque-là de toute affection vénérienne; mais les Etats continentaux largement accessibles par la voie de terre et qui n'ont rien à envier à leurs voisins au point de vue sanitaire peuvent sans inconvénient échanger leurs vénériens. La

rendre. Ce trouble singulier se dissipa peu à peu en une demi-journée; puis les choses revinrent à l'état normal.

Tels sont les renseignements que la femme M... nous a fournis sur les phénomènes qui se sont produits chez elle avant le mois de novembre.

Voici maintenant les particularités qu'elle présentait le jour de son entrée dans le service (13 novembre 1875) : Du côté de l'œil droit, léger trouble diffus des lames les plus superficielles de la cornée, qui ne présente plus son brillant accoutumé; insensibilité absolue de cette membrane. Légère hyperémie conjonctivale, sans injection du cercle périkératique. Sensibilité également abolie dans toute l'étendue de la muqueuse. Sécrétion des larmes notablement diminuée. Teinte grisâtre de l'iris. Pupille régulière mais se dilatant péniblement sous l'influence de l'atropine. Tension du globe diminuée. Champ visuel normal : la malade lit facilement à un pied le n° 3 de l'échelle de Scellen. L'examen ophtalmoscopique permet de constater une intégrité parfaite de tous les milieux et membranes profondes de l'œil, sans peut-être une légère dilatation des veines rétiniennes. L'orbiculaire, le releveur de la paupière et les muscles moteurs de l'œil ne sont nullement atteints. Anesthésie absolue des téguments et des muqueuses innervés par le trijumeau droit. Anosmie marquée du côté droit. Les mouvements de déviation, de propulsion et de constriction de la mâchoire sont les derniers impossibles, les derniers très-limités.

En présence de ces symptômes, on diagnostique une paralysie complète de la cinquième paire du côté droit, et, bien que la malade paraisse indenne de syphilis, on institue dès le premier jour un traitement spécifique.

Le 18 novembre, on place un petit vésicatoire sur la région sus-orbitaire.

Le 19, la sérosité fournie par le vésicatoire a coulé dans l'œil. Des ulcérations multiples se sont produites sur la cornée; toute la partie supérieure de cette membrane est le siège d'un pointillé ulcéraire superficiel, tandis que le centre est creusé d'une vaste ulcération dont le fond atteint les couches profondes de la cornée. La paupière supérieure est tuméfiée. La malade n'a pas conscience de ces accidents. On prescrit des instillations répétées d'un collaire à l'atropine, en même temps qu'on exerce sur l'œil une compression permanente.

Le 20, les ulcérations de la partie supérieure de la cornée n'ont pas changé d'aspect; mais celle du centre a gagné en profondeur. Même traitement.

Le 21, même état. Même traitement.

Le 23, les ulcérations, moins celle du centre, marchent vers la réparation.

Le 24, le pointillé ulcéraire a complètement disparu; seule, la perte de substance centrale existe encore, mais bien moins profonde.

Du 24 novembre au 8 décembre, l'état précédent ne se modifie nullement.

Le 9 décembre, l'ulcération centrale est réparée, mais dans tous les points occupés primitivement par les ulcérations pointillées apparaît du jour au lendemain une teinte mate, d'une couleur *purpurée à fusil* tout à fait caractéristique.

Le 15, la cornée est aussi nette que celle de l'œil sain, mais elle a perdu son brillant.

Ajoutons ici que depuis trois semaines M. Neumann a soumis la malade à l'action des courants continus pour combattre les douleurs vives qu'elle éprouvait dans toute la moitié droite de la face.

Jusqu'au 22 décembre, il ne se manifeste rien de nouveau du côté de l'œil; mais la sensibilité commença à reparaitre dans la joue.

Le 23, de gros vaisseaux tortueux apparaissent dans l'épiscière, près du bord externe de la cornée.

Le 1^{er} janvier 1876 ces vaisseaux épiscériens se sont accentués, et l'on peut remarquer un petit infarctus hémorragique tout près de la cornée même.

Le 7, la cornée, dans toute sa partie inféro-externe, prend une teinte grisâtre à maximum d'intensité près du petit foyer hémorragique que nous avons signalé plus haut. M. Trélat compare heureusement toute cette zone à une surface dépolie qu'on aurait frottée avec un papier de verre fin.

Le 8, une petite mortification s'est produite au niveau de l'aile droite du nez. L'aspect vitreux de la cornée s'accroît. Toute la zone envahie s'entoure d'un sillou ulcéraire profond, bien plus marqué à la partie externe. Le centre de cette mortification prend un aspect plus foncé, et il s'y forme une véritable petite escarre. L'iris est terne, tonneux; la pupille se resserre malgré l'emploi réitéré de l'atropine. Le globe devient plus mou et toute la moitié droite de la face est bouffie et vivement colorée.

Le 12, la mortification cornéenne s'accroît; la teinte gris-foncé gagne toute la partie malade, mais le processus n'atteint pas encore le centre de la cornée. Les parties saines de cette membrane n'offrent pas d'altération, si ce n'est une perte de son brillant accoutumé, perte qu'elle a présentée depuis le premier examen et qui est due probablement à l'insuffisance de la sécrétion lacrymale, qui a toujours été diminuée, ou peut-être à la qualité de cette sécrétion.

Le 14, la nécrose de la cornée fait des progrès. La conjonctive oculo-palpébrale est desséchée. Le globe, encore plus mou au toucher, présente un volume moindre que celui du côté opposé. Lorsqu'on fait regarder la malade fortement en bas, le segment supéro-externe de l'œil se présente avec une légère tendance staphyloptotique. Il existe en outre des douleurs profondes très-vives.

Le 18, sous l'influence de la faradisation, qui n'a jamais été abandonnée, la malade affirme que la sensibilité revient manifestement dans la joue droite; mais les régions périorbitaire et palpébrale sont toujours insensibles au toucher et au pincement, tout en continuant à être le siège de douleurs spontanées très-vives. L'anesthésie s'étend à la partie antérieure du cuir chevelu du côté droit. On pratique sur les régions douloureuses de fréquentes onctions avec l'onguent napolitain.

Le 21, la teinte de l'iris est de plus en plus terne et sale; son tissu devient encore plus tonneux. La pupille se resserre toujours. Le globe est entièrement sec. Rien de nouveau du côté de la cornée, dont l'état reste stationnaire.

Cette situation se maintient jusqu'à la fin de février. A ce moment la cornée devient le siège d'un travail de réparation vraiment surprenant : toutes les parties atteintes s'éclaircissent en quelques jours; le sillou ulcéraire se répare; un seul point reste trouble et névralgique. L'état de la sensibilité cutanée ne présente pas de modifications notables.

Vers le milieu de mars, la malade est prise subitement, sans

système prohibitif n'est donc pas admissible; la visite n'est acceptable que lorsqu'elle peut avoir pour conséquence pratique l'isolement des individus reconnus malades et leur traitement à l'hôpital.

Ainsi pratiquée, la visite atteint des foyers importants de maladies vénériennes; mais elle laisse de côté le foyer le plus important de ces affections. *C'est tout le monde*, qui a plus d'esprit que Voltaire, compte aussi plus de vénériens que la prostitution, l'armée et la marine. Or la société ne peut étendre sur tout le monde son action hygiénique. Pour les individus isolés, elle ne peut agir que par persuasion, en faisant comprendre la nécessité d'un traitement et en rendant les moyens de traitement facilement accessibles à tous. Pour atteindre ce résultat, il reste bien des préjugés à redresser. Il faut que l'on s'habitue à accueillir les vénériens au lieu de les fuir, il faut qu'on leur soit secourable et bienveillant comme on doit l'être pour tous les malades; il faut que le sentiment d'une misère à soulager fasse oublier les circon-

stances dans lesquelles le mal a été contracté. Ce sera déjà chose difficile que de faire pénétrer cette réforme dans les mœurs publiques; mais ce sera encore insuffisant : il faudra l'introduire dans les institutions d'assistance où elle devrait être depuis longtemps. Il faut que l'admission dans les hôpitaux soit de droit pour les vénériens comme pour tous les autres malades; il faut que les administrations hospitalières ou charitables, répudiant des traditions sauvages, cessent de faire entre les malades une distinction qui n'est rien moins que charitable et qu'elles se décident enfin à soigner ceux qui souffrent sans demander d'où vient leur mal. On devrait dans les établissements d'assistance bannir cette dénomination de vénériens, ou, si on la conserve, accorder à ceux qu'elle désigne une situation privilégiée. Ce n'est pas affaire de sentiment; c'est l'intérêt social bien entendu. La société a tout avantage à recueillir, à isoler et à guérir un malade qui abandonné à lui-même crée un danger perpétuel d'infection. Je voudrais donc que, à Paris, les vénériens fussent dispensés

cause appréciable, d'un érysipèle de la face. La poussée débute par le côté droit pour s'étendre ensuite à gauche; elle ne dure d'ailleurs pas plus de trois jours, bien que pendant ce court espace de temps la température se soit élevée jusqu'à 40 et 41 degrés.

Pendant cet état grave de maladie, l'œil n'est pas influencé d'une manière fâcheuse. La sensibilité réapparaît au niveau de la moitié droite du menton; mais l'anesthésie persiste dans les parties supérieures.

Ce premier érysipèle a présenté cette particularité qu'il était accompagné de larges phlyctènes disséminées çà et là sur toutes les parties atteintes. Les urines ne contenaient ni albumine, ni sucre.

Avril et mai. — Rien de particulier, si ce n'est des douleurs périorbitaires qui s'accroissent de temps à autre et contre lesquelles on emploie l'onguent napolitain combiné avec l'électricité.

Juin. — Dans les premiers jours de ce mois, nouvel érysipèle de la face, débutant encore par le côté droit. Fièvre ardente pendant huit jours. Envahissement du cuir chevelu; marche régulière d'ailleurs. Guérison sans complications. On note encore de nombreuses phlyctènes.

Le 25 juin, après trois jours de violentes douleurs périorbitaires, nouvelle poussée érysipélateuse présentant encore le caractère phlycténulaire. Cette poussée avait été précédée pendant quelques jours de bouffées de chaleur et de rougeurs insolites et subites de la face, qui se reproduisaient tous les soirs pour disparaître rapidement.

Aucune complication ne survient d'ailleurs, bien que la température s'élève parfois au-dessus de 40 degrés. Au bout de huit jours tout est terminé.

A la suite de cet érysipèle, les troubles cornéens reprennent avec intensité dans les points où ils s'étaient localisés dès le début. L'état général n'est d'ailleurs pas mauvais. Il semble que la sensibilité ait fait des progrès au niveau de la moitié droite du menton et de la joue, mais l'anesthésie persiste dans les régions sus- et sous-orbitaire et dans la moitié droite et antérieure du cuir chevelu.

Juillet. — La sensibilité continue à revenir. La malade est toujours sujette à des bouffées de chaleur qui s'accompagnent de gonflement du nez et de la joue.

État de la malade au commencement d'août : Sécheresse très-grande de la conjonctive oculo-palpébrale. Iris ternie. Pupille étroite, sans synéchies. Humeur aqueuse limpide. La sécrétion de la glande lacrymale ne paraît pas sérieusement atteinte, car la femme M... qui se tourmente d'un état qui dure depuis si longtemps, pleure souvent, ce qui, selon nous, n'est pas défavorable à la nutrition si compromise de la cornée. Nous devons dire cependant que la fossette lacrymale paraît légèrement déprimée à droite et que la portion accessoire de la glande est manifestement plus petite que celle du côté opposé. La partie pseudo-nécrosée de la cornée n'a pas changé d'aspect: pourtant, après les irradiations douloureuses de la face, elle semble s'éclaircir légèrement pour redevenir opaque lorsque celles-ci ont disparu.

Quant à la sensibilité cutanée, les contacts sont légèrement perçus dans la moitié droite de la face, excepté au niveau du globe oculaire et des régions sus-orbitaire et frontale. Les lèvres, la paupière supérieure et le nez sont le siège d'une tuméfaction

notable qui a effacé les rides et les plis. Ces mêmes points sont en vahis par un engourdissement manifeste, et à chaque instant apparaissent sur les téguments des rougeurs subites qui disparaissent au bout de quelques minutes. Ces bouffées, comme dit la malade, sont très-bien perçues par elle et s'accompagnent d'élanements douloureux. En général pourtant ses souffrances sont modérées. Les mouvements de diduction de la mâchoire sont possibles. La propulsion est nulle et la mastication est toujours gênée par un affaiblissement évident des muscles qui concourent au rapprochement des maxillaires. Les dents ne sont pas altérées. La muqueuse buccale est toujours insensible à droite. Les cheveux sont plus blancs et plus rares à droite qu'à gauche; ils sont en même temps plus roides et cassants. Léger prolapsus de la paupière supérieure, mais pas de paralysie du releveur ni de l'orbiculaire. L'état général reste bon.

Depuis le mois d'août, aucun accident nouveau n'est survenu. L'emploi de l'électricité, momentanément interrompu, a été repris et continué chaque jour. La malade paraît s'en bien trouver, et l'anesthésie continue à diminuer graduellement, mais très-lentement. Quant à l'état de l'œil, il est demeuré stationnaire.

C'est ici que s'arrête pour le moment notre observation, déjà fort longue, mais que nous avons cru devoir rapporter dans tous ses détails. Il s'agit là, en effet, d'un cas qui est loin d'être ordinaire. Ces alternatives de destruction et de réparation de la cornée; ces érysipèles successifs survenant avec toutes les apparences de la spontanéité, constituent un ensemble pathologique dont il n'existe guère d'exemples. Comment interpréter ces phénomènes étranges? C'est ce que nous essayerons de faire ultérieurement.

CORRESPONDANCE

Sur la dépopulation en France. — Mortalité des enfants.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

L'émotion causée par les documents cités par M. de Laverge, la discussion encore pendante à l'Académie de médecine et les appréciations de la GAZETTE HEBDOMADAIRE (p. 610 et 611) m'engagent à vous adresser quelques réflexions sur les causes qui peuvent amener la dépopulation de la France et compromettre l'avenir de notre pays. Je ne considérerai, d'ailleurs, que la ville de Rouen, ville essentiellement industrielle où le mouvement de la population, surtout dans les faubourgs, est si considérable et où les générations se succèdent les unes aux autres avec une étonnante rapidité.

La preuve de l'effrayante mortalité des nouveau-nés n'est plus à établir. Tous les corps savants ont élevé la voix et fourni tous les arguments désirables à ce sujet. Quelques réformes, à la vérité, ont été opérées, d'autres s'opèrent actuellement, mais combien encore reste-t-il à faire!

Avec raison, on a crié contre l'allaitement par les nourrices, et

des six mois de résidence exigés des malades qui sont admis gratuitement dans les hôpitaux; l'administration étant pour cette circonstance, comme pour les cas d'urgence ou d'utilité publique, autorisée à se faire indemniser des frais de traitement par la commune qui est le lieu du domicile, ou par le département, ou par l'État. La grande objection qu'on a fait valoir contre ce système, c'est que Paris deviendrait le rendez-vous commun de tous les vénériens attirés autant par le renom des médecins que par la facilité exceptionnelle de l'admission à l'hôpital. Mais où serait le mal, si Paris ne reçoit ces vénériens que pour les isoler et les guérir, et si la ville se fait rembourser par les départements d'origine le prix des journées de séjour?

Au lieu de cela, on relève les vénériens dans un hôpital spécial où beaucoup de malades, même sans être délicats, répugnent à se faire admettre, dans un hôpital dont le renom et la destination exclusive trahissent un secret qu'il n'appartient qu'au malade de divulguer et que l'administration

doit garder aussi scrupuleusement que les médecins dont elle utilise le concours. C'est une longue et douloureuse odyssée que celle d'un vénérien, ignorant des formalités, qui veut obtenir un lit à l'hôpital. Il s'est vainement présenté dans un hôpital ordinaire; il se rend au refuge commun, au bureau central d'admission; là, on lui indique l'hôpital du Midi où il devra se rendre le lendemain matin. Si l'affluence des malades est trop considérable il devra attendre plusieurs jours et se présenter de nouveau chaque matin. Réfléchissez, Messieurs, que ces déplacements inutiles, que ces longues courses, qui l'obligent souvent à traverser Paris dans toute sa largeur, sont imposés à un homme qui porte un bubon suppuré et qui voit avec envie admettre, à sa place et sans difficulté, un individu atteint de ganglion sous-maxillaire. Son malheur, à lui, c'est que son ganglion siège à l'aîne.

Encore, à Paris, la situation du vénérien est enviable; mais en province !... La plupart des hôpitaux, même de villes importantes, ont dans leurs statuts des dispositions qui

bientôt, grâce aux efforts persistants du médecin, il y a lieu d'espérer que peu de mères, parmi les classes aisées, consentiront à confier encore leurs enfants à des mains mercenaires. Mais souvent aussi, soit pour cause de santé, soit pour tout autre motif, la mère se trouve dans l'impossibilité d'allaiter son enfant, et est obligée de recourir à l'allaitement artificiel. L'allaitement artificiel, grosse question, tout au moins à l'origine du jour, et pourtant question bien simple, bien naturelle, suivant nous.

La mortalité des enfants dans la classe ouvrière, disais-je au Conseil d'hygiène, il y a deux ans, reste considérable en dépit des efforts du corps médical. Une des causes principales, la seule peut-être de cette mortalité, est le mode vicieux de l'alimentation du nouveau-né. Ce ne sort ni le dévotisme, ni le cœur qui manquent chez les femmes ouvrières; elles aussi, autant que les classes privilégiées, aiment leurs enfants; ce qui leur fait défaut, c'est la connaissance, ce sont les conseils et l'enseignement de l'hygiène, en un mot, c'est la direction médicale.

L'Assemblée législative s'est émue de cet état de choses, et a voté tout récemment une loi de surveillance sur les nourrissons. Reste l'application des moyens de réforme à opérer. A qui est confiée cette surveillance? A des hommes dignes d'estime assurément, et pleins de bon vouloir, mais complètement étrangers aux besoins médicaux. On a dit, écrit et répété, que si les mères allaient leurs enfants, la mortalité de ces derniers diminuerait considérablement. Je le veux bien, mais là n'est pas le vice principal.

J'en parle de *visu*: Si nos législateurs pénétraient avec nous dans ces maisons ouvrières où habitent parfois cinq, six et sept familles, toutes chargées d'enfants, quel ne serait pas leur étonnement d'entendre les mères nous dire: « Mon enfant déprimé, vomit et a la diarrhée: Je ne lui donne cependant et ne lui ai jamais donné que de l'eau de gomme; celle-ci du gruau; celle-là de l'orge mondé. Et lorsqu'on début il m'arrivait de manifester mon étonnement: « Donnez donc du lait! m'écriais-je. — Du lait, mon enfant ne peut le supporter, c'est trop lourd, etc., etc. »

Je ne saurais trop le répéter: Que le lait de la mère, qui sera toujours préférable, soit remplacé par du bon lait de vache, naturel, non frotté; que les nourrices perdent cette néfaste et stupide habitude qui, pour elles toutes, est la règle, loin d'être l'exception, et qui consiste à nourrir les nouveau-nés tantôt par de l'eau de gomme, de gruau, de l'orge ou des panades; tantôt au contraire par des soupes trop épaisses et indigestes; qu'une hygiène bien entendue, la propreté, l'aération, viennent en aide, et une nouvelle génération grandira, plus nombreuse et plus valide. En ce qui me concerne, je me suis efforcé de répandre ces données dans les classes ouvrières, et je serais heureux de voir les commissions d'hygiène organiser une ou deux fois par an, dans les centres manufacturiers, des causeries, lectures ou semblables conférences; pourquoi ne ferait-on pas pour les enfants ce qu'on fait pour les engrais domestiques?

Le lait, m'écrivait tout récemment un de mes confrères distingués, M. Auger, le lait qui entre pour une si large part dans l'alimentation du nouveau-né, continue à être l'objet d'une fraude coupable, ainsi que le constatent de nombreux procès faits aux délinquants. Le contrôle de cette denrée, qui est en vigueur dans les villes, est nul dans les campagnes. Il serait à désirer que

chaque mairie fût dotée d'un pèse-lait, et que très-souvent le lait fût examiné.

Ce qu'il faut dire, c'est qu'à Rouen le contrôle du lait est loin d'être suffisant, et nous le répéterons sans cesse: la mortalité des nouveau-nés tient surtout à l'insuffisance et à la falsification du lait: ici éréché, là additionné d'eau, ou, ce qui est plus dangereux, mêlé de substances éthylogènes, il n'est jamais livré à la consommation à l'état de pureté.

Dans certains squares de l'Angleterre, on voit paître des vaches amonées là pour les besoins des bébés, et pouvant leur fournir, à la réquisition des nourrices, une nourriture saine et réparatrice. Je regrette que cette habitude n'ait point encore pris racine parmi nous, et j'irai plus loin. Je voudrais voir chaque bureau de bienfaisance doté d'une ou plusieurs vaches, aux mamelles desquelles les enfants pauvres du quartier pourraient venir deux fois par jour, suivant rémunération ou même gratuitement, puiser largement une nourriture qu'ils ne trouvent nulle part ailleurs.

Une autre cause de la mortalité des nouveau-nés, et qu'il faut signaler hardiment, résulte des soins thérapeutiques qui leur sont donnés. Je m'explique: à Rouen, non moins qu'à Paris, un très-grand nombre d'enfants succombent à cet ensemble de symptômes si bien décrits et groupés sous le nom d'athripsie, par M. Yarrot. A mon avis, la médication des enfants en bas âge, jusqu'à et même après la dentition, et à moins d'indications formelles, doit être nulle ou à peu près. Si le système de M. Magne doit être rejeté comme inapplicable et par trop fantaisiste, il n'en est pas moins vrai que l'enfant nouveau-né ressemble sous beaucoup de rapports au jeune animal, et que l'hygiène des deux êtres est souvent semblable. Comme pour l'animal, le régime de l'enfant doit être naturel, et à cette condition on ne devra avoir recours que très-rarement à la médication. En pareil cas, je préfère m'en tenir à une hygiène bien entendue, et j'arrive ainsi le plus souvent à prévenir cet état d'athripsie qui, une fois produit, ne pourra plus naturellement céder qu'à un traitement approprié. Qu'arrive-t-il le plus souvent? Je parle toujours des classes ouvrières. Dès la plus légère indisposition, l'enfant est conduit à l'officine des pharmaciens (certains d'entre eux jouissent sous ce rapport d'une renommée inconnue par les plus doctes et les plus répandus d'entre nous), lesquels s'empressent de faire supprimer le lait et de le remplacer par une série de potions et de breuvages, toujours inutiles, souvent dangereux. Alors aussi les purgatifs entrent en jeu, calmel et autres, jusqu'à ce que épuisement complet s'en suive, et que, prévoyant une mort prochaine et inévitable, la mère ou la nourrice s'adresse enfin au médecin, dans la crainte que celui-ci ne refuse un certificat de décès.

Qu'on le sache bien, cette médication des enfants en bas âge, non-seulement par les pharmaciens diplômés, mais encore par leurs élèves et leurs aides, est des plus préjudiciables, et devient une cause puissante de mortalité.

J'en dirai autant des sages-femmes, et tant qu'une loi sévère et très-généreusement appliquée ne viendra pas mettre un frein à ces abus, les enfants mourront par centaines. Je passe sous silence les rebouteurs et les sorciers. Ceux-là, au moins, se contentent le plus souvent de prières et d'attouchements. Pour ma part, je déplore amèrement cette ingérence des pharmaciens, sachant, par expérience, combien est difficile et délicate cette direction médi-

excluent les maladies vénériennes. Presque partout, des administrateurs dont on ne saurait trop louer l'abnégation, l'indépendance et les bonnes intentions, mais que guide trop souvent un souci mal entendu des intérêts de la moralité, tiennent la main à la stricte observance des règlements. Alors, repoussé partout, le vénérien va où l'appellent les annonces affichées sur tous les murs, dans ces officines où il devient la proie d'un pharmacien rapace et ignorant.

Une telle situation est plus qu'un malheur et un scandale; elle crée un danger public. On n'y peut remédier qu'en facilitant aux vénériens l'accès des hôpitaux. Je ne m'arrête pas à l'objection déduite de la lettre des statuts. Si l'intention des fondateurs de ces maisons doit être respectée, si le patrimoine légué par eux ne doit pas être détourné de l'objet auquel la volonté du testateur l'a affecté, les municipalités peuvent lever tous les scrupules des commissions administratives par des allocations spéciales. Au surplus, l'Etat n'est pas sans action sur ces administrations. On a bien su les

dépoigner légalement en les contraignant par voie de décret à transformer, au mépris des statuts, leurs propriétés en valeurs mobilières; il faudrait un effort moins violent pour les déterminer à accueillir les vénériens.

L'accès des hôpitaux libéralement ouvert aux vénériens, telle est la solution la plus désirable au point de vue de la prophylaxie sociale, car le malade sortira guéri de l'hôpital, et pendant toute la durée du traitement il cesse d'être dangereux. Mais beaucoup de malades ne réclameront pas leur admission: une absence de quelques semaines pourrait compromettre leur situation; il faut au moins les mettre en état d'obtenir une guérison rapide; il faut créer pour eux, ce qui n'existe pas, des consultations nombreuses, à des heures dilatoires, où les médicaments soient distribués gratuitement.

Il est une autre réforme dont il vous appartient d'être les apôtres: les sociétés de secours mutuels excluent toute du bénéfice de la mutualité les malades atteints d'affections vénériennes: ils se voient obligés alors de dissimuler leur mal,

cale des nouveau-nés. Il serait aussi à désirer que les écoles de province, à l'instar de ce qui a lieu à Paris et dans les Facultés, instituent réellement un ou plusieurs cours des maladies de l'enfance, et que les élèves, futurs officiers de santé, y apprennent théoriquement et cliniquement la physiologie et la pathologie de l'enfance. De la sorte, ils connaîtraient mieux et plus vite ces affections qu'ils vont bientôt rencontrer à chaque pas dans leur clientèle; et je pourrais citer telle école préparatoire où ces leçons manquent complètement.

En résumé, cette mortalité, cause principale de la dépopulation, tient surtout à la falsification du lait, et à l'hygiène mal comprise, mal dirigée des nouveau-nés.

Ch. DESHAYES,

Médecin adjoint des hôpitaux de Rouen.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

Rien de médical dans la séance du 16 octobre de l'Académie des sciences.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 24 OCTOBRE 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. CHATIN.

L'Académie reçoit : De la part de M. le ministre de la guerre, un exemplaire du troisième volume du RECUEIL DE MÉMOIRES SUR LA MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. — De la part de M. le ministre de l'Agriculture et du Commerce : a. Le tableau des vaccinations pratiquées en 1875 dans les départements du Doubs, de la Saône-Inférieure et de la Manche. (Commission de vaccine.) — b. Le rapport sur les épidémies qui ont régné en 1875 dans le territoire de Bellort. (Commission des épidémies.) — c. Des rapports sur les eaux minérales de Gréoux (Basses-Alpes), d'Annemasse-Koutin, d'Amalbre et du Cayla. (Commission des eaux minérales.) — d. Une douane formée par M. Arnaud, à l'effet d'obtenir l'autorisation d'exploiter l'établissement thermal de Lamotte-les-Bains. (Même commission.)

M. le docteur Marquet adresse à l'Académie deux observations de fértatologie. M. le docteur Dubert adresse à l'Académie un mémoire manuscrit sur la mortalité du premier âge.

REMÈDES SECRETS ET NOUVEAUX. — M. Personne donne lecture, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, de plusieurs rapports dont les conclusions sont adoptées par l'Académie.

ACCIDENTS DE CHASSE. — M. Galezowski lit un travail sur les accidents de chasse qui amènent une perte de la vue et un affaiblissement considérable de cet organe. C'est dans les premiers deux mois après l'ouverture de la chasse que les accidents sont les plus fréquents, et il a eu l'occasion de soigner dans ce court espace de temps de 15 à 30 cas.

Le grain de plomb peut entrer à travers la cornée et s'arrêter

dans le cristallin : il y a alors une cataracte que l'on extrait avec le corps étranger.

Dans d'autres cas plus fréquents, au contraire, le projectile s'introduit dans le corps vitré à travers la partie antérieure de la sclérotique. Il en résulte un épanchement de sang plus ou moins abondant, sans ou avec décollement de la rétine. La guérison est obtenue lorsque le corps étranger se trouve enclavé dans une exsudation et que le reste du fond de l'œil s'éclaircit. Malheureusement il arrive bien plus souvent que, par suite du décollement de la rétine, l'œil se perd.

Pour prévenir ces accidents, M. Galezowski propose de se servir à la chasse de lunettes en cristal de roche en forme de coquille, ou en verre trempé. Les expériences qu'il a établies sur ces sortes de lunettes démontrent que le projectile ricochet sur la lunette et l'œil est préservé. Deux chasseurs qui ont porté ces lunettes ont reçu de légères blessures superficielles, mais le projectile n'est pas entré dans l'œil.

GASTROSTOMIE. — M. Verneuil présente quelques considérations sur une opération de gastrostomie qu'il a récemment pratiquée à la suite d'un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. Cette observation sera communiquée *in extenso* dans la prochaine séance et insérée dans le BULLETIN.

Il s'agit d'un jeune homme de dix-sept ans qui avait avalé par mégarde une solution de potasse caustique. Une œsophagite aiguë se déclara, et au bout d'une quinzaine de jours, lorsque le malade voulut se remettre à manger, il éprouva de grandes difficultés pour avaler. Le cathétérisme de l'œsophage permettait de reconnaître un rétrécissement à 7 centimètres environ au-dessous de l'orifice supérieur de l'œsophage, c'est-à-dire en un point tel que l'œsophagotomie externe était impossible.

Le rétrécissement était infranchissable et par suite l'alimentation impossible. Le 16 juillet le malade ne pesait plus que 33 kilogrammes et sa température était de 35 degrés. Il fallait donc agir.

M. Verneuil fit, au-dessous du rebord des fausses côtes, à gauche, à quatre travers de doigt de la ligne médiane, une incision de 6 centimètres. L'estomac fut facilement découvert et fixé aux parois externes par le procédé de Nélaton. L'organe ne fut ouvert que par une petite incision, car il ne fallait, en effet, qu'une très-petite ouverture pour l'introduction des aliments. Les suites de l'opération ne présentèrent rien de remarquable. L'enfant est aujourd'hui bien rétabli et pèse 42 kilogrammes : il a donc gagné 9 kilogrammes depuis l'opération.

M. Larrey rappelle les opérations de gastrostomie antérieurement pratiquées et pense qu'il serait convenable de faire connaître à M. Sédillot les détails qui se rapportent à l'opération pratiquée par M. Verneuil.

de recourir à un médecin étranger, et gardent à leur charge tous les frais du traitement. Beaucoup, considérant l'entreprise comme trop onéreuse, attendent une guérison spontanée et laissent leur mal s'éterniser. Les médecins de ces sociétés parviendraient peut-être à faire comprendre aux conseils d'administration les graves inconvénients de cette disposition statutaire, et une modification qui ferait disparaître l'exception concernant les maladies produites par la débauche trouverait sans doute des avocats capables de triompher des résistances opposées par l'autorité préfectorale.

De même, les grandes sociétés industrielles, les compagnies de chemins de fer, par exemple, qui accordent à leurs employés malades les soins médicaux, les médicaments et une indemnité pécuniaire pour chaque journée d'incapacité de travail, excluent de ce bénéfice ceux qui sont atteints de maladies vénériennes. Je ne sais sur quelle économie comptent ces compagnies, mais je sais qu'elles n'arrivent pas par ce moyen à augmenter la moralité de leurs ouvriers; je sais

qu'elles compromettent leur santé en les obligeant à cacher leur mal et à le traiter d'une façon irrégulière; je sais qu'elles créent ainsi un danger social; je sais qu'elles portent atteinte à la confiance que leur personnel doit avoir dans le médecin; je sais enfin que bien souvent le médecin élude le règlement en formulant un diagnostic scientifiquement exact, mais où les bureaux ne découvrent pas facilement le caractère vénérien du mal. J'ajoute qu'en agissant ainsi le médecin reste dans son rôle et n'outrepasse pas ses droits, car ces maladies ne résultent pas toujours de la débauche, elles peuvent avoir pour origine un coût légitime, elles peuvent même naître en dehors de tout rapprochement sexuel. Il n'appartient pas au médecin de faire une enquête sur les circonstances qui ont présidé à l'écllosion du mal. Malgré les atténuations que la bienveillance du médecin fait subir à ces règlements, le principe est mauvais. Ici l'État, qui en reçoit un dommage, est en droit d'intervenir; les règlements doivent être approuvés par lui, et en garantissant aux compagnies de chemin de fer un

M. Verneuil annonce qu'il communiquera son observation détaillée dans la prochaine séance et qu'il présentera le malade à l'Académie.

M. Colin fait remarquer que le procédé employé par les physiologistes pour pratiquer les fistules gastriques est habituellement sans danger. Il a pratiqué la gastrotomie sur des animaux de toutes tailles, et il pense qu'il y aurait avantage à examiner si le procédé des physiologistes ne pourrait pas être substitué à celui actuellement employé par les chirurgiens.

M. Verneuil pense qu'il est impossible de comparer l'homme aux animaux. Le physiologiste opère sur des animaux sains, mais il n'en est pas ainsi chez l'homme. Il pense du reste appliquer sur son malade un appareil plus perfectionné pour l'alimenter.

Société de biologie.

SEANCE DU 21 OCTOBRE 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE.

RECHERCHE DE L'ALBUMINE PAR L'IODURE DOUBLE DE MERCURE ET DE POTASSIUM : MM. BOUCHARD ET CADIER. — DÉGÉNÉRATION SECONDAIRE DE LA MOELLE CONSÉCUTIVE AUX LÉSIONS CORTICALES : M. PITRE. — UN HELMINTHE DE L'ŒIL DE LA MOUCHE : M. CHATIN.

MM. Bouchard et Cadier signalent plusieurs causes d'erreur dans la recherche de l'albumine par le procédé indiqué en 1873 par M. Tanret, et donnent le moyen d'éviter ces causes d'erreur. Le réactif est l'iodure double de mercure et de potassium acidifié par l'acide acétique. On le prépare en dissolvant dans de l'eau distillée du bichlorure de mercure à l'aide de l'iodure de potassium, qu'on ajoute graduellement en agitant jusqu'à ce que tout l'iodure rouge de mercure, formé au début, soit redissous. MM. Bouchard et Cadier conseillent d'ajouter encore un excès d'iodure de potassium, et enfin une forte proportion d'acide acétique. Les causes d'erreur sont au nombre de 5 : 1° si l'on n'a pas mis l'excès d'iodure de potassium; ou peut avoir dans l'urine normale un précipité d'iodure de mercure qu'on peut confondre, quand il est très-peu abondant et vu par transparence, avec le précipité blanc d'albumine; 2° la mucine est aussi précipitée par l'acide acétique du réactif, mais elle a sa transparence, et son dépôt est globuleux : la confusion est facile à éviter; 3° les urates, abondants dans une urine neutre ou peu acide et à une basse température, peuvent se précipiter à l'état d'urates acides sous l'influence de l'acide acétique du réactif : ce précipité disparaît par la chaleur, tandis que le précipité albumineux s'accuse davantage; 4° dans les urines alcalines, si l'on ajoute très-peu de réactif, le mélange reste alcalin, et l'on a un précipité blanc d'iodure double d'urée et de mercure, mais ce

précipité passe presque immédiatement au gris foncé, au noir, ce que ne fait pas le précipité albumineux; 5° les alcaloïdes, avec ce réactif, forment un précipité, mais il disparaît par la chaleur ou par l'alcool.

Donc, malgré ces causes d'erreur, ce réactif, qui est des plus sensibles, mérite de prendre sa place dans la clinique, puisqu'il suffit de signaler ces causes d'erreur pour qu'on les évite facilement.

M. Bouchard annonce en terminant deux communications ultérieures : l'une, en commun avec M. Cadier, sur la recherche et le dosage des alcaloïdes dans les urines; l'autre, qui lui est personnelle, sur les particularités de l'élimination des alcaloïdes dans les maladies des reins ou dans les troubles fonctionnels du rein avec albuminurie.

— La communication de M. Pitre est fort intéressante au point de vue de l'étude des localisations cérébrales : il s'agit, en effet, de l'existence des dégénération secondaires de la moelle consécutives aux lésions de la substance corticale du cerveau.

Turk avait indiqué que des altérations secondaires de la moelle surviennent à la suite de ramollissements de la substance corticale; il avait même paru supposer que lorsqu'une étendue notable de la substance corticale était lésée il se produisait des altérations secondaires de la moelle.

M. Pitre a observé très-complètement plusieurs faits qui mettent en lumière un aspect nouveau de ce sujet d'étude. Tandis que dans deux cas de lésions corticales très-étendues, mais siégeant dans les lobes moyens ou postérieurs, consistant en ramollissements anciens, il n'a pas trouvé de lésions secondaires de la moelle; au contraire, dans trois cas où il s'agit de lésions beaucoup moins étendues de la substance corticale, M. Pitre a rencontré des lésions secondaires de la moelle. Il n'y a donc pas à établir de rapport entre l'étendue de la lésion de la substance corticale et la consistance de la dégénération médullaire; les faits observés par M. Pitre montrent qu'il faut plutôt établir une relation entre le siège de la lésion corticale et la dégénération médullaire. En effet, dans ces trois cas positifs la lésion primitive occupait l'écorce au niveau de la zone motrice. En d'autres termes, comme l'a fait remarquer M. Charcot, ces observations montrent que les lésions de la zone motrice centrale présentent des phénomènes consécutifs particuliers, différant de ceux qu'on observe dans les lésions des régions moyennes et postérieures. C'est une particularité nouvelle à ajouter aux caractères si remarquables et si spéciaux que présentent les lésions de cette région, que M. Charcot appelle un *cerveau dans le cerveau*.

— M. Chatin fils a trouvé dans l'œil d'une mouche un helminthe qui se rapproche du genre *flaria*.

A. H.

revenu déterminé, il est autorisé à faire prévaloir l'intérêt social, qui, je le répète, n'est pas contraire à l'intérêt bien compris des compagnies.

Je viens d'indiquer un certain nombre de mesures générales du ressort de l'Etat, les unes réalisées déjà, les autres discutées ou proposées et qui seront les réformes de l'avenir. Cette prophylaxie sociale a donné déjà de bons résultats et, plus complète, aura certainement une efficacité réelle. Mais ces mesures ne peuvent, à la longue, purger un pays des maladies vénériennes que si l'une ou l'autre des conditions que je vais dire est réalisée : il faut que ce pays s'isole et garde rigoureusement ses frontières, ce qui est impossible; ou bien il faut que des mesures identiques soient adoptées par les autres pays. Qu'importe, en effet, qu'un Etat s'épuise en efforts et en dépenses pour se mettre à l'abri des affections contagieuses, s'il reçoit incessamment une infection nouvelle par ses frontières. On ne doit pas désespérer du succès; mais ce succès, qui ne sera pas l'ouvrage d'une année ni peut-être

d'un siècle, ne sera obtenu que si les mesures prophylactiques générales sont imposées à tous les peuples civilisés par une entente internationale. L'universalité de ces mesures, voilà la condition indispensable de leur réussite.

C'est ce qu'avait bien compris le Congrès médical international, réuni à Paris en 1867. M. Béhier proposa qu'une commission permanente fût nommée pour insister près des gouvernements à l'effet d'obtenir des mesures législatives générales pour combattre la propagation des maladies vénériennes; le Congrès adopta cette proposition et fit choix d'hommes qui, par leur situation, paraissaient en mesure de mener à bien une si louable entreprise. Les commissaires étrangers furent MM. de Méric (de Londres), Hébra (de Vienne), Seitz (de Munich), Crocq (de Bruxelles), Seco Baldor (de Madrid), Galligo (de Florence), Palasciano (de Naples), Owre (de Christiania), Barbosa (de Lisbonne), Frerichs (de Berlin), Hübhenett (de Kiew), Fordyce Barker (de New-York), Wilson Jewell (de Philadelphie), Upham (de

REVUE DES JOURNAUX

Corps étranger dans les voies respiratoires, par le docteur KIEN. Communication faite à la Société médicale de Strasbourg.

Le malade qui fait le sujet de cette observation est âgé de soixante-cinq ans, sa constitution est bonne : dans le cours de l'hiver de 1875, il fut pris d'une bronchite qui persista sans interruption; quinze jours avant l'examen de M. Kien, les accidents s'aggravèrent, et ce qui ajoutait encore à la gravité du pronostic, c'est que plusieurs membres de sa famille avaient déjà succombé à des affections pulmonaires chroniques. Le 5 avril, il est dans l'état suivant : la température oscille entre 38°,5 et 39°,5, le pouls entre 100 et 120. Le faciès est jaunâtre, déprimé. Dans le côté gauche de la poitrine, douleur sourde, à siège indéterminable : toux assez rare, ramenant tantôt des crachats muqueux blancs, tantôt des crachats un peu souillés. A la percussion, on trouve un son tympanique aux deux sommets et en avant le long des bords antérieurs des poumons. En arrière, dans les régions scapulaires, rien de spécial, mais dans la moitié inférieure, à gauche, au lieu de la matité, il y a une tonalité plus claire et différente de celle du côté opposé. A l'auscultation des régions qui ont donné ce ton particulier, on perçoit un bruit respiratoire superficiel et, dans le lointain, un souffle quasi-tubaire s'entendant depuis l'angle de l'omoplate jusque vers le mamelon. Le diagnostic fut d'après ces signes : pneumonie centrale, siégeant dans le lobe inférieur gauche, et paraissant, d'après l'état général et les antécédents de la famille, vouloir prendre les allures d'une pneumonie chronique, peut-être caséuse.

Les jours suivants, la température et le pouls baissent peu à peu; mais l'haleine et les crachats, qui étaient mucopurulents, devinrent très-fétides; cette odeur, si fétide qu'elle était, ne ressemblait cependant pas à celle de la gangrène pulmonaire. Le 20 avril, on trouve de la submatité dans la moitié inférieure et postérieure du poumon gauche, et le souffle tubaire lointain avait pris les caractères d'un souffle caverneux, accompagné de gros et abondants râles humides mêlés au bruit respiratoire superficiel : le teint devenait de plus en plus d'un jaune terreux; en même temps, il y avait une sueur abondante, de la diarrhée, une toux fréquente et une expectoration abondante.

Le 24, le malade est pris subitement d'un vomissement de sang, suivi aussitôt d'un grand soulagement : le docteur Heberlé, appelé auprès du malade, constata une cuvette presque remplie de sang et au fond de cette cuvette un os que le malade venait de cracher, et qui, s'arrêtant dans le larynx, avait failli l'étrangler.

Cet os, fragment d'un os long de ruminant, a une forme triangulaire, à angles très-acérés, et mesure 2 centimètres à sa base sur une hauteur de 1 centimètre et une épaisseur de 8 millimètres : outre ses angles, il présente encore sur la face, où était le canal médullaire, plusieurs aspérités très-piquantes.

L'hémorragie pulmonaire s'arrêta presque aussitôt après l'expulsion de l'os : huit jours après, il n'y eut plus ni toux, ni expectoration fétide.

M. le docteur Kien accompagne cette observation d'un historique assez incomplet des cas signalés d'introduction de corps étrangers dans les voies respiratoires : il n'en relève qu'un seul où le corps étranger a été un os (*Forbes, Transactions médicales*, Londres, 1854). Cet os, d'abord à cheval sur la bifurcation de la trachée, s'engagea tantôt dans la bronche droite, tantôt dans la bronche gauche et finit par se fixer dans la première. Les tentatives faites pour le retirer furent infructueuses et le malade succomba sous une pneumonie déterminée par la présence de ce corps étranger. Dans le cas de M. Kien, il n'y eut aucune tentative d'extraction, la présence de cet os n'étant pas connue, même du malade qui ne put donner aucun renseignement à ce sujet : de plus, toute tentative eût été inutile au moment où M. Kien a été appelé auprès du malade : le volume de l'os et sa fixation dans une portion indéterminée du poumon en rendaient l'extirpation impossible.

On trouvera dans le travail de M. Félix Guyon (*Du traitement des corps étrangers des voies aériennes*, 1869), les divers procédés imaginés pour faciliter la sortie des corps étrangers ou pour en faire l'extraction par des moyens chirurgicaux. (*Gazette médicale de Strasbourg*, n° 40, 1^{er} octobre 1876.)

De l'occlusion des orifices auriculo-ventriculaires : de la fonction et du fonctionnement des valvules auriculo-ventriculaires, par M. le docteur SURMAY.

Dans un premier mémoire, publié en 1852 (*Gazette méd. de Paris*), M. Surmay, étudiant le mode d'occlusion des orifices du cœur, émettait la théorie suivante à laquelle il déclare encore aujourd'hui n'avoir rien à changer. « Dans l'état normal, au moment où va commencer la systole, les valvules sont appliquées contre les parois ventriculaires; si le sang devait, par son seul effort, opérer le déplacement de ces valvules, il n'y parviendrait certainement pas assez vite pour se fermer complètement le large passage que lui offrent les orifices auriculo-ventriculaires, et l'état normal serait une *insuffisance*. Aussi la nature a-t-elle détaché des parois internes des ventricules des muscles qui, en se contractant en même temps que le sang est expulsé, séparent les valvules

Boston), Hingston (de Montréal), Mac Ilvaine (de Cincinnati). Les commissaires français furent MM. Béhier, Bonillaud, Dechambre, Jaccoud, Ricord, Tardieu, Verneuil, Jeannel, Mougeot, Rollet. Je me hâte de dire que la question ne fut pas entrée : la commission délibéra et nomma ses rapporteurs; un rapport lumineux, convaincant, signé par MM. Crocq et Rollet, fut envoyé à tous les commissaires pour être soumis à leurs gouvernements. Les chancelleries avaient d'autres préoccupations; la guerre survint; les questions politiques ou militaires absorbèrent ensuite toute l'attention des hommes d'Etat; il ne fut plus question de ce rapport, témoignage d'un grand et généreux effort qui devait rester stérile; on ne fit rien, et la vérole continue à couler paisiblement par-dessus les vieilles dignes d'une réglementation illusoire.

D^r BOUCHARD,

Agrégé de la Faculté de Paris.

NÉCROLOGIE. — M. Fuster, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, vient de mourir à Ojeux-les-Bains, près d'Oléron. Né en 1801, à Perpignan, M. Fuster fut reçu, en 1829, docteur et agrégé de la Faculté de Montpellier. Il collabora, dès leur apparition, au journal la GAZETTE MÉDICALE et au BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

En 1832, à la suite du choléra, il reçut de la ville de Paris une médaille pour ses recherches sur ce fléau. M. Fuster se fixa à Montpellier, en 1849, après avoir obtenu la chaire de clinique médicale à l'Académie de médecine et avoir été nommé médecin en chef de l'Hôtel-Dieu.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE GENÈVE. — Cette Faculté a dû être inaugurée le 24 de ce mois. On annonçait des discours, des promenades aux flambeaux et un banquet somptueux de 300 convives.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Dans sa séance du 14 octobre courant, le conseil municipal de la ville de Paris a voté l'établissement d'un cabinet de micrographie à l'hôpital Saint-Louis.

des parois contre lesquelles elles étaient accolées. L'effort du sang se joint alors à celui des muscles, les valves se rapprochent, se touchent et l'occlusion des orifices est complète. En même temps, la contraction des muscles tend les valves et en fait deux plans qui, par leur résistance et leur inclinaison, permettent au sang de glisser facilement sur eux. » Dans ce nouveau mémoire, M. Surmay reprend cette théorie et s'appuie pour la soutenir sur la situation des valves auriculo-ventriculaires pendant la diastole et à la fin de la systole ventriculaire.

Les muscles valvulaires ont pour première fonction de séparer les valves des parois ventriculaires, puis leur contraction persistant et la pression sanguine aidant, les orifices auriculo-ventriculaires sont fermés et le sang n'a d'autre issue que les orifices artériels. Comme de plus, grâce à la tension des valves, il y a un double plan incliné dont la direction est telle, que les orifices artériels semblent en être la continuation, le sang pénètre facilement dans les vaisseaux par lesquels il doit s'échapper. La systole continuant, les parois ventriculaires se rapprochent, de telle sorte qu'à la fin il n'y a plus de sang dans les ventricules, les parois et les valves sont hermétiquement appliquées les unes contre les autres. La révolution du cœur est terminée.

Dans la seconde partie de ce mémoire, M. Surmay étudie les théories diverses émises sur l'occlusion des orifices auriculo-ventriculaires : il les divise en deux classes. Dans la première, les valves sont les instruments principaux, essentiels même de l'occlusion ; selon les uns, les valves et les muscles valvulaires sont considérés comme des instruments passifs, la pression sanguine étant l'agent actif (Lower, Chauveau, Faine et Colin) ; selon les autres, au contraire, la pression sanguine est passive, les muscles et les valves sont seuls actifs ; dans la seconde, les valves ne sont que des instruments auxiliaires de l'évacuation des ventricules et ne concourent pas à l'occlusion (Omnibus). Nous ne pouvons nous étendre sur cette partie critique où se trouve une discussion assez vive entre M. Surmay et M. Marc Sée à propos de ses derniers travaux sur cette même question. La théorie soutenue par M. Sée nous paraît, en effet, être équivalente à celle de M. Surmay ; aussi ce dernier réclame-t-il la priorité, et il conclut en ces termes :

L'occlusion des orifices auriculo-ventriculaires est active ; elle se fait à droite et à gauche par la tension des valves qui forment au-dessous de chaque orifice un plan incliné sur lequel glisse l'ondée sanguine, qui passe ainsi directement et facilement du ventricule dans l'orifice artériel.

Les valves sont, pour les orifices auriculo-ventriculaires, des instruments d'occlusion ; pour l'ondée sanguine, des instruments de transmission et de direction ; pour les cavités auriculaires, des instruments de protection et ses instruments sont mis en jeu par les muscles valvulaires. » (*Journal d'anatomie et de physiologie de C. Robin*, n° de septembre et octobre 1876.)

Fracture du crâne avec contusion du cerveau et issue de matière cérébrale, par M. O. HERPIN, interne des hôpitaux.

Cet homme, âgé de soixante-trois ans, reçut une pile de livres sur la tête, qui vint sous cette pression butter contre une barre de fer ; il se fit alors à la région temporale, immédiatement au-dessus de l'arcade zygomatique, une plaie transversale de 3 centimètres d'étendue, pour laquelle on fit d'abord un tamponnement avec de l'amadou. Le lendemain, à la visite, il n'y a aucune raison de croire à une lésion osseuse ou cérébrale ; le malade a toute sa raison et explique ce qui lui est arrivé. Pas de douleur, aucun trouble de la sensibilité et de la mobilité. Deux jours après son entrée, à deux heures du matin, les accidents cérébraux éclatent brusquement. On lève l'appareil et M. Gosselin constate de la substance cérébrale ; dans la plaie, en même temps que cette substance blanchâtre, on observe un liquide auquel se transmettaient nettement les mouvements en totalité de la masse encéphalique et les batte-

ments de ses artères ; la grande agitation ne s'accompagne ni de paralysie, ni de symptômes du côté des organes des sens, ni d'hypéristhésie ; le pouls est accéléré ; la température est élevée. Le diagnostic méningo-encéphalite consécutive à une fracture du crâne est évident. Vers le milieu de la journée délire, agitation, coma et mort dans la soirée.

Autopsie. — Méningite aiguë, surtout à la base ; l'arachnoïde est vascularisée, ainsi que la pie-mère, mais des fusses membranes n'ont pas encore en ce temps de se former. Dans la cavité arachnoïdienne, au niveau du lobe gauche du cerveau, est un épanchement de sang, dû probablement au décubitus dorsal du malade et du cadavre. Au niveau de la face inférieure du lobe sphénoïdal du cerveau existe une contusion au troisième degré. En avant, la contusion commence à 1 centimètre du sommet du lobe et occupe un espace de 5 centimètres d'avant en arrière. Elle longe le bord externe de ce lobe dans la même étendue et correspond à la circonvolution externe et à la circonvolution moyenne de cette région. Le diamètre transversal est donc de 3 centimètres à peu près ; en profondeur elle ne dépasse pas l'épaisseur des circonvolutions dont nous parlons. A la partie la plus antérieure du foyer de contusion est un caillot de la dimension d'une tête. Cette contusion correspond à une fracture esquillée de 4 centimètres de longueur sur 3 de hauteur, atteignant la portion caecale du temporal au-dessus de l'arcade zygomatique et une partie de la grande aile du sphénoïde.

En terminant, M. Herpin appelle l'attention sur deux faits importants au point de vue des localisations cérébrales : 1° l'absence de contracture et des signes de fracture du crâne ; 2° la destruction des circonvolutions sans signes appréciables sur le vivant. (*Société anatomique*, mai 1876, *Progrès médical*, n° 42, 11 octobre 1876.)

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude des convulsions et paralysies liées au méningo-encéphalites fronto-pariétales, par Louis LANDOUZY. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1876.

La méningite tuberculeuse est l'un de ces maladies obscures qui font le désespoir, non-seulement du clinicien en raison de son début insidieux, de ses rémissions trompeuses, de l'impuissance à peu près absolue de la thérapeutique, mais encore du physiologiste qui cherche en vain à expliquer les symptômes qu'il constate. Aussi faut-il accueillir avec sympathie et lire avec attention les travaux de ceux qui, à l'exemple de M. Landouzy, s'efforcent de résoudre quelques-unes des questions que soulève cette étude. S'appuyant sur 104 observations qu'il cite comme pièces justificatives de son travail, l'auteur a cherché à démontrer que la théorie de l'excitation locale, celle qui admet que des irritations périphériques réagissent sur le bulbe peuvent rendre compte de ces convulsions observées dans le cours de la méningite tuberculeuse, ne saurait s'appliquer aux cas dans lesquels ces convulsions restent partielles. Il lui substitue la théorie de l'excitation locale, c'est-à-dire de l'irritation directe des centres moteurs de l'encéphale. Les preuves apportées à l'appui de ces assertions sont de plusieurs ordres : preuves cliniques, preuves anatomiques, physiologiques et pathologiques.

Dans la méningite tuberculeuse les convulsions et les paralysies sont le plus souvent limitées ; le bras est plus souvent atteint que la jambe ; la forme hémiplegique, avec épilepsie partielle (accès épileptiforme incomplet précédé d'une aura, limité à une partie du corps, sans perte de connaissance) est la plus fréquente. Les paralysies, quand elles n'atteignent que les membres, se localisent à quelques-uns d'entre eux ou même à un segment de membre. Quand elles occupent les muscles de la face, ce qui est plus rare, elles respectent en général le muscle orbiculaire des paupières ; elles ne s'observent pas dans toutes les régions que peuvent atteindre les convulsions de la face.

Ces caractères sont ceux qui distinguent les convulsions et les paralysies que l'on observe dans toutes les lésions des

centres moteurs groupés dans le lobe fronto-pariétal. L'anatomie pathologique vient d'ailleurs prouver que les régions atteintes sont bien celles dont l'irritation peut rendre compte des symptômes observés. On ne saurait en effet considérer comme donnant naissance à des convulsions ou à des paralysies circonscrites à un segment de membre des lésions diffuses telles que le ramollissement du *septum lucidum* ou l'hydropisie ventriculaire.

Puisque d'ailleurs les lésions maxima occupent les parties externes et superficielles de cette région des hémisphères qui comprend à la fois le tiers postérieur du lobe frontal et la plus grande partie du lobe pariétal, il faut donc admettre que les points moteurs découverts par Hitzig et Ferrier, si nombreux dans cette région, ont pu être directement intéressés. M. Landouzy rappelle et figure, dans une des planches annexées à son travail, la position relative des centres et les rapports de la région motrice, et il montre que les symptômes observés sont le plus souvent en relations, non avec la lésion primitive (granulations tuberculeuses, noyaux d'apoplexie capillaire, exsudats méningés, foyers d'encéphalite ou de ramollissement, etc.), mais avec la région de l'encéphale qui s'y trouve atteinte. Le plus fréquemment ce sont les thromboses veineuses et les ramollissements consécutifs de l'encéphale qui s'observent comme condition pathogénique des troubles pathologiques que l'on constate.

Les désordres de la circulation que déterminent ces lésions anatomiques peuvent rendre compte des divers symptômes observés. Presque toujours il y a hyperémie cérébrale, mais, de même que chez l'enfant atteint de méningite tuberculeuse on observe des alternatives de rougeur et de pâleur, de même il doit exister des troubles fugaces de la circulation intracérébrale. Quand l'hyperémie cérébrale est brusque, la convulsion est intense, c'est un accès épileptiforme; quand la congestion encéphalique est lente et partielle, on n'observe que des fourmillements, des tremblements ou de la contracture; quand elle est profonde, intense et fixe, on peut avoir affaire à des paralysies persistantes. Les convulsions sont d'ordinaire assez limitées parce que la congestion n'est presque jamais diffuse comme dans les pyrexies où l'on observe à la fois du délire et des convulsions épileptiformes.

Elles ne deviennent générales que dans les cas de granulation méningée, alors que les voies sont libres encore pour une congestion facile. Les contractures prédominent quand l'élément méningo-encéphalite l'emporte sur l'élément granulation ou tumeur. Quand l'excitation fonctionnelle domine, on observe surtout les phénomènes cliniques limités ou généralisés; là où prévaut l'irritation nutritive dominent les contractures étendues ou bornées, suivant l'intensité en surface des lésions. On comprend dès lors que les convulsions généralisées soient l'indice de tubercules cérébraux, que les convulsions des tumeurs cérébrales soient de véritables attaques d'épilepsie, que les convulsions cliniques soient, moins souvent que les contractures partielles, l'indice de paralysies permanentes.

En résumant quelques-uns de ces chapitres, nous avons surtout cherché à montrer dans quel esprit et dans quel but aurait été écrit le travail de M. Landouzy. Nous ne nous arrêtons donc pas à critiquer quelques-unes des hypothèses qu'il a énoncées lorsqu'il s'est efforcé d'étudier avec plus de détails divers symptômes de la méningite tuberculeuse qu'il considère comme démontrant l'irritation des centres corticaux de l'encéphale. Nous préférons nous borner à constater que, venant après celle de M. Rendu, cette thèse contribuera à mieux faire connaître une question qui domine toute la pathologie cérébrale et à laquelle, comme le dit M. Landouzy, restent attachés les noms de Hughlings Jackson qui a ouvert la voie à la physiologie expérimentale, et de M. Charcot qui, par son enseignement et les travaux qu'il a inspirés, a fait faire le plus de progrès à l'étude des localisations cérébrales.

L. L.

Index bibliographique.

RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES SUR L'INNERVATION DU CŒUR, par le docteur Léopold Miot. — Bruxelles, librairie H. Manceaux, 1876.

Nous ne pouvons, dans une analyse succincte, exposer toutes les recherches de l'auteur, les expériences sur lesquelles il s'appuie, ni les considérations qu'il développe à l'appui de la théorie des mouvements cardiaques qu'il cherche à faire prévaloir. Il faut lire et étudier attentivement son ouvrage pour en comprendre l'importance, et nous ne voulons ici qu'en faire pressentir l'intérêt. Nous n'aurions toutefois le point rappeler que la théorie de la diastole systolique, telle que l'avait exposée Beau, a été très-vivement attaquée dans une discussion académique justement célèbre, et que les arguments qui lui ont été opposés s'appuient sur des expériences physiologiques et des faits pathologiques bien difficiles à réfuter. Ces derniers surtout, et en particulier l'observation attentive des symptômes qui caractérisent les intermittences cardiaques, semblent prouver que la diastole pré-systolique, c'est-à-dire la distension ventriculaire consécutive à la systole de l'oreillette, est un phénomène passif qui peut manquer et qui diffère essentiellement de la diastole post-systolique, c'est-à-dire de l'aspiration exercée sur le système auriculaire et veineux au moment de ou après sa contraction, qui a rédimé à son minimum sa capacité intérieure, le ventricule revient à sa forme naturelle de muscle inactif et se remplit de toute la quantité de sang accumulée, pendant la systole, dans l'oreillette et les veines caves ou pulmonaires. Nous n'éprouvons donc aucune répugnance à admettre, avec M. Miot, que l'excitation des fibres du pneumogastrique peut, dans certains cas, déterminer une diastole active du ventricule, mais nous ne pensons pas que cette diastole active précède la systole ventriculaire. La distension que l'on constate à ce moment ne se manifeste pas par un changement appréciable dans la forme extérieure et les dimensions du muscle ventriculaire; elle se caractérise par une très-légère augmentation de sa capacité interne presque exclusivement due à l'affaiblissement des valvules auriculo-ventriculaires et à l'aplatissement des muscles papillaires. Mais nous nous sommes déjà suffisamment expliqués à cet égard (voy. *Gaz. hebdom.*, 1874, p. 331). Bornons-nous donc, en ce moment, à résumer la théorie que nous donne aujourd'hui M. Miot en renvoyant ceux que cette question intéresse à son travail si consciencieux. Le cœur, dit M. Miot, comme tout autre organe de la vie végétative, reçoit ses influences nerveuses de deux sources différentes : 1° de la moelle allongée par sa dilatation; 2° de la moelle épinière par sa contraction. L'une et l'autre de ces influences sont mises en activité par suite de l'irritation déterminée par le stimulant fonctionnel du cœur sur les fibres sensibles du grand sympathique et les fibres sensibles propres des nerfs pneumogastriques qui transmettraient l'irritation à leur centre d'innervation réciproque, à savoir directement à la substance grise de la moelle, et cela à diverses hauteurs, par l'influence contractrice et, par les cordons blancs, jusqu'à la moelle allongée par l'influence dilatatrice. Le nerf pneumogastrique répondant d'une manière instantanée et subite à l'irritation, tandis que le grand sympathique ne répond que lentement et après une certaine durée de l'irritation, on doit comprendre, par cette différence, la présence de la *pré-systole* comme premier phénomène de l'évolution musculaire du cœur, et sans doute aussi la préexistence d'un état sédatif de la circulation à toutes palpitations, quand ces phénomènes reconnaissent pour causes des influences nerveuses.

Telle est, dit l'auteur, la théorie de l'innervation du cœur, qui me paraît devoir désormais prendre place dans la science et valoir tous les esprits. Cette théorie, on le voit, se rattache à celles de Beau, de Spring, de Bernstein, etc., que nous n'avons plus à réfuter après ce que nous avons dit plus haut. On ne peut d'ailleurs s'en faire une idée exacte et complète, nous le répétons en terminant, qu'en lisant avec une grande attention le récit des expériences entreprises par M. Miot pour l'appuyer et la rendre plus compréhensible.

L. L.

DE LA GREFFE ANIMALE ET DE SES APPLICATIONS A LA CHIRURGIE, par M. Henry ARMAIGNAC. 1 vol. in-8 de 160 p. avec planches. — Paris, V. A. Delahaye et C^e; 1876.

Après avoir reproduit et analysé les travaux publiés sur la greffe animale, faite soit sur l'homme, soit sur les animaux (Béringier-Féraud, 224 cas, in *Gaz. des hôp.*, Paris, 1870; Georges Martin, *De la durée de la vitalité des tissus dans les transplantations cutanées*, thèse 1875, etc.), M. Armaignac énumère rapidement les résultats obtenus par M. Paul Bert (1863) sur les queues de rats, par MM. Legros et Magitot dans leurs recherches sur la greffe des tissus et des organes dentaires à l'état embryonnaire (1875). Il conclut de ces faits : que les transplantations sur des animaux d'un autre ordre zoologique ont donné un résultat négatif; que les expériences consistant à transplanter des portions plus ou moins volumineuses de mâchoire avec des follicules inclus, ont échoué par suppuration ou résorption; que les greffes de l'organe de l'émail isolé paraissent toujours invariablement à la résorption; que les follicules et les bulbes dentaires peuvent continuer de vivre et de s'accroître; enfin que l'accroissement, dans les cas de succès, se fait avec peu de différence avec l'état normal. Malgré ces conclusions positives, on a noté des greffes faites d'une espèce à une autre suivies de résultats qui infirmaient la règle de MM. Legros et Onimus, comme l'implantation d'une dent dans la crête d'un coq, d'une rate, de testicules d'un coq dans le ventre d'une poule, etc. Bien plus, M. Armaignac greffé de la fibrine pure sans globules ni blancs ni rouges, et il la va s'organiser et se transformer en pus, tissu conjonctif, cellules granuleuses et en nouveaux vaisseaux. « En variant, dit-il, ces expériences de mille manières; en étudiant l'organisation du sang greffé ou retenu dans un vaisseau, j'ai pu me convaincre de la fausseté du principe de l'école de Berlin : *Omnis cellula ex cellula*. La fibrine est un principe immédiat de l'organisme, et d'elle-même, par le contact des tissus vivants, peut s'organiser. »

Mais que doit-on entendre par vitalité des tissus? M. Demarquay adopte la définition de Littré et Robin : c'est l'ensemble des propriétés inhérentes à la matière organisée. Cette étude, faite déjà par M. P. Bert (*Des conditions de vitalité des tissus*, 1866), et par Georges Martin (*loc. citato*) est reprise par M. Armaignac, qui conclut des travaux précédents et de ses propres expériences qu'aujourd'hui le doute n'est plus permis sur l'autonomie de la vie dans chaque parcelle de l'organisme et sur son indépendance relative dans chaque élément figuré. « Certains organes sont chargés de régulariser la nutrition de certains autres, et dans l'encéphale se trouve le grand moteur de toute la machine animale; dès que ce dernier s'en trouve séparé aussitôt la respiration et l'hématose s'arrêtent, les conditions chimiques sont changées et la vie s'éteint graduellement et progressivement avec l'altération des milieux. Les tissus conservent encore leurs propriétés spéciales tant que les matériaux nutritifs y existent en quantité suffisante; pour retomber sous l'empire des lois chimiques, dès que ces derniers viendront à manquer ou à s'altérer » (p. 33).

Nous ne pouvons malheureusement suivre l'auteur de ce consciencieux mémoire dans tous les détails, mais donnant les résultats de nombreuses expériences faites sur les animaux, les comparant à celles qui avaient été faites et publiées avant lui, il est obligé d'avouer que les déceptions étaient nombreuses; que, de plus, l'expérimentation sur les animaux jetait un bien faible jour sur la question et offrait elle-même des difficultés considérables d'exécution. Il conclut que les expériences sur les animaux ne peuvent guère fournir d'indications précises et utiles pour pratiquer la greffe sur l'homme.

Ahordant la question de la greffe sur l'homme, M. Armaignac divise la question en deux grandes parties : 1° les cas dans lesquels le lambeau entant est pris sur l'homme, que ce soit sur le même individu ou sur un autre; 2° Les cas dans lesquels la greffe est prise sur un animal.

Cette étude le conduit à l'application spéciale de la greffe dans les cas pathologiques; nous ne pouvons malheureusement résumer tous les résultats obtenus; nous renvoyons le lecteur au travail même de M. Armaignac, travail qui est certainement un des meilleurs et des plus complets que l'on ait sur cette question si importante, tant au point de vue physiologique qu'au point de vue pathologique. Mentionnons encore spécialement le dernier chapitre, intitulé : *Histologie de la greffe épidémique et du processus de l'épidémisation en général et à la suite des greffes en particulier*. Cette partie du mémoire, faite sous l'inspiration de M. Mathias Duval, est encore incomplète; mais M. Armaignac ajoute, en exprimant

le regret de n'avoir pu vérifier sur les greffes elles-mêmes la réalité de ce qu'il a trouvé sur les cicatrisations ordinaires, qu'il se promet de poursuivre plus avant la question et de faire connaître ultérieurement le résultat de ses nouvelles recherches. Cette étude sera, en effet, le complément indispensable de celle qu'il nous donne aujourd'hui.

DE LA NUMÉRATION DES GLOBULES DU SANG DANS LES SUITES DE COUCHES PHYSIOLOGIQUES ET DANS LA LYMPHANGITE UTÉRINE, par le docteur A. FOUSSIER. Thèse de Paris de 64 pages, 3 tableaux et 11 planches de tracés et lithographie. — Paris, Cocoz, 1876.

Ce travail, indépendamment des recherches personnelles de l'auteur, contient un historique assez complet des diverses méthodes de numération des globules. Discutant les avantages des deux méthodes actuellement employées, la méthode de M. Malassez et celle de M. Hayem, M. Foussier donne la préférence à cette dernière, à cause des causes d'erreurs inhérentes à la capillarité de l'appareil Malassez. Etudiant tout d'abord les relations physiologiques que l'on constate entre les globules blancs et les globules rouges du sang, relations dont il donne un tableau très-complet, qui faciliteront les recherches, car, nous dit-il, « si le chiffre des globules rouges d'une part et des globules blancs de l'autre est utile à connaître, le chiffre de leur rapport est encore plus utile peut-être, attendu qu'il semble qu'à l'état physiologique ce rapport varie peu pour le même individu, tandis qu'à l'état pathologique les modifications dans les termes de ce rapport sont des plus significatives. »

Les qualités du sérum artificiel destiné à la conservation des globules rouges consistent à empêcher la déformation des globules et même aussi leur destruction. M. Foussier donne la préférence au sérum de M. Grancher (sulfate de soude cristallisé et eau distillée) comparativement au sérum de M. Malassez (sulfate de soude, gomme arabique et chlorure de sodium).

La deuxième partie de la thèse de M. Foussier comprend trois chapitres : les rapports des globules blancs aux globules rouges à l'état physiologique; la numération des globules sanguins dans les suites de couches physiologiques et la lymphangite utérine, et enfin les observations venant comme preuves des affirmations de l'auteur. On pourra rapprocher le second chapitre de l'excellente thèse de M. Bonie, thèse qui fait sous l'inspiration de M. Brouardel, contient tant de faits intéressants (*Variations du nombre des globules blancs du sang dans quelques maladies*, Paris, 1875). Comme comme conclusions des recherches de M. Foussier, nous notons : que le chiffre physiologique des globules rouges est de 5 à 6 millions contre 3000 à 10000 globules blancs par millimètre cube; que dans l'accouchement physiologique les globules rouges diminuent toujours, tandis que les globules blancs augmentent; quelques jours après l'accouchement les rapports deviennent normaux; que dans les complications purulentes les globules blancs s'élèvent considérablement jusque dans les jours qui précèdent la mort. Mais ce fait n'est-il pas constant, même en dehors des couches? Les globules blancs n'augmentent-ils pas même dans les cas d'abcès simples? C'est ce que nous avons cherché à démontrer précédemment (*De la leucocytose*, in *Gaz. hebdom.*, n° 7, 1876).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA CHORÉE, par le docteur Hubert GUÉRIN. Thèse de Paris, in-4 de 61 pages. — Paris, A. Delahaye, 1876.

Malgré les nombreux travaux publiés sur la chorée, M. H. Guérin a pu faire une thèse intéressante. Ecrite sous l'influence de M. Aréhambault, médecin des Enfants malades, elle représente les idées émises par lui dans ses cliniques de cette année. Adoptant l'opinion de Cullen, qui fait de la chorée une névrose, il recherche, dans son chapitre *Etiologie*, les relations qui existent entre cette névrose et le rhumatisme, relation si bien étudiée par G. Sée et par M. Roger. On se rappelle que pour M. Roger le rhumatisme précéderait toujours l'écllosion de la chorée; pour M. G. Sée, il ne le précéderait que dans la moitié des cas à peu près (31 fois sur 84). C'est à cette dernière opinion que M. Guérin se rallie, d'après les observations qu'il a pu recueillir (8 sur 10). Quant aux autres causes invoquées comme causes occasionnelles, la constipation (Hamilton), les vers intestinaux (Bouchut), la dentition (1 cas), les troubles de la menstruation, la grossesse, les émotions morales, M. Guérin ne fait que les signaler. Toute la partie de symptomatologie, faite d'après les travaux de MM. G. Sée et Roger, est intéressante; mais celle qui a rapport

au diagnostic est par trop écourtée; les beaux travaux de M. Charcot sur cette question n'y sont même pas mentionnés. On trouvera, en somme, dans cette thèse un résumé des mémoires de MM. G. Séo et Roger; mais la seule conclusion que nous en puissions tirer est que sur 16 observations la diathèse rhumatismale a été constatée 8 fois.

VARIÉTÉS

ÉCOLE D'ANTHROPOLOGIE.

Nous avons les premiers annoncé la fondation d'une École d'anthropologie (*Gaz. hebtd.*, 1875, p. 609), devant former une sorte d'annexe de l'enseignement de la Faculté de médecine et être installée à l'École pratique. Nous ne comptons pas reproduire une note qui a paru ces jours derniers dans plusieurs feuilles politiques (et où, par parenthèse, les titres des cours et les noms des professeurs étaient singulièrement estropiés), parce que nous savions qu'on y présentait comme arrêté un projet qui n'avait pas encore reçu toutes les sanctions indispensables. Mais après la publicité donnée à cette note par une partie de la presse médicale, et rien d'ailleurs ne paraissant devoir s'opposer à la réalisation du projet, nous croyons pouvoir donner le programme des cours, dont l'inauguration est annoncée pour le 15 novembre.

Voici ce programme :

ANTHROPOLOGIE ANATOMIQUE. — M. Paul Broca, secrétaire général de la Société d'anthropologie, commencera ce cours le mercredi 15 novembre, à quatre heures, et le continuera le mercredi et le vendredi de chaque semaine. *Programme*: Parallèle de l'homme et des animaux supérieurs; anatomie comparée des races humaines; craniologie.

ANTHROPOLOGIE BIOLOGIQUE. — M. Paul Topinard, conservateur des collections de la Société d'anthropologie, commencera ce cours le 21 novembre, à quatre heures, et le continuera le mardi de chaque semaine. *Programme*: Histoire de l'anthropologie, caractères physiques et physiologiques de l'homme vivant; anthropométrie.

ETHNOLOGIE. — M. Eugène Dally, ancien président de la Société d'anthropologie, commencera ce cours le vendredi 17 novembre, et le continuera le vendredi de chaque semaine. *Programme*: Classification et description des races humaines; leur répartition, leur filiation.

ANTHROPOLOGIE PRÉHISTORIQUE. — M. Gabriel de Mortillet, président de la Société d'anthropologie, fondateur du Congrès international d'anthropologie et d'archéologie préhistorique, commencera ce cours le lundi 20 novembre, à trois heures, et le continuera le lundi de chaque semaine. *Programme*: Paléontologie humaine; archéologie préhistorique; détermination des débris humains au moyen de l'archéologie. Il sera fait en outre des démonstrations dans les musées et des excursions aux stations préhistoriques des environs de Paris.

ANTHROPOLOGIE LINGUISTIQUE. — M. Hovelacque, secrétaire du comité central de la Société d'anthropologie, commencera ce cours le samedi 16 novembre, à quatre heures, et le continuera le samedi de chaque semaine. *Programme*: Caractères généraux; classification et répartition des différentes langues.

A ce programme, nous devons ajouter un *Cours complémentaire de GÉOGRAPHIE MÉDICALE*, dont le titulaire sera probablement M. Bertillon.

N. B. — Ces cours sont publics. Les élèves qui se feront inscrire seront admis aux conférences pratiques du laboratoire d'anthropologie.

LES ALIÉNÉS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — D'après le budget du département de la Seine, qui vient d'être distribué au Conseil général, le nombre des aliénés qui seront à la charge du département en 1877 sera de 7171. Les asiles de Sainte-Anne et de Vancluse en contiendront chacun 700, soit 1400, dont 650 hommes et 750 femmes; celui de Ville-Evrard en renfermera 640. (Ce

dernier chiffre est indépendant de celui des pensionnaires reçus par le département dans cet asile et qui sont à la charge de leurs familles.) On compte que Bicêtre recevra 540 aliénés et la Salpêtrière 682 aliénés. Enfin les asiles de province en recevront 4125.

En évaluant à 1 fr. 50 le prix de journée moyen pour chaque aliéné, on trouve que la dépense à supporter de ce chef par le budget du département s'élèvera à environ 4 017 774 fr.

LES ENFANTS ASSISTÉS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — De nombreuses améliorations viennent d'être ou vont être introduites dans le service départemental des enfants assistés pour donner satisfaction aux vœux du conseil général de la Seine. Le conseil aura prochainement à les sanctionner.

Voici les principales de ces améliorations : Il a été créé un service spécial de visiteurs, en vue de rendre plus efficaces les enquêtes sur la situation des familles. Le prix de journée à l'hospice de la rue d'Enfer a été notablement réduit. On a pris des mesures pour diminuer le séjour des enfants dans cet établissement et pour former rapidement les convois de nourrices qui les emmènent à la campagne. Le nombre des circonscriptions de province a été augmenté; on a modifié le système défectueux en usage pour la répartition des secours destinés à prévenir l'abandon. Enfin, les visites médicales pour les enfants d'un jour à un an ont été rendues beaucoup plus fréquentes. Toutes ces réformes, qui auront pour conséquence directe soit de diminuer le nombre des abandons, soit d'adoucir la situation matérielle et morale des élèves, soit enfin de faciliter le contrôle et la surveillance, pourront être obtenues sans accroissement de dépenses. Pour l'ensemble du service des enfants assistés les propositions budgétaires de 1877 s'élèvent à 3 821 370 francs. C'est une économie de 149 000 francs sur le crédit voté l'année dernière par le conseil général. (*Union médicale.*)

Etat sanitaire de Paris :

Du 13 au 19 octobre 1876, on a constaté 760 décès, savoir :

Variole, 2. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 1. — Fièvre typhoïde, 99. — Erysipèle, 3. — Bronchite aiguë, 17. — Pneumonie, 13. — Dysentérie, 2. — Diarrhée cholériforme des enfants, 41. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine coqueuse, 20. — Group, 33. — Affections puerpérales, 2. — Autres affections aiguës, 201. — Affections chroniques, 329, dont 139 dans la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 40. — Causes accidentelles, 23.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la coloration frauduleuse des vins. — Académie de médecine : Sur la gastrotonie. — Les nouveaux centres universitaires : Montpellier et Toulouse. — TRAVAUX ORIGINAUX. Clinique chirurgicale : Sur un procédé de contention d'un anévrysme de la crure et de Turote faisant suite à l'extrémité. — Paralyse complète et douloureuse du tronc; troubles trophiques graves et périodiques. — CORRESPONDANCE. Sur la dépopulation en France. — Mortalité des enfants. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de biologie. — REVUE DES JOURNAUX. Corps étranger dans les voies respiratoires. — De l'occlusion des orifices aortico-ventriculaires. — Fracture du crâne avec contusion du cerveau et issue de matière cérébrale. — BIBLIOGRAPHIE. Contribution à l'étude des convulsions et paralytiques liées aux méningo-encéphalites fronto-pariétales. — Index bibliographique. — VARIÉTÉS. École d'anthropologie. — FEUILLETON. Leçons sur l'hygiène et la prophylaxie des maladies vénériennes.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Recherches sur les centres nerveux, pathologie et physiologie pathologique, par le docteur V. Magnan. In-8 de 222 p. avec 3 pl. et 2 fig. Paris, G. Masson. 6 fr.

De l'innocuité d'isoler les malades dans les hôpitaux, par le docteur G. P. Stanki. In-8 de 18 p. Paris, V. A. Delahaye et Co. 2 fr.

La vérité sur le prétendu Syphilisme de la Crystalline (Syphilisme Crystallin du docteur Laval), et qu'il n'est pas, par F. Hérisson. 2^e éd., 1876. Paris, Lavoisiers.

Manuel pratique des maladies de l'enfance, par MM. A. d'Espine et C. Picot. In-18 de 692 p., 1877. Paris, J.-B. Baillière et fils. 6 fr.

L'expédition de Kabylie orientale et du Hodna (mars-novembre 1871), notes et souvenirs d'un médecin militaire, par le docteur A. Treille. In-8 de 194 p., 1876. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 2 novembre 1876.

Académie de médecine : OBSERVATION DE GASTROSTOMIE : M. VERNEUIL. — ALIMENTATION DES NOUVEAU-NÉS. — DE LA COLORATION DES VINS PAR LA FUCHSINE.

Observation de gastrostomie.

Le succès obtenu par M. Verneuil est un fait chirurgical de la plus haute importance. C'est un honneur pour la chirurgie française de pouvoir enregistrer, à quelques mois de distance, la réussite d'une gastrostomie et celle d'une gastrostomie. L'observation de M. Verneuil, qu'il a communiquée avec détail dans la dernière séance de l'Académie de médecine, offre cet intérêt exceptionnel que c'est, à notre connaissance, le premier exemple de succès de gastrostomie.

En effet, nous rappellerons que dans le résumé statistique que nous avons publié dans ce journal (5 mai 1876, p. 273), nous avons montré que tandis que l'on peut compter 9 cas de succès de gastrostomie pour extraction de corps étrangers, au contraire les 22 opérations de gastrostomie ont été suivies de mort dans un espace variant entre quelques heures et quelques jours. Une différence aussi considérable dans les résultats s'explique en premier lieu par les conditions de l'opéré; mais dans les deux cas le chirurgien ouvre le péritoine et l'estomac, et la première période, qu'on peut appeler opératoire, peut être identique. Sédillot et les chirurgiens qui l'ont imité se sont inspirés des cas où la mort n'a pas été le résultat immédiat de l'opération.

Cependant il semble que la seconde période, qui consiste à nourrir le malade, c'est-à-dire à former une véritable bouche communiquant directement avec l'estomac, est tout aussi difficile à traverser. Jusqu'à présent on pouvait dire que l'existence de cancer de l'œsophage, et surtout la cachexie

cancéreuse, se sont opposées au succès de l'alimentation par l'estomac. En effet, il n'y a que trois cas où la gastrostomie ait été pratiquée pour des rétrécissements de cause traumatique ou de nature douteuse, et ces trois opérations, faites en Angleterre, n'ont pas réussi.

Cette fois il s'agit d'un rétrécissement traumatique, et pour lequel il n'y avait pas possibilité de pratiquer l'œsophagotomie. L'incision du rétrécissement par œsophagotomie interne ne pouvait être tentée, car c'eût été une opération tout à fait aléatoire, n'offrant aucune précision, à une distance de 7 centimètres de l'orifice supérieur de l'œsophage et dans les conditions anatomiques d'un rétrécissement cicatriciel dont l'étendue, l'épaisseur eussent été impossibles à déterminer.

C'était bien le cas de tenter cette opération, car il n'y avait pas à craindre ici le cancer et sa généralisation : le malade est un jeune homme de dix-sept ans, très-affaibli, il est vrai, mais pour lequel une intervention est en quelque sorte imposée, puisque la mort par inanition est fatale.

L'habileté opératoire de M. Verneuil a assuré le succès de la première période; l'opération a parfaitement réussi, malgré les complications qui accompagnent l'ouverture des parois de l'abdomen, du péritoine et de l'estomac; une fois de plus on a lutté contre des hémorragies en nappe; on a constaté l'épanchement considérable de l'estomac; mais l'opéré a guéri, c'est-à-dire que la bouche stomacale a été constituée.

M. Verneuil s'est entouré des plus grandes précautions. Suivant la méthode de Lister, éponges, aiguilles, fils trempés dans les solutions phéniquées, emploi du *catgut* comme fil à ligature, pulvérisations phéniquées, toutes les pratiques antiseptiques ont été exécutées fidèlement. L'incision a été faite parallèlement au rebord cartilagineux des côtes gauches, par conséquent oblique en bas et en dehors, longue de 5 centimètres environ; on incisa le muscle grand oblique. C'est à peu près la même opération que celle de M. Labbé, et elle diffère un peu du procédé par incision cruciale de Sédillot.

FEUILLETON

Curiosités médicales.

I

Depuis que M. Barrois a fait imprimer la LIBRAIRIE PROTOGROGRAPHIQUE DU ROI JEAN (1830, in-4), on a senti l'intérêt considérable qui se rattache à ces sortes de publications, qui sont comme l'inventaire des connaissances et des idées à des époques plus ou moins éloignées de nous. Aussi d'autres bibliophiles, d'autres scrutateurs des temps passés ont-ils marché dans cette voie. Nous connaissons maintenant les manuscrits qui ont appartenu à Louis de Bruges, seigneur de la Gruuthuyse; les livres qui composaient la bibliothèque du Louvre en 1373; ceux, ou au moins la plupart de ceux que les ducs de Bourgogne avaient pu rassembler au x^v siècle;

ceux de Charles d'Orléans à son château de Blois, année 1427; ceux des seigneurs de Joligny, année 1413; ceux du château de la Ferté, en Poitou (1413); nous pouvons lire les ouvrages qui faisaient les délices du duc de Berry à son manoir de Mehun-sur-Yèvre, et de Charles, comte d'Anjou, au château de Cognac; la bibliothèque de François I^{er} à Blois nous a ouvert ses portes; Pierre Cardouel, célèbre médecin de Paris au commencement du xiv^e siècle, nous a fait gracieusement entrer dans sa petite librairie de trente ouvrages, la plupart de médecine; un libraire de Tours (x^v siècle) nous a dit tout ce qu'il y avait de curieux dans sa boutique; enfin, M. Douet-d'Arcq a publié l'inventaire de la bibliothèque de Charles VI. Et voici deux braves *apothicaires*, tous deux mourant à Dijon, l'un en 1439, l'autre en 1482, à l'occasion desquels les robes noires satisfont notre ardente curiosité en étalant sur la table de l'inventaire après décès non-seulement les nombreuses et inqualifiables drogues avec lesquelles ils empoisonnaient leurs contemporains, mais encore les livres

Le véritable succès s'est affirmé dans les jours suivants, parce que l'opéré a pu être alimenté par l'orifice de l'estomac. En effet, le malade a depuis l'opération gagné en poids 9 kilogrammes.

Voilà donc un opéré de gastrostomie qui a pu depuis deux mois être alimenté par l'estomac. Nous souhaitons que le temps amène la conservation d'un résultat si remarquable; la période que le jeune homme va maintenant traverser n'est pas exempte de dangers, bien des complications sont à redouter. Désormais il n'y a pas à invoquer des exemples, à compter sur l'expérience, car il ne s'agit pas d'une simple fistule gastrique, et le rétrécissement amènera sans doute l'oblitération complète de l'œsophage; la nutrition ne se fera en réalité que par l'intermédiaire de cette bouche stomacale artificielle. Nous espérons bien que le chirurgien qui l'a créée saura trouver dans son ingéniosité si souvent admirée les moyens de la conserver et d'en maintenir les fonctions.

A. HÉNOÛQUE.

Alimentation des nouveau-nés.

La discussion relative à l'alimentation des nouveau-nés s'est continuée dans la dernière séance qui a été occupée presque tout entière par un discours de M. Hérivieux, discours rempli d'excellentes choses sur les avantages de l'allaitement maternel; sur les meilleures conditions de l'allaitement artificiel. Ce dernier mode d'alimentation trouve un chaud partisan dans la personne de M. Jules Guérin. L'honorable académicien affirme avoir vu une femme habitant la province qui s'est livrée pendant vingt-six ans à l'élevage des enfants par l'allaitement artificiel sans avoir jamais perdu un seul nourrisson; succès, à coup sûr, sans précédent. Un pareil résultat méritait mieux qu'une simple mention, si honorable qu'elle soit pour cette élève modèle, dont les procédés gagneraient à être vulgarisés. La discussion a été close par M. Depaul, qui, en quelques paroles inattendues au coin de l'expérience et du bon sens, a protesté contre toute théorie exclusive et montré qu'aux variétés si nombreuses d'organisations et de tempéraments chez la mère et l'enfant, devait répondre des modifications parallèles de régime et d'alimentation. C'est évidemment dans ce sens qu'il faudrait, selon nous, chercher à résumer la discussion. Nous nous proposons cependant d'y revenir en développant prochainement

merveilleux qu'ils rangeaient orgueilleusement dans leur librairie.

Le premier de ces aides indispensables à Hippocrate tenait boutique dans ledit Dijon, rue du Change, et se nommait Guillaume Lefort.

Ah! si j'avais de la place dans ces colonnettes, je régèlerais bien le lecteur en lui donnant le catalogue de toutes les drogues appréciées, quant à leur valeur, par deux apothicaires, et qui se débitaient aux pauvres malades de Dijon! Quel luxe pharmacologique! Quels noms bizarres, recherchés, alambiqués, devant lesquels aucun malade ne devait résister! Grabel, gingembre, bienc, sandal, girofle, poivre, carvy, sélyer, calainamy, gomelet, borier, verpol, coïrandre, vert-de-gris, glut de noue, samendue, liiarge, safran, soufre, tormentine, agrippe, papillon, couraul, cope, diadragane, vera pica, bénedicte, méridation, spica certica, fiende de lisart, etc., etc., tout cela danse une sarabande infernale chez l'étonnant apothicaire, au milieu des ciseaux, des tenailles,

mément quelques points qui ne nous paraissent pas avoir suffisamment appelé l'attention des orateurs et de l'Académie.

B.

De la coloration des vins par la fuchsine.

(Deuxième article.)

Les divers procédés à l'aide desquels la fuchsine peut être reconnue dans les vins ont été exposés dans un précédent article (voyez le numéro précédent); nous allons maintenant passer en revue les importantes questions qui se rattachent à la toxicologie, à l'hygiène et à la jurisprudence.

En premier lieu, il importe d'étudier les propriétés toxiques de la fuchsine. La fuchsine pure est-elle un véritable toxique, et son emploi dans la coloration des vins constitue-t-il un danger pour la santé publique? Les opinions les plus diverses ont été émises récemment à cet égard et il est actuellement difficile de donner une solution satisfaisante. La question a été étudiée par MM. Husson, Ritter, Bergeron et Clouet, et voici les principales expériences sur lesquelles reposent les conclusions que nous allons rappeler.

Avec de la fuchsine complètement exempte d'arsenic, M. Husson a préparé dix pilules contenant chacune 2 centigrammes de ce produit. Elles ont été administrées de demi-heure en demi-heure à un lapin âgé d'un an, qui n'a nullement été impressionné par cette médication. Trois fois de 50 centigrammes de fuchsine ont été ensuite administrés d'heure en heure sans que l'animal parût ressentir aucun malaise. Enfin, 8 grammes de fuchsine pure ont été donnés dans l'espace de huit heures; la respiration seule a paru plus précipitée. Les excréments étaient saturés de fuchsine. Quarante-huit heures après, l'animal, plein de vie, a été tué afin de procéder à l'autopsie. Tout l'appareil digestif est teint en rose violacé. L'estomac et l'intestin sont couverts de plaques roses, mais ne présentent aucune lésion. La vésicule biliaire est remplie d'un liquide rouge violacé et la portion du foie qui touche à la vésicule est fortement colorée. Le poumon est le seul organe qui présente des lésions notables. Il est fortement congestionné, couvert de plaques rouges et brunes, dues, non pas à la fuchsine, mais au sang extravasé, comme cela a lieu dans l'asphyxie. Il cède à l'éther des traces de fuchsine.

Cette expérience a conduit M. Husson à conclure que, si la fuchsine n'est pas un poison violent, elle n'en produit pas

de 8 pots à broserons, de 6 boites grande de morte matière, de 89 boistes de bois, de 24 pots de terre, de 14 petites lietes, de 64 aumoles favicées... sans compter un vieux droguier, un petit dispensel, un petit coffre à mettre argent, une bassine d'airain, 5 sacs en peau de cheval recouverte encore de son poil, un jeu de tables, une grille d'apothicaire, un trébuchet de bois garni de ses poids, une grande balance à fléau de fer, 12 autres paires de balances, amains, trépiérs, bastel, chienne, soufflot, paniote, barraul, thonectes, grapin, plaz, menettes, quocquasses, cymarres, pîntes, pintaz, etc., etc.; il y a encore des grenats, des saphirs, des rubis, des pilules qu'on nomme cordates, communes, d'agay, glorieuses; des poudres baptisées ainsi: « Diarodon albac, Diamargueriton, Bicameriton, Aromaticum, Rogodon, Diantoz, Dianisy, Diacastors, Diassimogy, Roose nouvelle, Diagallangey, Ducey, Trifere mane, Diazopyz, Diactate, Ygie, Diacully, Stomatissy; » des onguents des Apôtres, Aragon, Galidon, Chault, Mescaton, Fast; des emplâtres de germe,

moins quelques phénomènes d'intoxication. Elle montre que la vésicule biliaire est surtout l'organe d'élimination de ce produit et que la faible quantité qui passe dans le torrent circulatoire est transformée en partie en carbonate d'ammoniaque, qui est éliminé par l'urine, ainsi que la fuchsine non décomposée, et que les troubles et les lésions produits par la fuchsine ont surtout pour siège le poulmon.

Les expériences de MM. Ritter et Feltz sont plus importantes et permettent d'arriver à des conclusions plus précises. On s'est assuré dans une première série d'expériences que la fuchsine administrée à l'intérieur disparaît rapidement de l'économie. Vingt minutes après l'ingestion de 50 centigrammes de fuchsine, les urines deviennent roses, puis très-rouges; mais ce n'est pas la seule voie d'élimination: les oreilles du sujet se colorent fortement en rouge, la bouche devient prurigineuse, les genoux se tuméfient légèrement, la salive prurigineuse de la fuchsine; il y a tendance au crachotement, et le patient accuse quelquefois un sentiment de constriction aux tempes. Il n'y a point de troubles intestinaux immédiats; les selles sont fortement colorées.

Chez un autre individu qui consuma tous les matins un litre de vin fuchsiné, on observa les phénomènes suivants: coloration des oreilles, démangeaisons aux coins de la bouche et aux oreilles; le onzième jour, il se produit de la diarrhée; le douzième jour, on trouve dans les urines des traces d'albumine. L'expérience est alors suspendue; le malade a eu des coliques vives, des évacuations abondantes; deux jours après il était rétabli.

L'apparition de l'albumine dans l'urine présentait trop de gravité pour ne pas appeler l'attention, et de nouvelles expériences furent instituées, à ce sujet, par MM. Ritter et Feltz sur des animaux.

Ils introduisirent journellement, dans l'estomac de deux chiens, une solution aqueuse contenant 60 centigrammes de fuchsine non arsénicale, à l'un pendant quinze jours et à l'autre pendant huit. Les animaux semblent bien se porter, mais ils maigrissent et leur poids diminue. Les urines sont colorées en rouge pendant toute la durée de l'expérience; elles renferment de temps en temps de l'albumine, et l'on y décele au microscope des cylindres granulo-graisseux, dont la présence dénote une altération des reins.

Ces faits ont permis aux expérimentateurs de conclure que la fuchsine pure, non arsénicale, est éliminée par les reins et par la salive; ces organes de sécrétion sont irrités par ce passage, ce qui détermine, d'une part, l'apparition d'alu-

mine dans les urines, et, d'autre part, le prurit de la bouche. L'irritation des parois intestinales entraîne à sa suite de la diarrhée.

Nous arrivons maintenant à une troisième série d'expériences instituées par MM. Clouet et Bergeron à Rouen et à Paris. Ces expérimentateurs ont pu faire prendre à un individu jusqu'à 1 gramme par jour de fuchsine sans accident, et 3^{rs} 20 en huit jours consécutifs; or, si l'on suppose un mélange tinctorial renfermant 1^{re} 50 de fuchsine pour 1 litre de caramel et pouvant colorer 224 litres de vin, 1 litre de vin ne renfermera que 6 milligrammes de fuchsine; ainsi, par jour, un individu buvant de ce vin coloré n'absorberait qu'une quantité absolument insignifiante de fuchsine. Dans les expériences pratiquées sur des animaux, des résultats analogues ont été obtenus. On a mélangé jusqu'à 20 grammes de fuchsine en une fois, sans que l'animal ait été « sérieusement » malade.

MM. Clouet et Bergeron pensent donc que la fuchsine est absolument inoffensive à petites doses, et cette manière de voir est également exprimée par Eulenberget Vohl, de Coblenz. Ces auteurs déclarent que les couleurs d'aniline ne sont pas nuisibles par elles-mêmes, et que ce n'est que lorsqu'elles contiennent de l'aniline libre, ou des acides dangereux, ou des sels qui n'ont pas été enlevés par des purifications suffisantes, que ces produits peuvent être dangereux. Sonnenkall, de Leipzig, émet la même opinion et soutient que, même à dose élevée, les couleurs à base d'aniline n'ont point d'action vénéneuse.

Nous reviendrons plus loin sur la valeur des résultats contradictoires obtenus à l'aide de la fuchsine pure; nous allons maintenant examiner les inconvénients que peut présenter l'emploi de la fuchsine arsénicale. On avait d'abord beaucoup exagéré la quantité d'arsenic contenue dans les vins fuchsinés, et M. Charvet avait affirmé qu'on pouvait trouver jusqu'à 0^{rs} 08 d'acide arsénieux par litre de vin. Mais les vins consommés à Nancy et analysés par M. Ritter contenaient au plus 0^{rs} 00084 d'acide arsénieux par litre. En admettant une consommation journalière de deux bouteilles, la quantité d'arsenic introduite dans l'économie serait de 0^{rs} 00121, c'est-à-dire d'un peu plus de 1 milligramme. Cette quantité est certainement trop faible pour produire des accidents immédiats; mais s'il est des organismes qui supportent très-bien l'arsenic, il en est d'autres chez lesquels cette substance, employée à faible dose et d'une manière continue, produit des accidents très-manifestes. On sait du reste

gratia Dei, Deaenhu, divin, Apostolicum, Tria Fromacon; des huiles de Vemart, de tamarin musélin, tourmentine, de coq, de genévie, de mercis, de caramiella, mardin, nevysset, de castor, de ban, de douce, de fleur de feu, de Legary, d'Epicaardi, etc. N'est-ce pas à faire dresser les cheveux lorsqu'on songe que tant de drogues arabesques étaient ingurgitées dans l'estomac des Bourguignons!

Maitre Guillaume Lefort avait aussi des livres... pas beaucoup. Cinq en tout, savoir :

Un livre en parchemin couvert d'aiz rouges, ainsi désigné au premier feuillet : CY COMMENCE LE PROLOGUE DE BOECE : DE CONSOLATIONE... 2 sols.

Un autre livre en parchemin de lecture bastarde, couvert d'aiz, et figure en plusieurs lieux, commençant : AUCUNES GENS DIENT QUE EN SOUGE, etc... 2 saluts.

Une père d'Orisons en parchemin entumines d'or et d'azur, es quelles sont contenues plusieurs oronimes de Notre-Dame, et les heures de St Jehan, et a à commencement desdites

heures : QUICUMQUE VULT SERVUS, etc.; et finit par une Orison : DEUS QUI CONSPICIS, QA NULLA, etc. Es quelles a deux morgons d'argent... non tuuée.

Un livre de médecine appelé NICOLAS... 1 salut.

Un autre petit livre, en parchemin, de médecine... 1^{er} mc.

On le voit, Guillaume Lefort n'avait pour le guider dans l'exercice de son métier que deux livres se référant à la médecine. L'un n'est pas assez désigné pour dire ce qu'il était; le second, celui appelé NICOLAS, devait être dans toutes les pharmacies: c'était l'ANTIDOTARIUM, le CODEX MEDICAMENTARIUS imposé par la Faculté de médecine de l'époque. L'origine de cette dernière, c'est-à-dire à la fin du xv^e siècle. Dans ce NICOLAS il faut voir Nicolas Myrepsé, médecin d'Alexandrie, qui composa un ANTIDOTARIUM vers l'année 1300; cet ouvrage fut plus tard commenté et augmenté par Jean de Saint-Amand, médecin de Paris.

Au reste, notre pharmacien du commencement du xv^e siècle avait, pour charmer ses loisirs, un merveilleux livre : LA

que l'arsenic ne s'élimine pas toujours rapidement de l'économie, et les effets de l'accumulation se traduisent souvent par des symptômes qu'on peut attribuer à toute autre cause. Nous pensons donc qu'on peut conclure, avec M. Ritter, que les vins arsénicaux peuvent, lorsque leur usage est continué pendant un certain temps, provoquer des troubles plus ou moins graves de la santé qui dépendront, non-seulement de l'organisme, mais encore du degré d'impureté de la fuchsine employée.

MM. Clouet et Bergeron affirment, il est vrai, que la fuchsine n'est pas forcément souillée par des sels minéraux, et qu'il est très-facile de se procurer un produit parfaitement pur. Cela est possible; mais il n'en est pas moins démontré que les fraudeurs emploient le plus habituellement les résidus de la fabrication de la fuchsine, qui renferment diverses matières colorantes et qui, surtout, peuvent contenir des proportions beaucoup plus élevées d'acide arsénique.

Revenons maintenant à la question qui divise les expérimentateurs sur les propriétés toxiques de la fuchsine pure ou arsenicale. Le point le plus important est relatif à la production de l'albuminurie. M. Ritter a trouvé de l'albumine non-seulement chez les animaux qui ont fait le sujet de ses expériences, mais encore chez un individu qui avait fait usage d'un vin fuchsiné pendant un certain temps, tandis que suivant MM. Bergeron et Clouet ces faits, à supposer qu'ils soient réels, s'expliqueraient par l'élimination de la fuchsine et seraient comparables à ceux que l'on a observés dans diverses intoxications. Cet état actuel de la question est très-embarrassant et ne permet pas de poser dès à présent des conclusions précises. Nous ferons seulement remarquer que dans les expériences de M. Ritter l'apparition de l'albumine a paru constante.

En résumé, il est permis de croire qu'on a un-peu exagéré l'influence pernicieuse des vins fuchsinés sur la santé. On peut, du reste, affirmer que, vu l'égard à la petite quantité de matière colorante employée, ces vins ne peuvent être considérés comme ayant une action toxique immédiate; mais les travaux de M. Ritter démontrent que leur usage longtemps continué peut produire des troubles plus ou moins graves. Sans parler de l'albuminurie, dont l'existence n'est pas démontrée, nous citerons parmi ces accidents les coliques, la diarrhée, le prurit de la bouche et des oreilles.

Nous aurons à examiner dans un prochain article les questions relatives à l'hygiène et à la jurisprudence, ainsi que les

mesures répressives qu'on doit employer contre la falsification et la coloration des vins par des substances toxiques.

LUTAUD.

(A suivre.)

Le rédacteur qui nous représentait au Congrès international d'hygiène et de sauvetage de Bruxelles étant tombé sérieusement malade à Bruxelles même, nous n'avions pu encore donner l'analyse de ce Congrès. On la trouvera ci-après (p. 694). Comme nous l'avions annoncé, cette analyse ne porte que sur un certain nombre de communications qui nous ont paru particulièrement susceptibles d'intéresser nos lecteurs.

TRAVAUX ORIGINAUX

Obstétrique.

ÉCLAMPSIE COÏNCIDANT AVEC LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT, par le docteur Paul FOURNAISE.

L'éclampsie est une des affections les plus sérieuses qui puissent atteindre les femmes dans l'état puerpéral. Malgré la multiplicité des moyens employés pour combattre avec plus ou moins de succès ce terrible accident, les praticiens peuvent se trouver dans de plus grands embarras, surtout lorsqu'ils sont appelés *ex abrupto* à donner des soins à quelqu'une de ces malheureuses patientes. Les convulsions dites éclamptiques sont heureusement fort rares; les meilleures statistiques ne donnent qu'une moyenne de 1 cas sur 485 accouchements. L'extrême gravité de cette affection, qui entraîne la mort des femmes 10 ou 12 fois sur 20 environ, les difficultés et les incertitudes que comportent la nature et l'opportunité du traitement montrent qu'il n'est pas indifférent de faire connaître les cas observés dans la pratique médicale journalière. C'est à ce titre et dans le but d'ajouter notre contribution aux matériaux déjà connus que nous publions l'observation suivante.

Obs. — Le vendredi 11 août, à midi, la dame G..., âgée de dix-neuf ans, primipare, arrivée au terme de sa grossesse, fut prise sans prodromes d'un vertige immédiatement suivi de mouvements convulsifs. Cette femme, bien constituée, de tempérament lymphatico-nerveux, a eu dans son enfance des convulsions jusqu'à l'âge de sept ans. Un confrère du voisinage, appelé à lui donner des soins, pria la famille de faire venir un accoucheur. Pensant qu'il s'agissait d'un simple malaise dû à l'action d'une chaleur intense, le mari de cette dame attendit jusqu'à sept heures du

CONSOLATION DE LA PHILOSOPHIE de Boèce, que cet homme célèbre écrivit dans sa prison (525) et qui fut pendant tout le moyen âge l'ouvrage qui a eu le plus de réputation. On peut dire qu'il était dans toutes les mains.

Achille CHÉREAU.

* (A suivre.)

— Nous avons le regret d'apprendre la mort d'un interne distingué des hôpitaux de Paris, M. O. Herpin. Atteint d'un rhumatisme articulaire, il a été emporté en deux jours par des accidents cérébraux. Ses obsèques vont avoir lieu à Tours; ses nombreux amis de Paris auront donc le regret de n'avoir pu lui donner un dernier témoignage d'affection en le conduisant à sa dernière demeure.

AUTOPSIE DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES. — D'après les instructions ministérielles, l'autopsie ne sera pratiquée que vingt-quatre heures après le décès, sauf en temps d'épidémie, où la conservation des corps au delà de cette limite entraînerait des inconvénients. On pourra même attendre quarante-huit heures lorsque s'agira de mort violente ou de corps recueillis sur la voie publique ou à domicile, sans renseignements positifs sur les causes de la mort. L'autopsie ne sera d'ailleurs opérée que si la justice le requiert dans le cas de mort subite, ou pour établir les droits à la pension de la veuve ou des orphelins, ou si le médecin chef de service le juge nécessaire. Dans ce dernier cas, l'opération pourra avoir lieu nonobstant les réclamations de la famille ou du corps de troupes auquel appartenait le défunt; mais elle s'accomplira dans un local retiré, avec toute la convenance désirable, et sera conduite de manière à ne pas laisser subsister de traces apparentes, cause d'impressions pénibles. Enfin les corps pourront être remis intacts aux familles, sur leur demande, si l'utilité de l'autopsie a été reconnue par le service de santé.

(Journal des Débats.)

soir avant d'appeler un médecin. Vers huit heures, j'arrivai près de la dame G... Je la trouvai sans connaissance et en plein état convulsif : la face vultueuse, cramoisée, les yeux fixes, tournés vers les arcades sourcilières, la langue très-amalgamée, fortement serrée entre les dents; les membres supérieurs étaient violemment projetés dans les sens de la pronation, le système musculaire fortement contracté et frémissant, une abondante salive spumeuse s'échappait de sa bouche. Poulx à 106. La durée de cet accès fut d'environ six minutes. Je pratiquai le toucher avec de grandes précautions et trouvai un effacement complet du col, dont la dilatation égalait le diamètre d'une pièce de 50 centimes. A peine avais-je terminé que de nouvelles convulsions, non moins terribles que les premières, se firent remarquer; leur durée n'excéda guère six minutes. Jugeant la situation des plus graves, je prévins le mari et exprimai le désir d'être immédiatement assisté par un confrère. Le docteur Brigueil, qui avait été mandé, arriva au moment même où une attaque, la troisième depuis un quart d'heure environ, venait de se déclarer. Bien qu'appelés l'un et l'autre assez tardivement au secours de cette femme, nous pensions que tout espoir de la sauver n'était pas encore perdu. L'indication la plus pressante étant de faire cesser les convulsions, d'un commun accord nous fîmes sous le pecu de la cuisse gauche une injection de 3 centigrammes de chlorhydrate de morphine. L'effet fut rapide et ne se fit pas attendre plus de vingt minutes : la patiente tomba dans le coma, sa respiration devint bruyante et stertoreuse. En pratiquant le toucher, nous trouvâmes une dilatation du col à peu près égale à une pièce de 1 franc. Le travail se suspendit pendant une heure et demie, pour reprendre toutes les dix minutes à peu près avec une certaine intensité ; à chaque contraction, qui ne durait guère plus de deux ou trois minutes, la dame G... s'agitait dans de nouvelles convulsions beaucoup moins accentuées toutefois et moins violentes qu'avant l'injection de morphine. Grâce à une surveillance attentive, dès qu'un nouvel accès se déclarait nous faisons des inhalations de chloroforme et tout rentrait dans l'ordre. Vers les deux heures du matin, la dilatation du col était complète et la tête du fœtus, en position occipito-iliaque gauche antérieure, était bien engagée au droit supérieur. A partir de ce moment les contractions, moins énergiques et plus rares, allèrent en décroissant de fréquence jusque vers cinq heures, avec une durée d'une minute au plus. La tête du fœtus reposait depuis près d'une heure sur le plancher du périnée : il devenait urgent d'agir, en vue surtout d'éviter l'asphyxie. J'appliquai le forceps et amenai sans grandes difficultés un enfant mort en apparence. Le cordon formait deux circulaires autour du cou. Les battements du cœur, quoique faibles, étaient distinctement perçus. Pendant que je m'occupais de la délivrance, M. Brigueil employait tous les moyens possibles pour ranimer l'enfant. Rien ne lui épargna : flagellations à outrance, insufflation d'air de bouche à bouche et avec une sonde, frictions au cognac, bain chaud, sinapismes ; enfin, au bout d'une heure de patients efforts, le nouveau-né nous fit entendre, par ses cris répétés, qu'il consentait à vivre. Confié dès le lendemain aux soins d'une nourrice de la banlieue, il mourut le troisième jour à la suite de convulsions.

Le placenta ayant été extrait sans difficultés, nous nous retirâmes pendant quelques heures, après nous être assurés, mon confrère et moi, qu'il n'y avait aucune menace d'hémorrhagie.

A onze heures du matin nous étions réunis près de la dame G... Etat comateux persistant, agitation fréquente et très-marquée augmentant abondamment les lochies. Pour calmer la surexcitation nerveuse, nous prescrivons :

Julep simple.....	120 grammes.
Sirope de groseille.....	30 —
Hydrate de chloral.....	4 —
Bromure de potassium.....	2 —

F. s. a. Potion à prendre par cuillerées, une toutes les heures. Vers les six heures du soir, l'agitation est un peu moins vive et plus rare. L'accouchée a pu avaler quelques cuillerées de bouillon dans l'après-midi.

13 août, matin. — Nuit médiocre ; l'agitation a redoublé pour céder un peu vers les six heures du matin. Lochies toujours abondantes, bien que l'utérus soit suffisamment rétracté. Etat comateux moins accusé. La dame G... ouvre les yeux et paraît reconnaître les personnes de sa famille. Poulx à 92. — Prescription : potion *ad supra*, bouillon froid, eau rouge, eau panée, infusion de tilleul.

13 août, soir. — Journée médiocre. Coma vigile, léger trismus des mâchoires, grincement de dents. Poulx à 96.

14 août, matin. — Nuit un peu meilleure que la précédente.

Madame G... indique par signes qu'elle souffre de la langue. Soit vive.

Le 15, poulx à 84. Lochies séro-sanguinolentes moins abondantes, fluxion mammaire très-marquée mais indolore, aménorrhée persistante depuis le 11.

Le 16, poulx à 84. Cette dame se trouve fort étouffée d'être accouchée. Prescription : demi-limonade purgative gazeuse.

Du 16 au 19, mieux constant et progressif. 19 août, matin. — Poulx à 76. La langue a repris son volume normal ; l'état général est satisfaisant et les facultés intellectuelles paraissent intactes. Guérison définitive.

RÉFLEXIONS. — 1° *Étiologie.* — Il ne nous est guère possible dans le cas actuel de fixer les causes plus ou moins lointaines qui ont donné lieu chez cette femme à des attaques d'éclampsie, attendu que nous ne l'avons pas vue au cours de sa grossesse. Un œdème des jambes s'est fait remarquer, paraît-il, vers le quatrième mois, il a persisté jusqu'au sixième jour après la délivrance.

Un seul examen de l'urine a été fait après l'accouchement : il n'a pas décelé la présence de l'albumine. Nous n'avons pas jugé bien utile de le répéter ; en tout cas il ne nous eût pas appris grand-chose, car les nombreux essais que nous avons faits de ce liquide pris chez des femmes enceintes nous ont souvent permis d'y constater des quantités variées d'albumine, sans que celles-ci aient eu à souffrir des convulsions, soit pendant, soit après l'accouchement.

On sait qu'indépendamment des altérations rénales, des causes purement mécaniques, comme la compression des veines rénales ou des gros vaisseaux du bassin par l'utérus gravide, peuvent faciliter le passage dans l'urine de l'albumine du sang, presque toujours hydrémique chez la femme grosse. Quant à l'urée, à laquelle les Allemands ont voulu faire jouer un rôle prépondérant dans l'étiologie de l'éclampsie, sa présence dans le sang est bien souvent douteuse ou insuffisante en pareil cas, et les analyses de Wurtz et de Berthelot ont réduit pour ainsi dire son rôle à néant.

L'irritabilité nerveuse de la femme est certainement le facteur capital de l'éclampsie, c'est du moins l'opinion de Scanzoni et de tant d'autres accoucheurs non moins autorisés. Notre observation semble de tous points corroborer ce sentiment : ainsi on n'a pas oublié que la dame G... a eu des convulsions jusqu'à l'âge de sept ans, qu'elle a le tempérament nerveux excitable au premier chef et que le moindre sujet d'ennui, de contrariété, la plus légère observation même, a le pouvoir de l'irriter.

L'éclampsie a-t-elle provoqué le travail, ou a-t-elle été déterminée par celui-ci ? Nous pensons que les convulsions ont coïncidé avec les premières contractions utérines, car elles ont débuté sans prodromes, et dès qu'il nous a été permis de le faire nous avons constaté que les contractions ramenaient les accès convulsifs.

2° *Traitement.* — Au moment où nous avons été appelés, mon confrère et moi, à instituer un traitement, la dame G... avait eu un nombre considérable d'accès éclamptiques (vingt-huit ou trente) ; ces accès se succédaient avec une effrayante rapidité, environ toutes les trois ou quatre minutes.

L'asphyxie étant imminente, il y avait urgence de faire cesser les convulsions. Une injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine nous réussit à merveille, bien qu'elle dut avoir pour effet, selon nos prévisions, de faire cesser le travail. Au bout d'une heure et demie, lorsque les contractions se réveillèrent accompagnées de convulsions beaucoup plus légères, nous fîmes des inhalations modérées de chloroforme jusque vers cinq heures du matin, où le fœtus fut extrait à l'aide du forceps.

Quelques accoucheurs célèbres, entre autres les professeurs Depaul et Pajot, préconisent les saignées et les purgatifs comme traitement préventif de l'éclampsie. Ces moyens, employés en temps utile, ont donné et donnent toujours de bons résultats ; mais dans le cas actuel nous ne pouvions songer à

les mettre en œuvre : nous n'avions pas une minute à perdre, vu l'éloignement du début des accidents et l'imminence du danger. Stoltz (de Nancy), dans une lettre reproduite par Charpentier dans son excellente thèse, a indiqué sommairement l'emploi du chloroforme et des injections de chlorhydrate de morphine comme traitement de l'éclampsie quand celle-ci a résisté aux moyens préventifs; nous ne pouvions mieux faire que de suivre cette pratique si autorisée, et nous nous en sommes bien trouvés.

Les injections de morphine ne sont pas encore très-employées, croyons-nous, dans le traitement de l'éclampsie. Cette réticence peu justifiée, à notre avis, vient sans doute de ce que l'usage de l'opium est considéré comme irrationnel par certains auteurs, sous prétexte qu'il congestionne les centres nerveux; mais on sait actuellement que l'action physiologique de cette substance si complexe diffère sensiblement de celle de ses alcaloïdes pris en masse et de chacun d'eux en particulier. Ainsi, d'après les expériences de Cl. Bernard, la morphine tient l'avant-dernier rang pour ses propriétés toxiques et convulsives parmi les sept principaux alcaloïdes de l'opium.

CONCLUSIONS. — 1° Le fait que nous venons de rapporter n'infirme aucun des moyens du traitement préventif de l'éclampsie.

2° En s'ajoutant aux résultats pratiques de Stoltz, il prouve que les accès éclamptiques sont heureusement influencés par un traitement médical basé sur l'emploi opportun du chloroforme et du chlorhydrate de morphine.

3° Il montre que l'éclampsie, même après de nombreuses attaques et une imminente asphyxie, n'est pas au-dessus des ressources de l'art.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Congrès international d'hygiène et de sauvetage ouvert à Bruxelles le 27 septembre 1876.

L'exposition internationale d'hygiène et de sauvetage, placée sous la haute protection du roi et du comte de Flandre, n'avait pas attiré un nombre suffisant d'exposants français. Nos établissements d'instruction publique, la ville de Paris, quelques savants parmi lesquels nous citerons notre honorable confrère le docteur Bertillon, et un petit nombre d'industriels avaient seuls pris part à cette intéressante entreprise. Un plus grand nombre de nos compatriotes et plusieurs délégués officiels du gouvernement ont répondu à l'appel des fondateurs du Congrès d'hygiène, et ils ont à diverses reprises fait applaudir leur parole si autorisée. Les séances du Congrès ont été bien remplies, et l'on ne peut que rendre hommage au zèle avec lequel les organisateurs et les rapporteurs de ces grandes assemblées internationales ont su remplir la difficile mission qu'ils s'étaient imposée. La Belgique, mieux que tout autre pays, pouvait d'ailleurs prendre l'initiative de cette œuvre qui, dans un avenir prochain peut-être, pourra rendre les plus grands services. Il était naturel, comme l'a fort bien dit le bourgmestre de Bruxelles, que des hommes libres parce qu'ils ont en eux l'intelligence, le travail et le savoir, aient aimé à se reconstruire sur une terre où le droit de réunion est absolu, où la liberté d'exprimer sa pensée de toutes manières est si complète qu'aucune mesure restrictive ne peut exister contre elle. Personne n'a eu, en effet, à se plaindre d'avoir répondu à l'appel du comité belge. La plus grande cordialité n'a cessé de régner dans toutes les réunions, et, venus de tous les coins du monde, les hygiénistes les plus éminents se sont presque toujours trouvés d'accord, sinon pour donner une solution définitive des problèmes mis à l'étude, du moins pour indiquer la voie à suivre.

Parmi ceux de nos compatriotes qui ont pris une part plus active aux travaux du Congrès, nous devons citer : M. le docteur Laussedat, député de l'Allier, nommé président de

la section française, et qui, après avoir si longtemps habité la Belgique, a su, mieux que tout autre, dans sa réponse au bourgmestre de Bruxelles, le remercier au nom de tous les étrangers présents; M. le docteur Liouville, le sympathique député de la Meuse, qui, plusieurs fois aussi, a tenu à faire acte de représentant et dont le toast à la libre et hospitalière cité d'Anvers a eu un si légitime retentissement; puis MM. Bertillon, Bouchut, Dauvé, Fauvel, Houzé (de l'Aulnois), Marjolin, du Mesnil, Riant, J. Worms et plusieurs autres dont nous aurons à résumer les communications ou les discours. Parmi les savants étrangers nommés présidents du Congrès, nous citerons : MM. Gneist et Von Langenbeck (Allemagne), Ch. Heine et G. Patrubby (Autriche-Hongrie), Thevenot et Wollfang (Danemark), Mariano Careras y González (Espagne), le capitaine Douglas Galton (Grande-Bretagne), Louis Roselli (Italie), puis MM. Virchow, Heyfelder, le savant et aimable chirurgien en chef de l'armée autrichienne Neundörfer, le professeur Heine (de Prague), les docteurs Appia et Dunant (Suisse), Esmarch, Leuthold, Ellisen, le général Broutchev, etc., etc.

On avait annoncé que le Congrès constituerait trois sections spéciales comprenant : l'hygiène, le sauvetage et l'économie sociale. Les deux premières sections ont dû se subdiviser de telle sorte que cinq séances de section aient lieu tous les jours à neuf heures : section d'hygiène médicale, section d'hygiène générale, section de sauvetage général, section de secours en temps de guerre, enfin section d'économie sociale.

Outre ces séances de section, il se tenait chaque jour une assemblée générale consacrée à la discussion d'une question déterminée à l'avance. Enfin, plusieurs conférences ont été faites par divers savants belges ou étrangers.

Après les travaux du jour, le Congrès a eu ses fêtes et ses banquets; les ministres, les bourgmestres de Bruxelles et d'Anvers et le Cercle littéraire ont tenu à recevoir les savants accourus en Belgique. Une représentation de gala, à laquelle assistait le roi, leur a été offerte au théâtre de Bruxelles; à Anvers, sur l'Escaut, ont eu lieu de très-belles expériences de sauvetage.

Nous ne dirons rien de ces fêtes et nous nous appliquerons surtout à bien résumer les travaux de la section d'hygiène médicale et de la section de secours en temps de guerre. La plupart des mémoires lus aux autres sections et les discussions auxquelles ils ont donné lieu ont eu un caractère trop spécial pour trouver place dans les colonnes de ce journal.

I. — Section d'hygiène médicale.

PRÉSIDENCE DE M. LE DOCTEUR CROQ (DE BRUXELLES).

Trois questions principales étaient à l'ordre du jour de la première séance : la prophylaxie des maladies épidémiques; les maladies des animaux transmissibles aux hommes; la prophylaxie des maladies du bétail.

M. le docteur Charbonnier et M. Hymans étaient rapporteurs. M. Charbonnier s'applique à rechercher les causes et la nature du choléra, afin d'arriver à indiquer les moyens les plus efficaces pour l'application des quarantaines. Il étudie les conditions que doivent remplir les lazarets et examine les mesures à prendre dans l'intérêt de la santé publique pour le traitement de la rage, du farcin, de la morve et de l'épizootie. M. Hymans traite du transport du bétail et des dangers qu'il peut présenter.

M. le docteur Fauvel reprend la question traitée par le premier rapporteur. Il n'est pas exact, dit-il, de prétendre que la peste ait diminué en Orient ou dans la Mésopotamie; c'est, au contraire, contre son développement que les mesures prophylactiques ont été prises. M. Fauvel étudie ensuite les moyens de concilier les intérêts de la liberté et de la sûreté publiques avec les quarantaines et les lazarets. Les mesures à prendre, dans ce but, varient suivant les contrées, les pays, les climats, car tout dépend des avantages que l'on

peut retirer des mesures prophylactiques. En Orient, les mesures les plus larges doivent être appliquées pour empêcher les progrès de l'épidémie et son exportation. En Europe, nous n'avons que des mesures relatives à prendre. La santé publique est plus menacée dans la Méditerranée que dans les mers du Nord, — et pourtant les intérêts commerciaux y sont en raison directe des intérêts sanitaires. On peut donc entrevoir une entente générale qui réduirait partout les mesures prophylactiques au strict nécessaire. Ces principes sont la base des règlements qui fonctionnent en France.

En résumé, M. Fauvel est partisan des quarantaines; elles seront efficaces, dit-il, aussi longtemps que les mesures hygiéniques qui entraveront l'écllosion ou la propagation des épidémies ne seront pas appliquées comme elles devraient l'être.

M. Hirsch, au contraire, nie l'utilité des quarantaines; elles n'ont pu, dit-il, éloigner ni prévenir l'invasion du choléra. Ce n'est pas ce que pensent ni M. Charbonnier, ni M. Castiglione (Italie), qui déclare que la méthode d'isolement a toujours réussi à Rome, et qu'elle devrait être adoptée dès les débuts de la maladie.

La discussion sur cette question, si importante cependant, est vite épuisée. La section passe ensuite à l'étude des deux questions suivantes: celle de la prophylaxie des maladies épidémiques provoque seule quelques observations. M. Laysse dit que le développement du charbon chez les animaux pourrait être dû à la mauvaise construction des étables. M. Virchow présente quelques observations sur la transmission du charbon et de la pommelette. Il croit, contrairement à l'opinion généralement admise, que les produits des bêtes tuberculeuses ne sont point transmissibles. Il fait connaître les mesures énergiques prises par toutes les nations, excepté la Russie, contre la propagation des maladies épi-zootiques.

M. Pagny émet le vœu que l'on recherche si un moyen, moins préjudiciable aux intérêts publics que l'abatage des animaux, ne pourrait être prescrit pour éviter la propagation des épizooties.

La question soumise ensuite aux délibérations de la section était rédigée de la manière suivante :

« Quelles sont les causes de l'excessive mortalité des nouveau-nés et des enfants en bas âge, légitimes et illégitimes? Discuter le service des nourrices dans les grandes villes et l'hygiène propre aux enfants nourris artificiellement; les avantages et les inconvénients de l'emploi des petites voitures; l'utilité des hospices spéciaux dans les stations maritimes pour les enfants scrofuleux et l'opportunité d'établir des écoles spéciales pour les enfants rachitiques. »

M. Kuborn, rapporteur, se plaint de la multiplicité des points que l'on a fait entrer dans cette même et unique question. Pour la bien traiter, il a dû faire appel aux connaissances spéciales de plusieurs membres étrangers. Grâce à leurs communications, il a pu comparer ce qui se passe en Belgique à ce qu'on observe dans les pays voisins. M. Kuborn, après quelques considérations sur les conditions de bien-être des populations dans divers pays, examine les causes des maladies qui peuvent frapper les enfants. Parmi ces causes, il cite en première ligne l'illégitimité, puis la misère et l'ignorance des parents. Dans le cours de cette étude, M. Kuborn s'arrête à critiquer l'usage de voyurer les enfants dans de petits véhicules plus ou moins élégants; il s'élève contre l'emballage, l'usage de coussins de plume ou de laine, etc. Puis il aborde la question de l'allaitement.

Nulle part, dit-il, plus qu'en France, les femmes ne rejettent les charges que leur impose la maternité. Le gouvernement s'en est ému; on a mis au jour les coupables spéculations des nourrices étrangères et les dangers de l'allaitement artificiel. Il y aurait, pour les autorités, un important devoir à essayer

de mettre un obstacle à cette dépravation morale, et de veiller, chez les populations, le sentiment de la vie de famille.

Les données statistiques montrent à l'évidence que l'allaitement au biberon et l'alimentation prématurée sont des causes fréquentes de mortalité en Belgique, comme ailleurs. Cela n'empêche que le biberon est de beaucoup préférable aux soins d'une mauvaise nourrice; tout dépend aussi de la manière dont on l'utilise; donné par la mère elle-même, il peut produire de bons résultats.

L'honorable rapporteur termine en émettant le vœu que les femmes soient éloignées de tout travail manufacturier et en soumettant au Congrès un certain nombre de mesures qui, d'après lui, en diminuant les causes de l'illégitimité, diminueraient en même temps les causes de la mortalité.

La discussion de ce long rapport a occupé trois séances du Congrès. Un très-grand nombre de médecins français et quelques étrangers y ont pris part. Nous résumerons leurs discours en cherchant à rapprocher les arguments de même nature, sans tenir compte de l'ordre dans lequel ils ont été défendus.

Le docteur Bouchut critique assez vivement les affirmations de l'honorable rapporteur. En citant les causes de mortalité des enfants, il est, en effet, resté dans des généralités beaucoup trop vagues.

Ce n'est pas la procréation illégitime qui est dangereuse, mais les conditions qui l'accompagnent souvent, ou celles qui la suivent, telles que le manque de soins et de sollicitude des mères.

Une des principales causes de mortalité est, non pas le froid, mais l'indigestion: on ne sait pas nourrir les enfants et on ne les nourrit pas; de là l'entérite et la pneumonie intestinale, qui sont excessivement fréquentes.

Il faut régler les heures des repas et régler la quantité de lait donné; on s'assurera de la prospérité de l'enfant par son poids: la moyenne d'accroissement journalier est de 25 grammes; quelques-uns en gagnent 50 et 60. Si à cette nourriture on ajoute la nourriture artificielle, encore une fois il est à craindre que l'indigestion arrive bientôt. Le biberon est très-incriminé; pourquoi? Parce que le lait est d'une autre substance que celui de la mère et qu'on néglige parfois de le couper par de l'eau en quantité suffisante. Le lait pur des campagnes est fort mauvais, parce qu'il est trop lourd et trop riche. Il y a dans cette richesse du lait un danger qui doit être combattu. De plus, ce lait s'altère assez vite; il « tourne »; au contact de l'air il fermente, et cette fermentation, continuant dans l'estomac, produit de graves affections.

L'assistance à domicile, les crèches, pour les femmes qui travaillent au dehors, les secours de charité sont des moyens de pallier les effets de la misère. L'orateur termine en les recommandant vivement et en exprimant l'espoir de les voir se développer de plus en plus, pour le bien-être de l'enfance.

Plusieurs membres du Congrès s'associent à quelques-unes des réflexions de M. Bouchut; M. du Mesnil n'a jamais prétendu, comme l'avait cru à tort M. Kuborn, que les mères françaises nourrissent moins leurs enfants que les femmes des autres pays. M. Proust énumère certaines conditions indispensables dans les cas où l'alimentation artificielle est nécessaire. Il émet le vœu qu'une ferme d'allaitement, où des expériences pourraient être tentées, soit créée aux environs de Paris. M. Benéke (de Marbourg) pense aussi que les maladies chroniques des voies digestives sont dues à un vice de l'alimentation; il insiste sur la nécessité d'enseigner aux jeunes médecins l'art de soigner les enfants et de veiller sur leurs fonctions nutritives. Il recommande certaines substances pouvant, dit-il, remplacer le lait de vache. M. Houzé (de Autnoit) croit que l'une des causes de mortalité les plus graves pour les enfants nouveau-nés est l'usage qu'ont certaines mères d'administrer à leurs enfants le *dormant*, qui n'est autre chose qu'une décoction de pavots.

Par contre, M. Kuborn et M. Bertillon ne croient pas que

l'entérite fasse mourir le plus d'enfants et que les maladies d'alimentation soient plus fréquentes et plus graves que les autres maladies. M. Bertillon soutient que les influences du froid et de la chaleur sont très-funestes aux petits enfants. Les pays du Nord et ceux du Midi en perdent beaucoup. D'ailleurs, il existe, dit M. Bertillon, une série d'autres influences que l'on ne pourra connaître exactement qu'après une longue enquête dans tous les Etats de l'Europe. M. Bertillon fait remarquer de plus que la mortalité des enfants est considérable en France et qu'on en ignore les causes. Les statistiques des « morts-nés » sont absolument inexactes; en Angleterre on n'inscrit pas même les morts-nés, non plus que les enfants débiles qui meurent dans le premier mois.

L'inexactitude de la statistique rend très-difficile l'appréciation des résultats que peut donner dès aujourd'hui une surveillance plus efficace de l'industrie nourricière.

M. Despauv-Ader et M. du Mesnil font l'éloge de la Société protectrice de l'enfance; ils soutiennent, contrairement à M. Brochard, que rien n'est négligé pour rendre le fonctionnement de l'industrie nourricière aussi parfait que possible. Mais en France, comme en bien d'autres pays, il faut surtout critiquer les lois qui font retomber sur la femme seule toutes les charges et toutes les misères et qui affranchissent les hommes du devoir de la paternité. Telle est, du moins, l'opinion de M. Bertillon. Sans aller aussi loin, M. Dunant voudrait que l'on établît partout, comme à Genève, des écoles où l'on enseignât aux femmes ce qu'il leur importe de connaître pour bien élever leurs enfants; M. Houzé (de l'Aulnoit) recommande d'empêcher les femmes de reprendre leur travail avant un nombre de jours nécessaires et, dans ce but, il propose la création de caisses de secours. Il s'élève contre l'institution des *tours* dont, au contraire, M. Constantin Paul montre certains avantages très-réels. Enfin M. Janssens émet le vœu que l'on enseigne dans les écoles de jeunes filles les devoirs que celles-ci auront à remplir quand elles seront mères; comme on y enseigne les principes de l'hygiène. Il demande de plus que l'Eglise reconnaisse, comme l'a déjà reconnu l'administration, les dangers de faire sortir trop tôt pour leur baptême les enfants nouveau-nés; se termine en proposant que le Congrès établisse avant de se séparer les bases d'une statistique internationale de la mortalité des enfants âgés de moins d'un an.

Sur l'avis de MM. Bertillon et Crocq, une commission, comprenant un membre appartenant à chacun des pays d'Europe, est nommée pour étudier cette question. Cette commission est ainsi composée : MM. Janssens (Belgique), Bertillon (France), Beneke (Allemagne), Schleisner (Danemark), Van Cappelen (Pays-Bas), Brok (Suède et Norvège), Dunant (Suisse), Hardwich (Angleterre), Froben (Russie), Patrubby (Autriche-Hongrie).

En résumant la discussion, le docteur Kuborn fournit un tableau indiquant le chiffre de la mortalité des jeunes enfants pendant leur première année, dans les principaux pays de l'Europe.

Sur 1,000 enfants, il en meurt :

En Suède	153
— Danemark	156
— Ecosse	156
— Angleterre	170
— Belgique	186
— Hollande	211
— France	216
— Prusse	220
— Espagne	226
— Suisse	252
— Italie	251
— Autriche	303
— Russie	311
— Bavière	372

Puis il soumet à l'assemblée quinze conclusions dont les suivantes seulement sont adoptées :

3° Etablir une organisation complète de l'assistance publique.

4° Favoriser l'alimentation maternelle par des secours à domicile aux femmes et aux filles pauvres pendant une durée à déterminer par les circonstances. (M. Fawel insiste sur ce point et propose l'institution de primes.)

7° Provoquer partout la création de Sociétés protectrices de l'enfance; soutenir ces institutions et leur venir en aide par des subsides.

9° Installer en dehors de l'enceinte des villes, à la campagne, des hôpitaux spéciaux pour les maladies de l'enfance, où seraient reçus les jeunes enfants qui ne se trouveraient pas chez eux dans des conditions hygiéniques suffisantes.

10° Multiplier, en les soumettant à une surveillance médicale et administrative sévère, les salles d'asile et les écoles gardiennes.

12° Que l'hygiène soit enseignée dans l'école et fasse partie des notions obligatoires.

15° Multiplier les crèches, etc., etc.

La section d'hygiène médicale s'occupe ensuite de la question suivante :

Rechercher les moyens : (a) d'uniformiser, dans les différents Etats, les statistiques de la mortalité pour les diverses professions, en tenant compte des habitudes des ouvriers et des substances qu'ils doivent manier; (b) d'utiliser, par la démographie, les données de l'état civil.

Rapporteur de la première partie de cette question, M. Janssens se plaint du manque de documents pour établir une statistique mortuaire d'après les professions. Il constate l'intérêt d'un semblable travail et émet le vœu qu'une Commission spéciale en réunisse les documents. Il fait hommage à l'Assemblée du tableau synoptique de la mortalité dans la ville de Bruxelles, tableau qu'il a dressé lui-même.

Une discussion s'engage à ce sujet entre MM. Bertillon, Flinkenbourg (de Berlin), Proust, Joekch, Beneke, Kuborn et Fawel. La statistique, dit ce dernier, est une arme excellente, mais à la condition que l'on tienne compte de tous les facteurs et qu'on n'admette les renseignements qu'avec une extrême réserve. Il y a une autre statistique à faire, c'est la monographie des différentes professions, non-seulement pour les décès, mais considérées au point de vue des maladies mêmes qui n'entraînent pas la mort. La mortalité seule ne donnera jamais des conclusions exactes, parce qu'elle est souvent entachée de causes étrangères aux professions. Cette monographie, bien faite, pourra servir alors de base sérieuse à une statistique générale.

M. Bertillon donne ensuite lecture de son rapport sur la deuxième partie de la 8^e question qui a pour objet la recherche des moyens d'utiliser, pour la démographie, les données de l'état civil. Il passe en revue les renseignements que pourraient fournir, dans le but proposé, les trois espèces d'actes les plus importants : les naissances, les mariages, les décès. L'honorable membre propose de diviser les individus, non d'après le chiffre des contributions, mais suivant d'autres bases; il y aurait six catégories: a) les familles pauvres; b) les familles n'ayant pas de domestiques; c) les familles ayant un domestique; d) celles qui en ont deux; e) celles qui en ont trois; et f) celles qui en ont plus. Ce travail serait aisé à faire. Les mariages donneraient des renseignements utiles et seraient pris au moment de la célébration, pendant le mariage et lors de sa dissolution; la parenté devrait être également prise en considération, ainsi que le nombre des enfants survivants aux époux. — Quant aux décès, il serait important de donner des divisions plus exactes et plus détaillées des âges qu'elles ne sont aujourd'hui, tout en soignant, d'autre part, la topographie médicale. M. Bertillon termine en exprimant l'espoir qu'un contrôle sévère de la statistique soit établi partout.

Après ce rapport qui ne soulève qu'une très-courte dis-

cussion à laquelle prennent part MM. *Bæckh* et *Liouville*, M. *Kuborn* lit un rapport sur « l'utilité des hospices spéciaux dans les stations maritimes pour les enfants scrofuleux et l'opportunité d'établir des écoles spéciales pour les enfants rachitiques. »

M. *Liouville*, insistant sur cette utilité, émet l'idée que des établissements de ce genre soient institués dans des climats plus chauds et plus favorables à la santé des enfants, tels que l'Algérie.

M. *Martin* annonce qu'un hospice maritime semblable serait bientôt construit près de Nieuport. Puis après avoir voté, sur la proposition de M. *Liouville*, des remerciements à son président le docteur Crocq, la section d'hygiène médicale déclare sa session terminée en émettant le vœu qu'un Congrès semblable se réunisse à Paris en 1878, à l'occasion de l'Exposition universelle.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 23 OCTOBRE 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

SUR LA CURE DE L'ÉLONGATION HYPERTROPHIQUE DU COL DE L'UTÉRUS PAR LA MYOTOMIE UTÉRO-VAGINALE IGNEE, par M. *Abeille*. — Dans deux communications faites à l'Académie en 1875, l'auteur a cherché à montrer que la méthode de myotomie utéro-vaginale ignée lui a permis, depuis dix ans, de guérir les déviations utérines, antéversions et rétroversions, antéflexions et rétroflexions et l'abaissement (prolapsus ou procidences), toutes les fois que des adhérences ou brides invincibles ne retiennent pas irrévocablement l'organe utérin dans sa position vicieuse acquise.

Des observations cliniques qu'il soumet aujourd'hui à l'Académie tendent à établir que, par extension donnée à cette même méthode, on peut guérir radicalement : 1° l'élongation hypertrophique de tout le col et partie du corps de l'utérus, qu'elle soit accompagnée ou non de prolapsus de l'organe; 2° l'étranglement du méat, quelles qu'en soient les complications. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

SUR L'APPAREIL ÉLECTRIQUE DE LA TORPILLE. Deuxième note de M. *Ch. Rouget*. (Voy. *Gaz. hebdom.*, 1876, p. 666).

Académie de médecine.

SÉANCE DU 31 OCTOBRE 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. CHATIN.

M. le ministre de l'Agriculture et du commerce transmet à l'Académie : a. Diverses recettes pour le traitement de l'épilepsie et de la gonorrhée (*Commission des remèdes secrets*). — b. Le tableau des vaccinations pratiquées en 1875 dans les départements de la Lozère, du Cahors et du Cher.

L'Académie reçoit : a. Un mémoire de M. le docteur *Bras* sur le traitement du prolapsus utérin. — b. Un mémoire de M. le docteur *Pigeon* (de la Nièvre) intitulé : RÉPUTATION DE LA DOCTRINE DU CONGRÈS INTERNATIONAL DE CONSTANTINOPLE. — c. Le *Recueil des Mémoires de l'Académie Stanislas pour 1875*. — d. Une note de M. le docteur *Paocati*, sur l'enseignement des sciences médicales. — e. Un mémoire de M. le docteur *Macario* sur *Yaphasie*. — f. Une lettre du mandataire de M. le docteur *Bitot*.

M. *Larrey* présente à l'Académie, au nom de M. *Oré* (de Bordeaux), une ÉTUDE HISTORIQUE, PHYSIOLOGIQUE ET CLINIQUE SUR LA TRANSFUSION DU SANG.

GASTROSTOMIE. — M. *Verneuil* communique l'opération dont il a été question dans la dernière séance et présente le malade à l'Académie. (Voyez *Premier Paris* et le compte rendu de la dernière séance.)

Voici le procédé opératoire employé : Une incision de 5 centimètres fut pratiquée à la limite de l'épigastre, parallèlement au bord inférieur des cartilages des septième et huitième côtes et à 2 centimètres environ de ce bord, facile à reconnaître à cause de la maigreur du sujet. La peau, le tissu cellulaire sous-cutané furent successivement divisés; le péri-

toine fut soulevé avec une pince, ouvert d'abord, puis débridé en dedans et en dehors sur la sonde cannelée. Deux crochets mousses ayant fait bâiller la plaie, l'estomac fut facilement reconnu à sa couleur d'un blanc grisâtre et à des ramifications vasculaires provenant des branches de la gastro-épiploïque.

Cette constatation faite, M. *Verneuil* saisi la paroi stomacale avec des pinces à mors assez larges et l'attira au dehors sous forme d'une sorte de hernie, qui remplissait exactement la plaie de la paroi. Pour prévenir le retrait de la portion herniée, il traversa sa base parallèlement à la paroi abdominale, avec deux longues aiguilles à acupuncture. Les parois stomacales et abdominales furent ensuite fixées à l'aide du procédé de Nélaton pour l'entérotomie, et qui consiste à passer une série de sutures avant d'ouvrir la cavité intestinale.

Une ouverture de 1 centimètre fut ensuite pratiquée sur le point culminant de la bosselure stomacale herniée, et une grosse sonde molle de caoutchouc rouge fut introduite à 8 centimètres de profondeur; cette sonde fut fixée au bord même de l'ouverture avec un fil d'argent qui traversait à la fois sa paroi et celle de l'estomac.

Le malade présenté par M. *Verneuil* est aujourd'hui très-bien rétabli, et il a pu prendre un repas devant l'Académie en s'injectant lui-même les aliments dans sa bouche stomacale.

DE LA LIGATURE APPLIQUÉE À L'AMPUTATION DES MEMBRES. — M. *Bitot* (de Bordeaux) propose quelques données expérimentales sur la ligature appliquée à l'ampputation des membres dans certains cas exceptionnels. Il arrive aux conclusions suivantes :

1° Le traumatisme exerce une influence sur le développement des tumeurs sarcomeuses encéphaloïdes.

2° Il faut se hâter d'enlever ces tumeurs, pour prévenir soit leurs conséquences mortelles (hémorrhagies, cachexie), soit l'ampputation si le mal siège sur un membre.

3° Dans ce dernier cas la ligature peut être très-utile. La constriction permanente conjure efficacement les pertes sanguines, barre le passage aux matériaux septiques de l'ulcère, donne au chirurgien le temps de relever le moral du malade, commence et même au besoin complète l'opération.

Mais le résultat d'une semblable amputation est toujours défectueux. Sans avoir la forme conique, le moignon en présente toujours les inconvénients par la position superficielle de l'extrémité de l'os.

Par conséquent, la ligature, ressource précieuse dans quelques cas exceptionnels, ne doit constituer qu'un pis-aller parmi les agents d'ampputation dans la continuité. Théoriquement et expérimentalement, elle serait moins défectueuse pour les désarticulations.

CAUTÉRISATION DE LA MUQUEUSE PHARYNGIENNE DANS LE TRAITEMENT DE L'AMNÉSIE. — M. *Bitot* signale à l'Académie les bons effets qu'il a obtenus dans certains cas de névroses céphaliques par la cautérisation de l'arrière-gorge. Voici les points les plus importants de son travail :

1° La tête est le siège de certains troubles nerveux dont la localisation n'est pas encore précisée; 2° la portion crânienne du grand sympathique doit y avoir sa part; 3° dans ces cas il est rationnel de penser que le ganglion cervical supérieur, qui en constitue le foyer principal, est le point de départ du trouble; 4° l'importance anatomo-physiologique de ce véritable cerveau de la vie végétative de la tête doit entrer dans l'objectif de l'observateur chaque fois qu'il s'agit de l'état névrosique de cette région; 5° l'observateur devra l'avoir particulièrement en vue quand cet état névrosique sera rebelle aux moyens ordinaires de guérison; 6° les rapports de ce ganglion avec la muqueuse pharyngienne font de cette dernière un lieu d'élection pour aboutir jusqu'à lui et à ses dépendances à cause de sa éloignée par certains irritants; 7° le badigeonnage de cette muqueuse avec la teinture d'iode m'a fourni des résultats remarquables dans les troubles nerveux

essentiels ; il a été sans appel dans les troubles consécutifs à l'apoplexie ; 8° dans plusieurs cas compliqués d'amnésie, la mémoire a récupéré son aplomb. Le ganglion cervical supérieur aurait-il une influence sur cette grande faculté ?

APPLICATIONS DE LA MUSIQUE À LA MÉDECINE. — M. *Rambosson* fait remarquer que la musique n'est pas toujours l'expression du sentiment ; elle peut simplement exprimer le nombre, la mesure, le mouvement ; elle peut exprimer certains phénomènes de la nature sans exprimer aucun sentiment.

L'auteur émet les propositions suivantes : 1° Il y a une musique qui agit spécialement sur l'intelligence et sur les nerfs locomoteurs ; 2° il y a une musique qui agit spécialement sur le sentiment et sur les nerfs de la sensibilité ; 3° il y a une musique qui agit tout à la fois sur les nerfs locomoteurs et sur les nerfs sensitifs ; sur l'intelligence et sur le sentiment en général : c'est ce qui a lieu le plus souvent ; 4° mais, depuis la musique qui agit le plus sur l'intelligence et sur les nerfs locomoteurs et celle qui agit le plus sur le sentiment et les nerfs sensitifs, il y a une infinité de degrés où chaque genre trouve sa place.

L'auteur pense que le médecin peut spécialiser ces influences et les appliquer au soulagement et à la guérison des maladies. On pourrait approprier une musique spéciale pour agir plus directement sur le mal, pour exciter ou neutraliser telle ou telle espèce de nerfs, tel ou tel phénomène de l'innervation, pour exciter ou calmer telle ou telle faculté morale. L'auteur croit qu'il y a là une étude féconde pour les praticiens et particulièrement pour les aliénés.

ALIMENTATION DES NOUVEAU-NÉS. — M. *Hervieux* combat les opinions récemment émises par M. *Magne* et s'élève avec force contre les théories qui tendent à placer les nourrissons sur le même terrain que les jeunes animaux. Il pense que le lait seul peut suffire à l'alimentation jusqu'au quinzième mois. Il pense que lorsque l'allaitement maternel est impossible il faut avoir recours à du lait de vache pur. Le mélange d'eau ou de substances alimentaires avec le lait est le point de départ d'un grand nombre d'affections de la première enfance.

M. *Magne* revient sur quelques points qu'il avait déjà développés dans les précédentes séances. Il ne saurait admettre qu'on soumette l'enfant à une nourriture exclusivement lactée pendant cinq mois, mais il pense, avec M. *Hervieux*, qu'on ne doit jamais couper le lait avec de l'eau.

M. *J. Guérin* insiste de nouveau sur l'utilité de l'allaitement artificiel dans les cas où l'allaitement maternel est impossible, mais il croit qu'il est souvent nécessaire de mitiger le lait avec de l'eau et du sucre. Ce procédé lui a toujours donné d'excellents résultats. Il faudrait employer un lait titré.

M. *Depaul* clot la discussion et exprime son étonnement en présence des contradictions qui s'établissent entre plusieurs membres de l'Académie. M. *Guérin* parle de titrer le lait, mais il n'y a qu'un moyen de titrer le lait, c'est de voir l'effet qu'il produit sur l'enfant ; dans beaucoup de cas où l'analyse chimique a démontré que le lait était excellent, l'enfant dépérissait, tandis qu'un lait qui paraissait mauvais donnait de bons résultats. MM. *Hervieux* et *Guérin* sont donc trop absolus lorsqu'ils disent, le premier qu'il ne faut jamais couper le lait, le second qu'il faut presque toujours le mitiger avec de l'eau.

CONSTRUCTION DES AMPHITHÉÂTRES DE DISSECTION. — M. *Roger* donne lecture, au nom de M. *Fayre*, de Bordeaux, d'une note sur la construction des salles de dissection dans les nouvelles Facultés. L'auteur propose plusieurs innovations, dont la plus importante consiste à placer les salles de dissection près des écoles de médecine, dans des étages élevés, au lieu de les construire à des distances considérables et au niveau du sol. On économiserait ainsi le temps des élèves, et la ventilation des amphithéâtres serait beaucoup plus facile.

Académie royale de médecine de Belgique.

SEANCE DU 28 OCTOBRE 1876. — PRÉSIDENCE DE M. SOUPAÏT.

L'Académie vient de faire une grande perte dans la personne d'un de ses membres honoraires les plus distingués, M. le docteur *Bulckens*, médecin-directeur de l'Asile d'aliénés de Gheel, décédé en cette commune, le 23 de ce mois, à l'âge de soixante-trois ans. M. *Burggrave*, chargé de représenter la Compagnie à ses funérailles, donne lecture d'une notice biographique sur le défunt, qui sera insérée au bulletin de la séance.

A l'occasion de la communication faite par M. *Mazzoni* dans la dernière séance, sur un nouvel appareil pour le traitement des fractures de la rotule, M. *Van de Loo* (de Ysele) écrit qu'il a indiqué il y a longtemps l'appareil décrit comme utile pour la consolidation de ces sortes de fractures.

I. LECTURES. — Rapport de M. *Couzat* sur le travail de M. le docteur *De Windt* (d'Alost), relatif à l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Alost en 1874, 1875 et 1876, et sur les causes présumées de cette affection. Ce mémoire est consacré à l'histoire d'une épidémie où l'action délétère d'égoûts défectueux est établie comme cause généralisée du fléau. (Remerciements.)

NOTE SUR LES TRACTIONS SOUTENUES APPLIQUÉES AUX FORCEPS, par M. le docteur *Wasseige* (de Liège). — Ce mémoire, très-étendu, où se trouvent appréciés les méthodes et les instruments divers relatifs à ces tractions, conclut ainsi : « Dans l'état actuel de nos connaissances et avec les instruments qui sont à notre disposition, les forces mécaniques sont dangereuses ; il vaut mieux, au point de vue maternel et fœtal, n'user que de forces manuelles. » (Le travail de M. *Wasseige* sera inséré au BULLETIN.)

II. DISCUSSIONS. — Rapport de la commission à laquelle a été renvoyée la proposition de M. *Crocq*, tendant à l'émission du vœu qu'à l'avenir le gouvernement prenne des mesures pour que le corps professoral des Universités soit mis à même de se recruter facilement sans devoir recourir à l'étranger.

MM. *Crocq*, *Gluge* et *De Roubaix* ont pris successivement la parole. La discussion sera continuée dans la prochaine séance.

COMITÉ SECRET. Élections. — L'Académie devait procéder au renouvellement de son bureau. Sur la proposition de M. *Michaux*, le bureau actuel, qui n'est en fonctions que depuis quelques mois, y est maintenu pour le terme d'un an. A partir de cette date, le renouvellement du bureau se fera, comme dans les autres sociétés savantes, suivant un roulement annuel régulier.

L'élection a eu lieu pour le remplacement de MM. *Wleminckz* et *Hubert*, décédés. Ont été nommés : M. *Wiltieme* (de Mons) et M. *De Neffe* (de Gand).

Société médicale des hôpitaux.

SEANCE DU 20 OCTOBRE 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LABOULENÈRE.

Après la lecture du procès-verbal, M. le Président annonce la perte douloureuse que la Société vient de faire par la mort de M. le docteur *Isambert*, et la séance est immédiatement levée en signe de deuil.

Société de chirurgie.

SEANCE DU 18 OCTOBRE 1876. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

CORRESPONDANCE. — DE L'HÉMIPLÉGIE DANS L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE. — RAPPORTS DU PSORIASIS LINGUAL AVEC L'ÉPITHÉLIOMA DE CÉT OÛGANÈ.

M. *Houel* déclare vacante une place de membre titulaire de la Société de chirurgie ; les candidats doivent adresser une lettre de candidature au président de la Société avant le 7 novembre.

— M. *Verneuil* dépose sur le bureau : une observation de

M. Fleury (de Clermont) : FRACTURE SPONTANÉE DU FÉMUR, SUITE D'OSTÉO-MYÉLITE ;

Un travail de M. Auger (de Pithiviers) : SUR LES ULCÈRES VERMINEUX ; et un mémoire de M. Fontan : DU TRAITEMENT DES HÉMORRHOÏDES PAR LA DILATATION FORCÉE DU SPHINCTER ANAL.

— M. Nicaise. DE L'HÉMIPLÉGIE DANS L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE.

Il s'agit là d'une complication non encore signalée des hernies étranglées et qui peut s'ajouter aux faits d'accidents nerveux qui surviennent dans l'étranglement herniaire et sur lesquels M. Berger a appelé l'attention dans ces derniers temps.

M. Nicaise a observé deux faits d'hémiplégie, dont voici le résumé :

Obs. I. *Hernie crurale étranglée. Hémiplégie avec paralysie faciale. Kélotomie sans ouverture du sac. Guérison.* — Une femme de cinquante-sept ans entre à l'hôpital Saint-Louis, le 20 juillet 1876, pour une hernie crurale droite étranglée depuis le 18. Le 19 au matin, la malade s'aperçut qu'elle ne pouvait plus remuer la jambe ni le bras gauches, cette hémiplégie s'étant produite sans perte de connaissance.

Le 20, on constate une paralysie de la motilité des membres supérieur et inférieur gauches ; la sensibilité est à peu près conservée, il y a cependant un retard dans la transmission. En même temps existait une paralysie faciale incomplète du même côté que l'hémiplégie. Les signes locaux et généraux d'étranglement sont nets, mais sans grande acuité.

La malade est endormie ; après un taxis modéré, M. Nicaise procède à la kélotomie, d'après la méthode de J.-L. Petit, quarante-sept heures après l'étranglement ; passant en dedans du sac, il arrive au niveau de l'anneau crural, et fait avec un ténéotome mousse de petits débridements multiples sur le ligament de Gimbernat et l'arcade crurale. La hernie rentre alors facilement, le sac restant en place.

Pansement à l'eau phéniquée. L'opération ne fut suivie d'aucun accident ; l'hémiplégie conserva tous les caractères qu'elle avait au début, et la malade sortit complètement guérie de sa hernie le 3 août 1876.

Obs. II. *Hernie crurale étranglée. Kélotomie. Péritonite. Hémiplégie. Mort.* — Une femme de soixante-quatre ans entre le 11 septembre 1876 à l'hôpital Saint-Louis, pour une hernie crurale droite étranglée.

La tumeur est assez volumineuse et présente deux lobes ; elle est sonore à la percussion. Les symptômes d'étranglement sont très-intenses ; les extrémités sont froides ; la hernie est très-douloureuse.

La malade est chloroformée ; taxis très-modéré sans succès. Une ponction aspiratrice faite dans l'intestin hernié ne donne issue ni à des liquides ni à des gaz. M. Nicaise pratique alors la kélotomie avec ouverture du sac vingt-six heures après le début de l'étranglement.

Le sac renferme de la sérosité sanguinolente ; une masse volumineuse d'épilon recouvre l'intestin ; l'anse herniée a près de 12 centimètres de long. Cette anse est très-distendue, l'intestin est noirâtre, dépendant en état d'être repoussé dans la cavité abdominale. Le *mésentère hernié* est induré, résistant sous le doigt, augmenté de volume, et il doit rendre toute réduction par le taxis impossible ; sa masse vient se porter sur l'orifice.

De petits débridements multiples sont faits avec un ténéotome sur l'arcade, le ligament de Gimbernat et, en arrière, sur l'anneau, qui continue le bord externe du ligament de Gimbernat.

Le taxis fait sur une extrémité de l'anse ne donne pas de résultats, le mésentère fait obstacle. M. Nicaise comprime alors l'intestin sans le pousser, de façon seulement à le vider ; puis, avec l'extrémité du doigt, il fait rentrer peu à peu l'intestin en le pressant d'abord sur son bord convexé.

Pendant l'opération, la plaie fut bien nettoyée avec des éponges phéniquées, pas une goutte de liquide ne pénétra dans la cavité abdominale.

L'épilon est fixé dans la plaie, lié et excisé. Quatre points de suture dimment l'étendue de la plaie. Pansement avec une compresse imbibée d'une solution phéniquée au cinquième.

Les jours suivants se développe une péritonite sous-ombilicale, sans vomissements ni constipation. Elle cède au traitement et a

complètement disparu le 16. Le ventre est souple, non douloureux à la pression ; mais la malade reste affaissée, déprimée.

Le 25, M. Nicaise constate une hémiplégie incomplète du côté gauche, avec paralysie faciale incomplète du même côté. L'hémiplégie est survenue d'une façon tout à fait silencieuse, l'intelligence est intacte. La paralysie de la motilité est plus marquée au membre supérieur qu'à l'inférieur ; la sensibilité était à peine atteinte.

L'hémiplégie a conservé les mêmes caractères, mais la dépression générale a été en augmentant, et la malade a succombé le 28 ; l'autopsie n'a pu être faite.

Les deux malades sont des femmes âgées de cinquante-sept et soixante-quatre ans ; dans les deux cas il y avait hernie crurale droite et l'hémiplégie se montre à gauche, avec paralysie faciale se montrant également à gauche. Dans le premier fait, l'hémiplégie se produisit pendant l'étranglement ; dans le second, plusieurs jours après l'opération, qui fut suivie de péritonite localisée. — Il y a donc là une différence importante entre les deux observations.

Il n'est pas possible d'établir aujourd'hui une corrélation précise entre les lésions de l'intestin et du péritoine et l'hémiplégie, mais M. Nicaise croit qu'il y a plus qu'une simple coïncidence. — Il rappelle que Rostan admettait que l'hémiplégie pouvait être consécutive à la gastro-entérite. M. Lépine a publié une thèse sur l'hémiplégie pneumonique, laquelle s'observe sur des vieillards consécutivement à la pneumonie. La Société médicale des hôpitaux s'est occupée de cette question ; l'hémiplégie pourrait être due à une embolie, ou à une action réflexe. M. Lépine, s'appuyant sur des autopsies dans lesquelles il n'a pas trouvé d'embolie, est disposé à admettre une action réflexe.

L'hémiplégie que M. Nicaise a observée, que l'on pourrait appeler, dit-il, *hémiplégie intestinale*, ne peut être attribuée à une embolie qui aurait son point de départ dans les vaisseaux de l'intestin, le sang devant d'abord traverser le foie... Tout en faisant des réserves, M. Nicaise est disposé à croire qu'il s'agit dans ces faits d'hémiplégie par action réflexe.

M. Blot dit qu'il y a peut-être une relation entre les accidents *hémiplégiques* et l'étranglement chez les deux malades de M. Nicaise, mais cette relation est difficile à admettre, et on peut croire à une coïncidence.

M. Verneuil. Il est important de publier les coïncidences pathologiques ; elles servent plus tard à établir les rapports. Quand M. Verneuil a observé la congestion pulmonaire amenant la mort chez les sujets atteints de hernies étranglées, il a d'abord cru à une coïncidence ; puis, il a conclu que cette coïncidence était une relation de cause à effet. Une malade atteinte à deux reprises d'étranglement herniaire fallit mourir deux fois de congestion pulmonaire. La congestion encéphalique ne serait pas plus extraordinaire.

M. Lannelongue a vu, chez des vieillards de Bicêtre qui ont des hernies qui s'engagent facilement, des accidents thoraciques survenir quand la hernie devenait douloureuse. M. Lépine a observé des pleurésies accompagnées d'hémiplégie ; les inflammations du péritoine ne pourraient-elles pas amener les mêmes accidents ? Il y a des exemples de convulsions cloniques dans les péritonites. On peut donc supposer qu'il y a entre tous ces faits un certain rapport.

M. Terrier admet volontiers le retentissement des lésions péritonéales ou intestinales sur le cerveau.

M. Th. Auger. M. Berger attribue les phénomènes nerveux qu'il a observés à la striction de l'intestin ; comme il y avait en même temps du choléra herniaire, M. Auger attribue ces phénomènes à la congestion de l'intestin. Le choléra en effet est souvent compliqué d'accidents nerveux ; les deux malades de M. Nicaise avaient aussi de la congestion intestinale et on peut admettre une relation entre l'état de l'intestin et les accidents hémiplégiques.

M. Nicaise espère que ses observations serviront à démon-

trer la relation qui existe entre l'étranglement herniaire et l'hémiplégie. Brown-Séquard admet l'hémiplégie par action réflexe. Chez ses malades, M. Lépine n'a trouvé dans le cerveau ni embolies, ni congestion, ni ramollissement; il a admis une ischémie par action réflexe.

— *M. Terrillon* lit un mémoire sur le psoriasis lingual dans ses rapports avec l'épithélioma de la langue. M. Terrillon a observé à l'hôpital Saint-Antoine un cocher, âgé de cinquante ans, qui était entré dans le service le 15 juillet dernier. Cet homme avait en la syphilis en 1848: chancres, plaques muqueuses, roséole, etc.; il était alcoolique d'ancienne date. Pas de cancéreux dans sa famille.

Depuis cinq ans, la langue est le siège d'un psoriasis qui n'incommode pas le malade; mais depuis deux mois, la déglutition est difficile; et maintenant le malade ne peut plus avaler les aliments solides. Le n° 1 de la série œsophagienne est arrêté à dix-sept centimètres de l'arcade dentaire; le n° 18 de la filière urétrale peut passer; peu à peu on arrive au 30 de cette filière, le sujet avale difficilement, mais il est amélioré. Un jour on remarqua de la tuméfaction et de la rougeur sur la partie latérale du cou; on cessa l'emploi de la sonde. Le 5 septembre, frisson, pouls accéléré, puis délire; douleur dans le poignet gauche; le 8 septembre, le genou droit se tuméfit, mort le 14 septembre d'infection purulente.

À l'autopsie, les tissus péri-œsophagiens sont infiltrés de pus, jusqu'à la bifurcation de la trachée; pas de ganglions engorgés; au-dessus du rétrécissement de l'œsophage, ce conduit forme une poche assez vaste. Il existe du pus dans les articulations.

L'examen histologique de la langue a été fait par MM. Ranvier et Malassez. On a constaté: 1° une augmentation considérable de la couche épidermique, qui est quatre fois plus épaisse qu'à l'état normal; 2° augmentation de l'épaisseur du derme; les papilles sont également hypertrophiées. En certains points l'épithélium s'enfonce dans le derme sous forme de boyaux, et les cellules deviennent de plus en plus cornées et aplaties; il y a donc hypertrophie de la couche épithéliale et hypertrophie du derme. La transformation du psoriasis en cancéroïde aurait lieu, selon M. Terrillon, quand les cellules l'emportent sur le derme épais; le psoriasis ne dégénérerait pas, si le derme épais résistait toujours. Chez le malade de M. Terrillon, le cancéroïde n'existait pas encore.

Le rétrécissement de l'œsophage n'était ni cancéreux ni épithélial; était-il syphilitique ou fibreux? Il est difficile de se prononcer, car le malade était syphilitique et alcoolique. M. Terrillon pense que le rétrécissement était le résultat d'une irritation chronique de la muqueuse provoquée par les excès alcooliques.

Société de biologie.

SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. CL. BERNARD.

RAPPORTS ENTRE LES LÉSIONS DES POUMONS ET CELLES DES GANGLIONS TRACHÉO-BRONCHIQUES CHEZ LES ENFANTS: M. PARROT. — INSTRUMENT PERMETTANT DE MESURER LA COULEUR DU SANG: M. MALASSEZ. — DE L'ANESTHÉSIE CHEZ LES ÊTRES VIVANTS: M. CL. BERNARD.

M. Parrot fait observer que l'état d'intégrité parfaite du tissu pulmonaire, chez les enfants, permet de bien suivre dans leurs moindres détails les lésions qui peuvent les atteindre. Aujourd'hui il s'occupera surtout des relations qui existent entre les lésions pulmonaires et les altérations des ganglions trachéo-bronchiques. Laisant de côté les enfants nouveau-nés chez lesquels le petit volume des ganglions s'oppose souvent à des recherches suffisantes, M. Parrot a en vue les enfants de un à six ans; chez ces derniers, le rapport est si constant que M. Parrot croit pouvoir formuler cette loi que: il n'est pas une seule affection du parenchyme pulmonaire

qui ne se reflète d'une façon très-nette sur les ganglions bronchiques. L'examen des seuls ganglions suffit pour annoncer la nature et le degré des altérations du parenchyme pulmonaire.

En ce qui concerne la tuberculisation que l'auteur a plus spécialement en vue, il croit qu'il n'y a pas un seul cas de tuberculisation broncho-ganglionnaire qui ne reconnaisse pour origine des lésions tuberculeuses du poumon. Mais la cause de l'erreur généralement admise est que bien souvent, avec des altérations ganglionnaires considérables, on ne trouve que des lésions pulmonaires pour ainsi dire insignifiantes, et visibles seulement à l'examen microscopique.

— *M. Malassez* présente un instrument qui permet de mesurer le degré d'intensité de la couleur du sang.

— *M. Cl. Bernard* communique de nouvelles expériences sur le mode d'action des anesthésiques. Il a expérimenté sur les animaux inférieurs, et en particulier sur les anguilles. Ces animaux perdent leurs mouvements sous l'influence de l'immersion dans l'eau étherisée, puis, plongés ensuite dans l'eau pure, ils s'agitent de nouveau. Le chloroforme et l'éther purs les tuent. En même temps ils perdent en partie leur transparence. Ce détail servira peut-être plus tard à établir la théorie définitive de l'anesthésie.

H. CROUPEE.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 25 OCTOBRE 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. GUBLER.

MORT DE DELIUX DE SAVIGNAC: NOTICE SUR SA VIE ET SES TRAVAUX: M. C. PAUL. — ACIDE SALICYLIQUE DANS LE DIABÈTE: M. CRÉPEY. — RÉACTIF DE L'ACIDE SALICYLIQUE; SA PRÉSENCE DANS L'URINE: M. C. PAUL. — ACIDE SALICYLIQUE ET SALICYLATES; DISCUSSION: MM. NOUTARD-MARTIN, NIALLE, GUBLER ET LIMOUSIN.

M. C. Paul donne lecture d'une notice historique sur M. Delieux de Savignac, récemment enlevé à la science, à ses amis et à la Société de thérapeutique, dont il était un des membres les plus assidus et qu'il avait présidée il y a quelques années. L'orateur a montré quel infatigable travailleur était Delieux de Savignac. Le simple relevé des articles qu'il avait fournis au DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES ne s'élève pas, a constaté M. C. Paul, à moins de quatre-vingts.

— La discussion sur l'acide salicylique continue.

M. Crépey a voulu essayer de ce médicament dans le diabète; à un malade qui rendait par jour 30 grammes de sucre par litre, il a donné pendant 6 jours 4 grammes d'acide salicylique sans constater la moindre diminution.

M. C. Paul répond aujourd'hui aux doutes émis dans la dernière séance par plusieurs orateurs au sujet de l'absorption de la poudre d'acide salicylique pur. Il a donc d'abord essayé plusieurs réactifs de l'acide salicylique capables de déceler sa présence dans l'urine: le sulfate de protoxyde de fer et le tartrate ferrico-potassique sont de mauvais réactifs; le sulfate de peroxyde est très-sensible, mais il a l'inconvénient d'être d'une préparation et d'une conservation difficiles; le perchlorure de fer, substance qu'on trouve entre les mains de tous les médecins, lui a semblé le réactif qu'il convenait de choisir; il est d'ailleurs très-sensible, même en solution au cinquième (formule du Codex).

M. C. Paul a cherché quels effets produisait le réactif qu'il avait choisi sur l'urine normale: il s'est assuré que ce sel produisait dans l'urine normale un précipité floconneux, blanc, abondant. Lorsqu'on ajoute artificiellement de l'acide salicylique à une urine, la première goutte de perchlorure de fer y développe, avant que le précipité normal se caractérise, une coloration d'un violet plus ou moins foncé, suivant la quantité d'acide.

Appliquant ces données à l'urine d'un malade qui avait pris 1 gramme d'acide salicylique, M. C. Paul s'est assuré que ce médicament apparaissait dans l'urine dès la première heure. L'urine en renferme encore plus, bien entendu, si le malade a pris 3, 4, 5, 6 grammes d'acide. Lorsqu'on vient à cesser ce médicament, la coloration caractéristique se produit encore dans l'urine au bout de vingt-quatre heures, même quarante-huit heures, quelquefois trois jours, rarement quatre. La présence de l'albumine ou du sucre dans l'urine ne gêne pas la réaction; celle de la matière colorante de la bile ne l'empêche pas de se produire, mais la rend moins nette.

Dans la sérosité pure, le perchlorure de fer donne un précipité tellement abondant qu'il masque toute réaction; si l'on y ajoute artificiellement de l'acide salicylique, cette réaction ne devient visible que si l'on étend la sérosité d'une grande quantité d'eau. Dans ces conditions la sérosité des malades soumis à l'acide a semblé à M. C. Paul contenir une certaine quantité du médicament.

Dans la sueur et dans la salive il l'a jusqu'ici cherché en vain.

En somme, l'absorption de l'acide salicylique en poudre n'est pas douteuse.

Quant à l'action thérapeutique, M. C. Paul croit que c'est précisément dans le rhumatisme articulaire aigu qu'elle est en général le plus difficile à juger: cette affection éminemment mobile, protéiforme, à pronostic si variable, a donné lieu depuis trente à quarante ans à bien des illusions et à bien des mécomptes; nous avons vu tout à tour prôner le bicarbonate de soude, la colchique, le véralum, la triméthylamine, la digitale et la quinine, le meilleur remède jusqu'ici.

— M. *Mialhe* pense qu'il y a tout avantage à donner l'acide salicylique sous forme de sel. Il ne s'absorbe que sous cette forme, même lorsqu'on le donne pur: il est donc préférable de le faire prendre de suite sous cette forme d'association avec la soude.

M. *Moutard-Martin* croit qu'on ne peut affirmer que l'action de l'acide soit identique à celle des sels qu'il forme.

M. *Gubler* partage cette manière de voir. Il ne pense pas qu'un acide, même végétal, ne puisse agir que combiné avec une base; l'absorption peut se faire pour un acide même isolé, témoin cette belle expérience de M. Bouley, faite à Alfort: de hautes doses de tannin données à des chevaux ont montré que le tannin reste dans le sang à l'état de tannin et qu'il communique une imputrescibilité manifeste au sang, ce que ne ferait pas à un égal degré le tannate de soude. M. Gubler croit que beaucoup d'autres acides sont dans le même cas et n'ont pas besoin de se combiner avec la soude pour être absorbés.

Sans doute, quand nous donnons de l'iodeure de potassium, de l'arséniate de soude, l'effet ultime, profond, *alterant*, est le même que si nous donnions de l'iode ou de l'arsenic; mais les phénomènes *initiaux*, passagers, peuvent ne pas être les mêmes.

L'acide benzoïque n'agit pas comme le benzoate de soude. D'une façon générale, lorsque les acides végétaux sont introduits à l'état de liberté, ils ne passent et ne se brûlent que lentement; combinés avec des bases alcalines, les mêmes acides brûlent avec énergie. En passant à l'état d'acide carbonique: vous introduisez dans l'organisme du citrate de soude, et c'est du carbonate de soude que vous recueillez.

L'orateur croit que, de même, l'acide salicylique pénètre plus lentement et possède une action plus durable que le salicylate de soude. Sans doute l'action du salicylate se réduit à celle de l'acide salicylique; mais l'acide ainsi combiné se détruit plus rapidement.

M. *Limousin* pense qu'il est cependant quelques motifs pour que les sels définis agissent mieux que l'acide salicylique. Cet acide est peu stable; mêlé avec des substances

organiques, il devient facilement de l'acide phénique, et c'est de l'acide phénique qu'on s'expose à donner lorsqu'on donne de l'acide salicylique dans une potion.

Les médecins allemands n'emploient jamais des salicylates, et ils disent qu'ils n'oseraient pas donner à l'état pur la quantité d'acide salicylique qui existe, tout compte fait, dans la dose de salicylate qu'ils prescrivent.

Les solutions d'acide salicylique ne tardent pas à se colorer en rose, ce qui indique un commencement de décomposition; c'est précisément pour masquer cette décomposition et la coloration qui l'accompagne qu'on a coutume de colorer préalablement en rose les solutions fraîches d'acide salicylique pur.

A. B.

REVUE DES JOURNAUX

Travaux à consulter.

NOUVEAU TRAITEMENT MÉCANIQUE DES FLEXIONS IRRÉDUCTIBLES DE L'UTÉRUS, par le docteur ELLERSLIE WALLACE. — Ce chirurgien se sert depuis longtemps d'éponges taillées dans le sens de la flexion, qu'il applique en place de pessaires vaginaux. Il a constamment obtenu de bons résultats. (*American Journal*, janvier 1876.)

DE L'EMPLOI ET DES PROPRIÉTÉS DU XANTHUM SPINOSA CONTRE LA RAGE, par le docteur GRZYMALA. — Nous nous bornons à signaler cette lettre, adressée à M. le professeur Gubler, et dans laquelle l'auteur prétend être en possession d'un remède infailliable contre la rage. On sait combien de fois de semblables prétentions ont été exprimées et n'ont pas résisté au moindre essai sérieux. Nous ne voulons pas dire qu'il en soit de même des résultats du docteur Grzymala, qui prétend posséder plus de 100 cas de guérison chez l'homme, sans compter des cas bien plus nombreux chez les animaux; mais 2 ou 3 cas bien observés dans les hôpitaux de Paris feraient bien mieux notre affaire. (*Gazette médico-chirurgicale de Toulouse*.)

sur le DÉVELOPPEMENT DES CAPILLAIRES ET DES GLOBULES SANGUINS CHEZ L'EMBRYON, par le docteur H. LEBOUET. — Nous donnons les conclusions de cet intéressant travail: A, Les capillaires du chorion ont un autre aspect que ceux de l'embryon; il est donc probable que leur mode de formation est différent. B, La forme primitive des capillaires de l'embryon semble être la cellule vaso-formative de Ranvier. On y trouve fréquemment des hématies, surtout dans les points où des rameaux bourgeonnent de la masse principale de la cellule. C, Les hématies se forment en même temps et dans les mêmes points que les parois vasculaires, par la division de noyaux pariétaux des cellules vaso-formatives. On voit alors quelques noyaux elliptiques séparés par une ligne médiane. Une partie du noyau est colorée en bleu par l'hématoxyline, l'autre en rouge par l'hématoglobuline. (*Bull. de la Soc. de méd. de Gand*.)

ÉTUDE SUR LE TROU DE BOTAL ET LE CANAL ARTÉRIEL CHEZ LES ANIMAUX DOMESTIQUES, par M. le professeur GOUBAUX. — Il s'agit d'un mémoire intéressant basé sur un très-grand nombre de faits. On y trouve un historique complet de cette question envisagée comme étude d'anatomie comparée. L'auteur a constaté que: 1° la non occlusion du trou de Botal est loin d'être rare dans l'espèce bovine, cette inoclusion ne s'accompagne d'aucun trouble circulatoire; 2° le canal artériel, contrairement à l'opinion de Flourens, s'oblitére d'abord par ses deux extrémités, plus tard à sa partie moyenne. On trouve dans ce mémoire un grand nombre d'anomalies du cœur se rapportant surtout à des communications anormales, et des anomalies des orifices et des valvules. (*Journ. de l'Anal. et de la physiol.*, 1875, n° 5 et 6.)

CAS D'ABSENCE PHYSIQUE COMPLÈTE DES CLAVICULES, par le docteur O. KAPPELER. — C'est cas est observé chez une jeune fille de seize ans, qui n'éprouve aucun trouble fonctionnel. Elle peut rapprocher les deux têtes humérales en avant jusqu'à une distance de 3 centimètres; l'absence d'un des sterno-cléido-mastoïdiens. Les clavicules ne se font pas; elles sont remplacées par un linéament osseux adhérent au sternum et mesurant à gauche 4 centimètres, à droite 1 centimètre 1/2 seulement. (*Arch. der Heilk.*, XVI, n° 3.)

SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE POUR ENREGISTRER LES MOUVEMENTS DES VAISSEAUX SANGUINS CHEZ L'HOMME, par le docteur Angelo Mosso. — L'appareil de Mosso se compose d'un cylindre en verre dans lequel on introduit l'avant-bras, et d'un anneau de caoutchouc assez épais qui s'adapte parfaitement à l'articulation du coude. Lorsque l'avant-bras est fixé dans le cylindre de verre, celui-ci est exactement rempli d'eau et fixé sur un plan horizontal suspendu, de manière à ne pas faire de résistance aux petits mouvements involontaires que peut exécuter le membre. L'appareil est mis en rapport avec une série de tubes, de cordages, de poulies, qui permettent de constater et d'écrire le moindre changement de volume du membre. Grâce à une ingénieuse disposition, la pression reste constamment la même dans le cylindre, quel que soit le volume du membre; c'est cette particularité qui constitue l'avantage de l'appareil de Mosso sur celui de Cheilus (*Academ. delle scien. di Torino*, 14 novembre 1875).

BIBLIOGRAPHIE

Manuel pratique des maladies de l'enfance,
par MM. A. D'ESPINE et C. PICOT.

MM. A. d'Espine et Picot sont deux anciens internes des hôpitaux de Paris, exerçant actuellement à Genève. Tous deux ont consacré une partie de leur internat à l'étude de la pathologie infantile et ont publié des travaux intéressants sur divers points afférents à cette étude spéciale. En publiant un MANUEL PRATIQUE DES MALADIES DE L'ENFANCE, leur but a été de condenser dans un résumé substantiel, et à propos de chaque maladie, les différents travaux publiés sur la matière. C'est donc une œuvre utile, pouvant suppléer jusqu'à un certain point à la lecture d'ouvrages plus considérables et d'un abord moins facile. On doit rendre cette justice aux deux auteurs, qu'ils ont mis à contribution toutes les publications importantes ayant pour objet les maladies de l'enfance.

Certains points ont même été traités par eux avec une prédilection marquée. Les différents chapitres consacrés aux maladies cérébrales sont particulièrement intéressants.

Par contre, le MANUEL DES MALADIES DE L'ENFANCE n'échappe pas à certains reproches. On regrette souvent que la forme de l'ouvrage n'ait pas permis aux auteurs plus de développements sur quelques points importants. Nous citerons les maladies du cœur dont les symptômes, et surtout la marche et le pronostic, sont tout différents chez l'enfant et chez l'adulte. Le chapitre de la tuberculose est évidemment écourté. Certains points de doctrine, relatifs à l'inoculation du tubercule, sont prématurément tranchés, et dans un sens tout différent de celui qu'ont adopté la majorité des pathologistes.

À un autre point de vue, nous aurions encore désiré que les auteurs se fussent montrés moins sobres de détails dans leurs considérations thérapeutiques. Ils oublient qu'ils écrivent pour des élèves ou de jeunes médecins que des formules incomplètes et des indications sommaires embarrassent souvent.

Quoi qu'il en soit, le livre de MM. Picot et d'Espine répond à son titre. Il est essentiellement pratique, et nous ne doutons pas de son succès.

BL.

Index bibliographique.

ESSAI SUR L'ICTÈRE GRAVE, par le docteur Justin DUPAU. Thèse de Paris. — V. A. Delahaye et Co, 1876.

Discutant les théories les plus importantes émises sur la nature de l'ictère grave, M. Dupau reproduit les opinions de M. Jaccoud, qui attribue la gravité des accidents à l'absence de sécrétion de la bile; de M. Gubler, qui les attribue à l'interruption de l'influx nerveux par l'intermédiaire des vaisseaux, et il rappelle que M. Blachez,

dans sa thèse d'agrégation, n'a admis cette dernière cause que dans les cas où la marche de la maladie est rapide. M. Dupau propose une nouvelle théorie: « Ne semblerait-il pas, dit-il, qu'il existe deux systèmes nerveux reliés l'un à l'autre et dépendant l'un de l'autre? De ces deux systèmes nerveux l'un serait destiné à la vie de végétation, l'autre à la vie de relation: l'un fonctionnerait automatiquement et serait indépendant de notre volonté; l'autre serait, jusqu'à un certain point du moins, sous l'influence de notre volonté et subirait surtout les impressions causées par les besoins de la vie végétative. » On comprend que cette étiologie ne s'applique que sur des présomptions; mais, appuyée sur les travaux de M. le professeur Vulpian, cette hypothèse offre des chances de vérité.

Quant à l'ictère et aux hémorrhagies qui l'accompagnent, leurs causes seraient exactement celles de la maladie elle-même. Les vaisseaux ayant subi une dilatation n'offrent plus la même imperméabilité que dans l'état normal, et leurs tuniques laissent transsuder les matériaux, de la bile d'abord et le sang lui-même ne tarde pas à se faire jour à travers cette tunique devenue perméable. « Résumé en quelques mots (p. 55) tout ce qui a trait aux lésions signalées dans l'ictère grave, tout en recherchant leur cause, nous dirons que cette atrophie, cette destruction, cette dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques, ces congestions et ces hémorrhagies qu'on peut trouver dans les séreses, dans les muscles, et enfin dans les organes glandulaires, paraissent reconnaître pour cause une dilatation des capillaires et des artérioles, due elle-même à une paralysie des vaso-constricteurs; dès que cette paralysie s'est produite, le sang ne circule plus avec la même vitesse, il ne peut reprendre les principes qui le vivifient et la mort ne tarde pas à suivre l'apparition de ces phénomènes, à moins que le système nerveux végétatif ne puisse lui-même des forces nouvelles qui lui permettent de surmonter l'obstacle qui s'oppose à sa vie. » Cette thèse contient quatre observations inédites; l'une d'entre elles est particulièrement intéressante à cause de l'examen des urines; elle est due à M. Hirtz, interne de M. Brouardel, qui étudie dans son service de l'hôpital Saint-Antoine l'importance des variations d'urée dans les maladies du foie.

LES SECOURS AUX BLESSÉS APRÈS LA BATAILLE DE SÉDAN, par le docteur MERCHIE. — Bruxelles, H. Manceaux.

On sait quels ont été, à tous les points de vue, les résultats de la bataille de Sedan. Alors que l'armée française restait prisonnière, les services sanitaires incomplètement organisés furent impuissants à soulager les nombreux blessés restés sur le champ de bataille. Un assez grand nombre de médecins militaires, protégés par la Convention de Genève, rentrèrent d'ailleurs à Paris aussitôt après la défaite. Les membres de la Société de la Croix-Rouge et le corps médical belge vinrent donc au secours de ceux qui restaient. La Belgique, d'ailleurs, tint à se montrer généreuse et charitable. Le docteur Merchie, inspecteur général du service de santé de l'armée, fut chargé d'organiser les services nécessaires pour recueillir les blessés, les évacuer dans l'intérieur du pays, les répartir entre les différentes villes qui voutaient les subsides nécessaires pour les bien recevoir. Le livre qu'il vient de publier a pour objet de bien faire comprendre ce qui a été tenté dans ce but. Il se divise en trois chapitres. Dans le premier, l'auteur étudie toutes les modifications apportées depuis l'Exposition universelle de Paris, jusqu'à la guerre franco-allemande, au matériel d'ambulance de l'armée belge. Il signale aussi tous les perfectionnements qu'a dû recevoir l'instruction pratique des différents employés de l'administration sanitaire. Le docteur Merchie étudie et apprécie les différentes voitures, les sacs et saoches d'ambulances; il rappelle toutes les difficultés qu'il a rencontrées lorsqu'il s'est agi de renouveler les instruments de chirurgie en usage dans les hôpitaux et les infirmeries belges; il signale les appareils de délégation qu'il a imaginés et les appareils modifiés dont il a doté, pour le traitement des fractures, les caisses et caissons d'ambulance de l'armée.

Les réformes apportées à l'instruction du personnel sanitaire avaient été non moins complètes: formation d'un corps spécial de brancardiers et d'infirmiers militaires; leçons théoriques et pratiques données à ces infirmiers et à un certain nombre d'hommes par régiment; formation provisoire et exercices spéciaux d'une compagnie d'ambulances durant les grandes manœuvres du camp de Beverloo, création d'un hôpital militaire de perfectionnement où les jeunes docteurs se destinant à l'armée devaient faire un stage, leurs avaient été les réformes soumises à l'approbation du ministre de la guerre. La mise à la retraite du docteur Merchie,

dont nous ne pouvons apprécier les motifs, vint arrêter ces réformes. Quelques-unes d'entre-elles, et en particulier la création d'un hôpital de perfectionnement, sont encore à faire.

La dernière partie de ce livre a pour but d'indiquer les mesures prises, lors de la mobilisation de l'armée, pour mettre le service sanitaire sur un pied convenable. Tout était à faire; le docteur Merchie n'hésite pas en effet à avouer que rien n'existait hormis le zèle, la bonne volonté et le dévouement de ses subordonnés.

Et cependant le troisième chapitre, qui énumère les faits qui se sont produits après la bataille de Sedan, et les services rendus à l'armée par le corps médical belge, montre qu'avec des ressources insuffisantes, bien des difficultés ont pu être surmontées. Plusieurs documents officiels et des conclusions appréciant, avec l'autorité que donne à l'auteur sa longue expérience des questions dont il s'occupe, les modifications à apporter à l'organisation du service sanitaire de l'armée belge, terminent le livre du docteur Merchie. Cet ouvrage sera consulté avec intérêt et avec fruit par tous les médecins militaires. Il pourrait, en effet, prendre pour épigraphe ces paroles de Baudouin : « Aujourd'hui les mesures sages et utiles, aussi bien que les erreurs et les fautes, doivent être exposées avec une égale loyauté et un double profit, afin que désormais, instruit par l'expérience, on puisse sûrement adopter les uns et soigneusement éviter les autres. »

DU MERVEILLEUX, DES MIRACLES ET DES PÉLERINAGES AU POINT DE VUE MÉDICAL, par le docteur L. GRELLETY. — Paris, J.-B. Bailly, 1876.

Prouver que l'imagination joue le principal rôle dans toutes les apparitions prétendues surnaturelles, que les maladies nerveuses, surtout chez la femme, peuvent être modifiées par les impressions morales, qu'il est possible d'expliquer rationnellement la plupart des illusions ou des hallucinations observées chez les extatiques, enfin, que la simulation n'est point étrangère à la plupart des guérisons dites miraculeuses, tel est le but que s'est proposé l'auteur. Son livre ne convertira pas ceux qui croient aux vertus de l'eau de la Salette ou à l'influence thérapeutique des amulettes. L'homme veut être trompé, et raisonner avec ceux qui croient aux miracles expose toujours à leurs plus véhéments colères. Mais les médecins et les esprits éclairés liront avec intérêt ce petit livre rempli d'anecdotes piquantes, et écrit avec verve et conviction. Comment se fait-il, se demande en terminant le docteur Grellety, que nos établissements d'eaux minérales soient remplis de moines, de prêtres et de fidèles ? Pourquoi ne se contentent-ils pas de demander aux eaux de Lourdes ou de la Salette la guérison des maux dont ils souffrent ? Il serait aisé de répondre à de semblables questions. Le miracle n'est point à la portée de tous, et la religion la plus intolérante ne reconnaît pas la vérité du précepte que nous donne la Fontaine : « Aide-toi, le ciel t'aidera. » Mais nous admettons avec notre confrère que, si les religions ont besoin, pour se conserver, du renfort de la prestidigitation céleste, il ne faut pas s'étonner des révoltes de la raison. En protestant énergiquement contre les menées de ceux qui tendent à transformer la religion catholique en un puéril étalage de pratiques superstitieuses, l'auteur a certainement écrit ce que pensent tous les esprits sérieux.

L. L.

VARIÉTÉS

Nécrologie.

M. LE DOCTEUR ISAMBERT.

La nouvelle de la mort si inattendue de M. le docteur Isambert ne s'est répandue, dans le monde médical, que dans la journée du vendredi. On a su que la veille, à la suite d'un bain de vapeur térébenthiné, et après avoir pris une heure de repos, il avait succombé tout à coup à une attaque apoplectiforme présentant les caractères de l'hémorrhagie méningée. M. Isambert était, depuis plus de vingt ans, atteint de diabète; mais la maladie n'avait jamais déterminé aucun symptôme grave, et nous l'avions toujours vu assidu à nos réunions dans lesquelles il prenait souvent la parole. C'était,

en effet, un des membres les plus laborieux et les plus actifs de la Société des hôpitaux, à laquelle il appartenait depuis dix ans. M. Isambert avait commencé ses études médicales un peu tardivement. Plusieurs années de sa jeunesse ont été consacrées à des voyages où son esprit d'observation avait trouvé son premier emploi. Ses notes ont été réunies sous forme d'un *ITINÉRAIRE DU VOYAGE EN ORIENT* qui figure parmi les meilleurs guides de la collection Joanne. Lorsqu'il aborda la carrière médicale, Isambert était donc en âge d'en apprécier toutes les difficultés. Si haut placé que fût son but, il le poursuivait avec persévérance, confiant dans sa volonté et dans son énergie. Le succès se fit attendre. Il ne se rebuta pas, et ses efforts obtinrent la récompense qu'il ambitionnait. Nommé médecin des hôpitaux et professeur agrégé en 1866, Isambert s'était voué, depuis quelques années, à la pratique spéciale des maladies du larynx; il en avait fait l'objet d'un enseignement fort apprécié, apportant dans cette situation, souvent délicate, du médecin spécialiste, ses habitudes d'exquise honnêteté et de confraternité scrupuleuse. Il était dans la voie d'un succès modeste, le seul qu'il ambitionnait, mais qui allait croissant chaque jour.

Isambert a laissé quelques travaux qui n'ont pas passé inaperçus. Sa thèse sur *L'EMPLOI DU CHLORATE DE POTASSE SPÉCIALEMENT DANS LES AFFECTIONS COUENNEUSES* était un travail consciencieux, fruit d'observations et d'expériences nombreuses. C'est en étudiant l'élimination du chlorate de potasse par les urines qu'il se reconnut lui-même diabétique. Il a publié également dans différents recueils, et principalement dans la *GAZETTE HEBDOMADAIRE*, où il écrivit pendant quelques années, plusieurs travaux intéressants sur la trachéotomie, les rash varicelleux, la leucocytémie adénoïde; les manifestations pharyngiennes et laryngées de la scrofule. Dans ces dernières années, il prenait une part active à la collaboration des *ANNALES D'OPHTHALMOLOGIE ET DE LARYNGOSCOPIE*. Il laisse inachevé un ouvrage sur les maladies du larynx, qui devait résumer ses leçons cliniques. La mort l'a surpris au milieu de ses travaux et de ses espérances. Il n'était âgé que de quarante-neuf ans.

Tous ceux qui ont vécu dans l'intimité d'Isambert ont apprécié sa droiture, la stréte de son commerce, son sentiment élevé de la dignité médicale. Son collègue et ami M. le docteur Cadet de Gassicourt a su, dans l'allocution qu'il a prononcée sur sa tombe, interpréter avec émotion les regrets de ses confrères. MM. Rigal, au nom de la Société des agrégés, et Dumontpallier, au nom de la Société de Biologie, lui ont rendu successivement un hommage sympathique. M. le pasteur Coquerel, ami de la famille Isambert, présidait à la cérémonie religieuse et a salué d'un éloquent adieu les restes de notre collègue.

BLACHEZ.

— Nous avons annoncé la mort de M. Delieux de Savignac (Joseph-François-Jacques-Augustin). dont la nouvelle nous était venue presque au moment de mettre sous presse. Ce confrère si regretté, né à Paimpol (Côtes-du-Nord), avait été reçu docteur en 1844. Sauf un livre de philosophie médicale, dont la *GAZETTE HEBDOMADAIRE* a rendu compte, et quelques articles de pathologie médicale (maladies des Européens dans les pays chauds, maladies des articulations, taches bleues, etc.), tous les travaux de Delieux ont porté sur la thérapeutique. On en pourra trouver une liste détaillée dans les *ARCHIVES DE MÉDECINE NAVALE* (t. XXI, p. 70), où elle remplit plusieurs pages; un grand nombre de ces travaux consistent en des articles publiés dans le *DICTIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES*, qui perd en lui un de ses collaborateurs les plus actifs et les plus instruits. M. Delieux avait quitté, il y a quelques années, sa position de premier médecin en chef de la marine pour venir à Paris se livrer à la pratique civile. Très-apprécié de ses confrères pour ses connaissances spé-

ciales, il avait été élu président de la Société de thérapeutique de Paris.

Il a succombé aux suites d'une très-ancienne maladie du cœur.

— On annonce la mort de M. Alexandre Ricord, frère du célèbre chirurgien.

INAUGURATION DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GENÈVE.

Nous avons indiqué dans un de nos précédents numéros (n° 32, p. 511) le programme des cours de la Faculté de médecine de Genève, et nous avons, à ce propos, cherché à faire voir que si le gouvernement suisse a fait des sacrifices pour recruter ses professeurs, ceux-ci ont répondu par leur zèle et leur courageuse initiative aux exigences qu'a le droit de montrer une Université qui se fonde et qui veut durer. Les fêtes qui viennent d'être célébrées à l'occasion de l'inauguration de la nouvelle école montrent bien que la Suisse tout entière a su reconnaître l'influence qu'elle peut avoir et les services qu'elle rendra certainement un jour. La Genève intellectuelle qui, pendant si longtemps, a donné à la science plus de noms éminents que les Universités les plus richement dotées; la patrie des Calvin, Th. de Bèze, Spanheim, Trembley, de Saussure, Pictet, Jurieu, de la Live, de Caudolle, etc., etc., a voulu montrer qu'elle saurait oublier les tristes et stériles discussions qui absorbent depuis quelques années l'attention de ses gouvernants pour ne songer qu'à réaliser les projets de ces profonds esprits qui, dès le XVI^e siècle, s'étaient donné pour tâche de faire de Genève une république savante et lettrée.

Nous ne pouvons qu'approuver les généreux sacrifices auxquels a consenti le grand Conseil, l'intelligence avec laquelle ont été choisis les professeurs de la nouvelle Faculté, la remarquable direction imprimée dès le début aux études médicales. Au reste, le succès répond déjà à toutes les espérances que l'on pouvait concevoir. Le nombre des élèves inscrits est considérable (une soixantaine, dit-on); les bâtiments de la Faculté de médecine pourront servir de modèle à toutes les écoles à créer. La nouvelle Faculté peut compter sur l'appui de l'opinion publique, non-seulement en Suisse, mais partout où l'on sait apprécier le vrai mérite et les tendances sincèrement libérales. Réjouissons-nous donc avec nos confrères généreux et souhaitons-leur tout le succès qu'ils méritent. Le *Journal de Genève* entre dans de longs détails sur les cérémonies officielles organisées pour fêter l'installation de la Faculté. Mais nous supprimons ce récit, qui ne serait peut-être pas d'un très-grand intérêt pour nos lecteurs.

EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1878. — Ont été nommés membres de la Commission :

1^o Classe 14 (*Médecine, Hygiène et Assistance publique*) :

MM. Barth, membre de l'Académie de médecine. — Bédard, professeur à la Faculté. — Beau-Barde, chef de l'établissement hydrothérapique d'Auteuil. — Bergeron, médecin légiste. — Bouley, membre de l'Institut. — Broca, professeur de la Faculté de médecine, à Paris. — Chatin, directeur de l'École supérieure de pharmacie de Paris. — Chéru, médecin de la Société internationale des secours aux blessés. — Ladreit de Lacharrière, médecin en chef de l'Institut national des sourds-muets. — Liouville, agrégé de la Faculté de médecine. — Loiseau (Charles). — Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie. — Reliquet. — Roussel. — Terrillon, chirurgien des hôpitaux. — Thévenot (A.). — Vulpian, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

2^e Classe 47 (*Produits chimiques et pharmaceutiques*) :

MM. Armet de l'Isle, fabricant. — Berthelot, membre de l'Institut. — Camus père, fabricant de produits chimiques. — Chris (Léon), fabricant. — Clermont (Philippe de), professeur suppléant au Jardin des plantes. — Drouin, négociant. — Ferrand, pharmacien. — Fourcade, ancien manufacturier. — Gérard, fabricant de produits chimiques. — Kuhlmann fils, fabricant de produits chimiques. — Morin (Paul), sénateur. — Regnaud, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine. — Schlesinger, directeur de l'École d'application des manufactures de l'Etat, professeur à l'Institut agronomique. — Tilburce Ferry, ancien juge au tribunal de commerce.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 10 octobre, ont été promus dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

Au grade de *médecin principal de 1^{re} classe* : MM. Védrens et Chappuy.

Au grade de *médecin principal de 2^e classe* : MM. Messager et Raoul.

Au grade de *médecin major de 1^{re} classe* : MM. Jacob, Mairt, Fauque, Molmier et Nilon.

Au grade de *pharmacien principal de 2^e classe* : M. Chreit.

Au grade de *pharmacien major de 1^{re} classe* : M. Gilet.

HOPITAL DES ENFANTS. *Cours clinique complémentaire de la Faculté*. — M. le docteur Blachez, agrégé, commencera ce cours le samedi 11 novembre, à neuf heures, dans l'amphithéâtre de l'hôpital, et le continuera les samedis suivants à la même heure. — Les jeudis, conférences de diagnostic à la consultation.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. le docteur Vidal reprendra le cours de ses conférences cliniques, à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Jean, le lundi 6 novembre, et les continuera les lundis et vendredis suivants. — Le lundi à neuf heures et demie, leçon sur l'anatomie normale et l'anatomie pathologique de la peau. — Le vendredi à neuf heures, visite des malades et conférence clinique sur les affections cutanées.

ÉCOLE PRATIQUE. ÉLECTROTHERAPIE. — M. le docteur Onimus commencera un cours public le vendredi 10 novembre, à cinq heures, amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera tous les vendredis suivants à la même heure. Il traitera, cette année, de l'EMPILOI DE L'ÉLECTRICITÉ DANS LES AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. le docteur Rathery commencera, le mardi 7 novembre, à cinq heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, un cours public de pathologie interne, et le continuera les mardis et samedis à la même heure. Les premières leçons seront consacrées à l'étude des maladies exanthématiques fébriles et en particulier des fièvres éruptives.

ÉCOLE PRATIQUE. COURS DE THÉRAPEUTIQUE. — M. le docteur Dujardin-Basmetz commencera à l'École pratique, amphithéâtre n° 3, le mercredi 8 novembre à cinq heures du soir, un cours de thérapeutique qu'il continuera les mercredis suivants.

COURS D'OPHTHALMOLOGIE. — M. le docteur Abadie commencera ses leçons cliniques d'ophtalmologie le vendredi 3 novembre, à deux heures, et les continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

CLIENTÈLE VACANTE. — A céder, pour cause de santé et à des conditions très-avantageuses, une clientèle médicale dans une ville très-importante du sud-est. S'adresser au bureau du journal.

État sanitaire de Paris :

Du 20 au 26 octobre 1876, on a constaté 810 décès, savoir :

Variole, 7. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 0. — Fièvre typhoïde, 40. — Erysipèle, 2. — Bronchite aiguë, 26. — Pneumonie, 36. — Dysentérie, 1. — Diarrhée cholériforme des enfants 6. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 18. — Croup, 22. — Affections puerpérales, 4. — Autres affections aiguës, 209. — Affections chroniques, 367, dont 158 dus à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 36. — Causes accidentelles, 26.

SOMMAIRE. — PARIS. Académie de médecine : Observation de gastrostomie. — Alimentation des nouveau-nés. — De la coloration des vins par les fuchsines. — TRAVAUX ORIGINAUX. Obstétric : Eclampsie coëxistante avec le travail de l'accouchement. — CONGRÈS SCIENTIFIQUES Congrès international d'hygiène et de sauvetage ouvert à Bruxelles le 27 septembre 1876. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Académie de médecine de Belgique. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — REVUE DES JOURNAUX. Travaux à consulter. — BIBLIOGRAPHIE. Manuel pratique des maladies de l'enfance. — Index bibliographique. — VARIÉTÉS. Nécrologie : M. le docteur Isambert. — Inauguration de la Faculté de médecine de Genève. — FEUILLETON. Curiosités médicales.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 9 novembre 1876.

Académie de médecine : L'ALLAITEMENT DES NOUVEAU-NÉS.

TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE : M. L. LE FORT. — ACTION PHYSIOLOGIQUE DE L'ACIDE SALICYLIQUE ET DU SALICYLATE DE SOUDE. — Société de biologie : RECHERCHES SUR LE SANG DES ANÉMIQUES. PROCÉDÉ POUR DOSER LES ALCALOÏDES ÉLIMINÉS PAR L'URINE. — CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHILADELPHIE.

L'allaitement des nouveau-nés.

C'est principalement sur la qualité des différents laits de femme et d'animaux, sur les moyens les plus propres à la constater que la discussion a porté dans la dernière séance. Sur cette question les orateurs se divisent en deux camps. Pour les uns l'analyse chimique, l'examen microscopique ne donnent que des résultats absolument insuffisants. Le plus sûr réactif du lait, c'est l'enfant. Le meilleur lait, de quelque façon qu'il réponde à l'analyse, est celui qui fait prospérer l'enfant. D'autres accordent aux analyses et à l'étude microscopique une importance capitale; ces procédés d'examen permettraient de juger péremptoirement de la qualité d'un lait, d'en reconnaître les défauts.

Nous croyons, en effet, qu'un lait qui répond d'une manière satisfaisante aux épreuves micrographique et chimique a bien des chances de constituer un bon aliment: mais il faut, en tous cas, que les deux modes d'examen soient associés, et si l'on ne pouvait disposer que de l'un d'eux, l'examen chimique nous paraîtrait offrir beaucoup plus de garanties. Il nous élaire, en effet, sur la quantité absolue et relative des différents principes constituants du lait. Le microscope ne s'adresse qu'aux globules; il ne nous révèle rien de la composition du sérum. Même en ce qui constitue les globules, il ne faudrait pas lui accorder une confiance absolue; l'importance qu'on a attribuée à leur abondance et à leur volume a été certainement exagérée. Nous avons, et tous les médecins ont connaissance de faits analogues, examiné des laits dont les globules paraissent irréprochables au point de vue de la forme, du volume, de l'abondance et avec lesquels des enfants, nés d'ailleurs dans d'excellentes conditions, dépérissent de la manière la plus inquiétante; les mères (c'était de leur lait qu'il s'agissait) étaient dans un état de santé des plus satisfaisants et n'abandonnaient qu'à la dernière extrémité à des soins mercenaires leurs enfants, que le lait d'une nourrice régénérât en quelques semaines; et, nous le répétons, rien ne pouvait faire supposer dès l'abord que la mère ne fût elle-même une excellente nourrice.

Nous croyons donc, avec la majorité des accoucheurs, que l'enfant est encore le meilleur réactif de la qualité d'un lait, et que lorsqu'il ne réussit pas pris au sein de la mère, quelle

que soit la réponse du chimiste ou du micrographe, lors même que la constitution et la santé de la mère ne laisseraient rien à désirer, le parti le plus sûr sera toujours de confier l'enfant à une nourrice de bonne apparence.

Mais ces discussions ne visent qu'une des faces de la question de l'allaitement. L'allaitement maternel doit être favorisé autant que possible, rien n'est plus certain. Secours en nature et en argent, assistance à domicile, crèches, etc., doivent concourir dans la plus large mesure possible à seconder la bonne volonté des mères; mais il n'est pas moins certain que les conditions sociales, la misère et malheureusement aussi la mauvaise volonté des parents, opposent à l'allaitement maternel des obstacles qui en limitent singulièrement l'application. Est-il besoin maintenant de répéter que l'allaitement par une nourrice, si favorable à l'enfant quand il est sérieusement pratiqué, entraîne une foule d'inconvénients, dont un des principaux est de placer dans les conditions les plus fâcheuses l'enfant de cette même nourrice, exposé à son tour à tous les dangers contre lesquels on cherche à garantir son frère de lait. Et dans combien de cas cet allaitement par la nourrice est-il convenablement surveillé? Il suffit d'assister à une consultation dans un hôpital d'enfants pour voir dans quel état revient une foule de prétendus nourrissons. A quelle nourriture ont-ils été condamnés tous ces petits êtres étiolés, languissants, séniles qui viennent encombrer nos hôpitaux et dont les organes digestifs surmenés, épuisés, n'assimilent plus aucun aliment? La meilleure qualité d'une nourrice de campagne c'est assurément une bonne vache, disait Rayer. Encore faut-il qu'on sache en utiliser le lait.

Dans l'état actuel des choses, les nourrices sur lieux rendent de signalés services et permettent d'élever dans les villes, sous les yeux des parents, bien des enfants auxquels le lait maternel fait défaut et qui sont placés dans de mauvaises conditions pour l'allaitement artificiel.

Ce que nous disons pour les nourrices sur lieux est-il applicable aux nourrices qui viennent chercher dans les villes les enfants qu'elles doivent allaiter et élever à la campagne? Nous ne le croyons pas. Dans la grande majorité des cas les enfants qui leur sont confiés courent des risques de toute nature, à commencer par celui de recevoir une nourriture toute différente de celle qu'on s'est engagé à leur donner. L'expérience prouve tous les jours que les nourrices, désireuses de garder leur lait pour leur propre enfant, donnent de bonne heure à leur pensionnaire des aliments de toute nature; qu'elles agissent de même, lorsque leur lait commence à se tarir; que leur ignorance, leur incurie exposent l'enfant à toutes sortes de dangers; qu'elles ne soupçonnent les maladies qu'alors qu'elles ont déjà déterminé des désordres irrémédiables; qu'elles déguisent l'état de souffrance des nourrissons pour ne pas être obligées de les rendre aux parents et perdre les profits qu'elles en tirent. Si d'un autre côté on tient compte des résultats remarquables que donne dans les

campagnes un allaitement artificiel bien dirigé, on arrive à cette conviction qu'il y a tout à gagner à favoriser cet allaitement artificiel en l'entourant de toutes les précautions propres à en assurer le succès.

Nous croyons donc qu'il faudrait entrer résolument dans une voie nouvelle et chercher à substituer au placement des enfants chez les nourrices l'élevage par l'allaitement artificiel pratiqué à la campagne, dans des conditions déterminées et que l'expérience améliorerait chaque jour.

Cette idée qui n'est pas nouvelle pour nous est partagée par beaucoup de nos confrères et, dernièrement, au Congrès de Bruxelles, notre collègue, le docteur Proust, demandait l'établissement de fermes d'élevage où cette méthode pourrait être expérimentée.

Un établissement de ce genre devrait être installé à une petite distance de Paris, 20 à 40 kilomètres, en pleine campagne. Les vaches destinées à fournir le lait y seraient nourries, non à l'étable, mais aux pâturages. La même vache devrait être affectée à un certain nombre d'enfants. Le lait serait, au moment de l'allaitement, soumis à une température constante. L'expérience apprendrait bientôt dans quelles proportions il conviendrait de le couper, suivant l'âge, la constitution de l'enfant.

Un pareil établissement nécessiterait une surveillance attentive. Nous croyons qu'il serait facile de la confier soit à une communauté, soit à des femmes expérimentées. Il n'est pas douteux qu'une pareille mission n'ait pour beaucoup de femmes un attrait particulier. Évidemment le personnel devrait être nombreux.

Il conviendrait, surtout dans les premiers temps, d'attacher à l'établissement quelques nourrices avec leurs enfants. Elles offriraient une précieuse ressource dans les cas où, malgré toutes les précautions prises, certains nourrissons seraient absolument rebelles à l'allaitement artificiel et périraient malement.

Naturellement, un médecin expérimenté aurait la haute direction du régime des enfants. Il serait également indispensable que l'état de santé des animaux fût constaté et surveillé par un vétérinaire.

Un essai de ce genre devrait être fait tout d'abord dans des proportions fort restreintes. L'établissement pourrait être installé dans une propriété de l'État. Plus tard, si le succès répondait à nos espérances, l'installation pourrait se faire sur une plus vaste échelle; mais il faudrait toujours éviter les accumulations trop considérables d'enfants dans un même établissement.

Nous n'avons nullement la prétention de donner ici aucune indication définitive. Il s'agit simplement d'appeler l'attention du public médical et de tous ceux qui s'intéressent à cette question palpitante de la mortalité des nouveau-nés, sur une idée qui peut être féconde. Elle peut se résumer en quelques mots. Étant donnés les résultats très-encourageants obtenus à la campagne par un allaitement artificiel bien dirigé, chercher à placer dans ces conditions avantageuses le plus grand nombre possible d'enfants et à les soustraire aux mille dangers qu'ils courent loin des parents, chez des nourrices mercenaires, ignorantes ou insouciantes. Nous souhaiterions bien vivement que cette question éveillât l'attention publique, et fût l'objet de quelque généreuse initiative. S'il y a lieu, nous y reviendrons avec empressement.

BLACHIEZ.

Traitement des rétrécissements de l'urèthre.

Les méthodes et les procédés de dilatation brusque, de divulsion et d'uréthrotomie interne et externe, dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre, ont été l'objet de discussions et d'argumentations, quelquefois passionnées, à une époque peu éloignée.

Si l'on en juge par les publications les plus récentes, les méthodes lentes et patientes sont celles qu'il importe le plus de faire connaître aux praticiens. En effet, les cas exceptionnels demandant l'intervention des méthodes dites de force, soit qu'on dilate brusquement par déchirure, ou par divulsion, ou par section le rétrécissement, ont avec raison attiré l'attention des chirurgiens; il est fort utile de rappeler que, dans le plus grand nombre de cas, il est possible de remplacer par une intervention plus lente mais plus bénigne des opérations dont les dangers ont apparu en même temps que la pratique en devenait plus fréquente.

La dilatation lente est en définitive le traitement le plus ordinaire des rétrécissements, « le vrai traitement » comme le dit M. Le Fort, puisqu'il accompagne et complète tous les autres et seul maintient la guérison.

En pareille matière, les moindres détails sont importants, c'est pourquoi nous croyons devoir citer la description même que M. Le Fort a donnée de son procédé de *Dilatation graduelle et immédiate*.

« J'engage, dit-il, dans le rétrécissement une fine bougie analogue à la bougie conductrice de l'uréthrotome, bougie portant à son talon une petite pièce métallique munie d'un pas de vis. Y visse d'abord une petite plaque qui me sert à la maintenir en place, et je la laisse séjourner dans le canal pendant vingt-quatre heures au moins. Or, sous l'influence de l'irritation que détermine sa présence, il se passe dans la muqueuse une modification organique qui a pour résultat d'augmenter la sécrétion du mucus uréthral, d'assouplir la muqueuse et même les tissus du rétrécissement de telle façon que la bougie, serrée au moment de son introduction, joue après vingt-quatre heures très-librement dans le canal.

» Lorsque cet effet a été produit, je dévisse la plaque et je visse au talon de la bougie une bougie conique en maillechort dont le diamètre à la pointe est celui de la bougie flexible et dont le diamètre le plus large répond au n° 10 de la filière Charrière. Comme on le ferait avec l'uréthrotome, je pousse la bougie métallique dans le canal, et celle-ci pousse devant elle la bougie flexible, qui pénètre et se replie dans la vessie; je fais pénétrer doucement la sonde, qui ne peut s'égarer, grâce à la bougie conductrice qui la guide, et j'ai ainsi commencé la dilatation. Je retire la sonde métallique et, lorsque le talon de la bougie flexible, qui ne doit pas abandonner la vessie, a apparu hors du méat, je dévisse la sonde n° 1 et je la remplace par la sonde n° 2, dont le diamètre, à la pointe, est le même, mais qui s'augmente jusqu'à équivaloir au n° 15 de la filière. Si le rétrécissement est difficile à dilater, s'il y a une notable résistance, je ne poursuis pas plus loin et j'attends au lendemain en laissant en place la bougie conductrice; mais, le plus souvent, j'introduis de suite le n° 3, qui a, dans sa partie large, le diamètre du n° 20 de la filière. Cela fait, le rétrécissement n'existe plus, j'introduis une sonde n° 15 ou 16, que je laisse à demeure pendant trois ou quatre jours, après quoi je passe des bougies jusqu'aux n° 21, 22 ou 23; j'apprends au malade à se souder, et dès lors mon rôle est terminé, c'est au malade à maintenir la guérison en se pas-

sant tous les jours, puis tous les deux jours, puis toutes les semaines pendant plusieurs mois, une bougie de gomme élastique. »

M. Le Fort peut invoquer en faveur de cette dilatation graduelle une pratique de sept années. Ses succès n'étonneront pas les chirurgiens qui ont l'expérience du traitement des rétrécissements de l'urètre.

II.

Action physiologique de l'acide salicylique et du salicylate de soude.

(Quatrième article.)

Avant de passer en revue les mémoires nombreux qui concernent l'action thérapeutique de l'acide salicylique et de ses composés, il est utile, pour le jugement que nous aurons à porter, de résumer les phénomènes physiologiques produits par ces agents sur l'organisme des animaux. Malheureusement, tandis que sur l'action antifermentescible antiputride l'accord s'est établi, tout d'abord, entre le plus grand nombre des observateurs, sinon dans les détails, au moins dans l'ensemble, au contraire, au point de vue de l'expérimentation physiologique, les recherches sont relativement peu nombreuses en ce qui concerne les animaux et l'homme sain, et, de plus, les résultats sont tellement contradictoires, qu'il serait difficile de formuler des conclusions précises sur l'action physiologique de l'acide salicylique et de ses composés.

Les premières expériences faites sur des animaux ont eu principalement pour objet de déterminer quelle peut être la dose nocive de l'acide salicylique sur divers animaux, et quelles lésions causent la mort. À cet égard, les expériences de Feser et Friedeberg (*Archiv f. wissenschaftliche u. praktische Thierheilkunde*, octobre 1875, et *Moniteur de P. Ménière*, n° 5 et suivants, analyse) ont donné quelques résultats que nous devons consigner; c'est ainsi que chez le chien l'acide salicylique à la dose de 50 centigrammes par jour, pendant deux semaines, n'amène aucun trouble organique; sur les brebis, 3 grammes par jour, pendant deux semaines, ne produisent rien d'anormal; chez des vaches, on a pu porter la dose quotidienne à 50 grammes; un cheval a pris par jour 10 grammes sans aucun inconvénient. Ce n'est qu'avec des doses beaucoup plus fortes qu'on observe des accidents: par exemple, pour des brebis, à la dose quotidienne de 20 grammes, la mort survient du second au troisième jour; toutefois la dose de 50 grammes en trois jours ne produit, sur une autre brebis, aucun trouble appréciable des fonctions de circulation, de digestion ou de calorification. Les résultats de ces expériences ne permettent pas de préciser l'action sur la température et sur la respiration; mais il faut noter plusieurs faits importants: en premier lieu, la présence de l'acide salicylique dans les urines rapidement observée chez divers animaux, par exemple chez des brebis, une heure après l'ingestion de 5 grammes d'acide; chez un cheval une demi-heure après l'ingestion; de même, l'élimination de l'acide salicylique cesse environ vingt-quatre heures après l'absorption de cet agent. (La réaction la plus caractéristique de l'urine contenant de l'acide salicylique est la coloration bleue plus ou moins intense par l'addition de perchlorure de fer.)

Nous noterons, en second lieu, les résultats d'une autopsie de brebis qui a succombé après l'ingestion de 20 grammes d'acide salicylique: des suffusions sanguines en divers points

du tissu cellulaire intermusculaire, et plus particulièrement des ecchymoses à la surface du cœur, enfin l'état grasseyé non coagulé du sang et la présence dans l'oreillette d'une sérosité contenant de l'acide salicylique.

Si nous analysons les expériences de Fürbinger (*Centralblatt für die medic. Wissenschaft.*, n° 18, 1875), de Zimmermann (*Archiv für experimentelle Pathologie*, 1875, p. 248), nous trouvons des variations tellement accusées que l'on ne peut en déduire des conclusions pour le moment.

En effet, Fürbinger fit d'abord prendre à des hommes en bonne santé et à des lapins de petites doses d'acide salicylique: il n'obtint aucun effet sur la calorification. Chez des lapins atteints de fièvre produite par la friction d'huile de croton, il n'observa pas d'effet bien évident. Au contraire, chez des lapins atteints de fièvre septicémique produite artificiellement, et chez des lapins atteints de fièvre pyémique produite par l'injection sous-cutanée de pus, Fürbinger, dans ces deux séries d'expériences, a constaté un abaissement notable de la température, lorsque l'acide salicylique était ingéré dans l'estomac, ou injecté sous la peau, la dose variant entre 3 et 15 grammes; cet abaissement se produisait, d'ailleurs, cinq ou six heures après l'ingestion.

Zimmermann, de son côté, a pratiqué des expériences analogues sur des lapins atteints de fièvre putride produite par l'injection de liquides putrides; il a constaté que l'acide salicylique n'a pas produit d'effets antiputrides prononcés.

Si nous recherchons le mode d'action produite par l'acide salicylique chez l'homme sain, nous retrouvons la même incertitude. Tandis que Feser et Friedeberg, Riegel, Buss arrivent à des conclusions négatives, c'est-à-dire que sur l'homme sain des doses modérées d'acide salicylique ne trouble pas la calorification; d'autres auteurs constatent un abaissement de la température. Riess (*Berliner Klinische Wochenschrift.*, n° 50, 51, 1875) a observé une diminution constante de la température, lorsqu'il faisait prendre 5 grammes d'acide salicylique dans une solution de phosphate de soude ou de carbonate de soude. L'abaissement de température, dans vingt-trois observations, a été en moyenne de 90 degrés centigrades en quatre à six heures, le pouls n'étant pas modifié.

Enfin, Gedl (*Einfluss der Salicylsäure u. des salicylsäuren Natron auf die Temperatur*, in *Centralblatt f. d. w. Wissenschaft.*, n° 23, 1876) a répété récemment ces expériences; il a donné l'acide salicylique à la dose de 5 grammes en opiat ou en suspension dans l'eau, et le salicylate de soude à la même dose et à l'état pulvérulent. Or, dans trois cas, les effets ont été incertains et ne peuvent être comptés; sur neuf autres cas, il y a quatre exemples d'abaissement de température; deux cas où, sans abaissement, il y a eu diminution des changements quotidiens de la température, la courbe des températures du matin et du soir devenant presque horizontale; et enfin, dans deux cas, les résultats sont négatifs. L'abaissement de température n'a été important que dans un cas où il a atteint 8 degrés centigrades au-dessous de la température la plus basse de l'individu observé; dans les autres cas, l'abaissement a été très-faible.

De nombreuses explications ont été proposées pour rendre compte de ces divergences, et depuis deux ans les discussions sont multipliées en Allemagne sur ce sujet, nous n'y treprendrons pas d'en faire le résumé, qui nous entraînerait fort loin; cependant nous devons signaler les travaux principaux et les opinions qui ont été plus particulièrement discutées.

Parmi les recherches expérimentales, celles de Köhler (*Salicylsäure u. salicylsäures Natron*, in *Centralblatt f. d. med. Wiss.*, 1876, n° 10, 11) méritent la plus grande attention, parce que cette fois les expériences ont été conduites avec la rigueur des procédés habituels de la physiologie. En effet, Köhler a étudié l'action de l'acide salicylique et du salicylate de soude sur la respiration, la circulation, la calorification; il a comparé les résultats obtenus suivant que les deux agents étaient ingérés dans l'estomac ou bien injectés dans la veine jugulaire. Les recherches ont été fort nombreuses; elles sont résumées sous forme de tableaux dans le *CENTRALBLATT* (1876, n° 10 et 11), et les résultats peuvent en être exposés succinctement. Lorsqu'on injecte dans la veine jugulaire d'un chien ou d'un lapin une solution d'acide salicylique pur, on observe un abaissement de la pression qui est proportionné à la dose ingérée; en même temps le pouls devient très-élevé et est ralenti. Ces mêmes effets persistent après la section des nerfs pneumogastriques ou de la moelle; cette action est comparable à celle du chloral sur la pression sanguine, et la persistance du phénomène après la section des nerfs pneumogastriques indique une action spéciale et directe de l'acide sur le cœur ou son appareil ganglionnaire. Le salicylate de soude produit des résultats tout à fait semblables.

Lorsqu'on porte dans l'estomac l'acide salicylique, ces phénomènes ne se présentent pas; il y a seulement un peu de ralentissement de la respiration; le salicylate de soude ingéré dans l'estomac amène des phénomènes semblables à ceux qu'il produit lorsqu'il est injecté dans la veine jugulaire. L'acide salicylique et le salicylate de soude produisent tous deux un ralentissement de la respiration persistant après la section des pneumogastriques. Tous deux amènent un abaissement de la température.

Les deux agents ont donc physiologiquement une action identique, mais l'acide salicylique n'agit pas aussi nettement sur la pression sanguine que le salicylate de soude, quand l'absorption est faite par le tube digestif. Cette particularité tiendrait, suivant Köhler, à ce que l'acide salicylique n'agit sur le sang qu'après transformation en salicylate de soude et que, dans l'estomac, l'acide salicylique ne se transforme pas en assez grande quantité pour produire les troubles circulatoires.

Ces expériences, en montrant un côté nouveau du mode d'action de l'acide salicylique, ont ramené l'attention sur les diverses théories expliquant l'action de l'acide salicylique sur le sang; nous reviendrons sur ce sujet lorsque, après avoir exposé l'action thérapeutique de ces agents, nous apprécierons dans leur ensemble les propriétés générales de l'acide salicylique.

A. HENOCQUE.

Recherches sur le sang des anémiques. — Procédé pour doser les alcaloïdes éliminés par l'urine.

Il nous a paru intéressant d'appeler l'attention de nos lecteurs sur deux communications importantes faites à la dernière séance de la Société de biologie.

On sait quelle importance ont prise depuis quelques années les études d'hématologie, et déjà, à plusieurs reprises, nous avons donné dans la *Gazette* l'analyse de travaux intéressants, faisant bien voir que la numération des globules, l'analyse chimique, etc., ne sont pas seulement des études spéculatives, et qu'elles fournissent à la thérapeutique ou à la

clinique des données utiles. La communication de M. Hayem le prouve à nouveau. Il a ajouté à la numération des globules dans l'anémie des recherches sur la coloration de ces globules et leur volume, recherches qui permettront dans bien des cas de modifier ou de le varier suivant les indications obtenues. On trouvera plus loin (*Société de biologie*, p. 717) des détails sur les procédés de M. Hayem et les résultats déjà obtenus. Nous ferons cependant une réserve: comme il y a dans sa méthode une appréciation par l'œil qui peut varier suivant les personnes, nous pensons qu'elle doit être réservée pour la clinique, et que dans des recherches scientifiques il faudrait substituer à l'œil un instrument exact, le colorimètre proposé par M. Hayem, ou tout autre moyen fournissant des résultats invariables.

— La recherche des substances éliminées par les reins peut, dans bien des cas, importer, soit pour apprécier l'état du rein lui-même, soit pour juger de la rapidité de l'absorption, et consécutivement du mode et de la puissance d'action de certaines substances médicamenteuses. Ces recherches, faciles pour les médicaments d'origine minérale, viennent d'être vulgarisées par M. Bouchard pour les alcaloïdes. Depuis longtemps l'iodure double de potassium et de mercure était employé pour constater la présence des alcaloïdes dans les urines, c'est donc uniquement dans le dosage exact de ces corps que consiste l'intérêt de la communication de M. Bouchard (voyez *Soc. de biol.*, p. 717). Nous reviendrons prochainement plus au long sur ce sujet, quand M. Bouchard communiquera les résultats obtenus selon l'état des reins, selon les divers alcaloïdes, la manière d'être des divers sujets et d'autres conditions générales ou personnelles.

H. CH.

Congrès international de Philadelphie.

Après avoir rendu compte des Congrès qui ont successivement attiré l'attention du monde scientifique à Sheffield, à Clermont-Ferrand et à Bruxelles, nous ne pouvons passer sous silence le Congrès international qui vient de réunir à Philadelphie un grand nombre de savants de tous les pays. Nous avons déjà fait connaître le programme de cette fête scientifique, qui avait été organisée à l'occasion du centenaire de l'Indépendance américaine; on trouvera plus loin le résumé des principaux travaux qui ont occupé les différentes sections pendant la durée de la session.

Nous ne ferons que signaler les adresses inaugurales qui ont trait aux progrès des sciences médicales en Amérique pendant ce dernier siècle. L'*Address* en médecine, lue par le docteur Flint, présente un grand intérêt historique. L'auteur rappelle les services rendus à la science par la presse médicale américaine et expose les principales découvertes qui ont illustré son pays. Il fait particulièrement l'éloge de Morton et de Warren, qui ont reconnu et mis à profit les propriétés anesthésiques de l'éther. D'importants discours ont été prononcés aussi sur l'hygiène, la médecine publique, la biographie médicale, la médecine légale; mais nous ne nous étendrons pas sur tous ces documents, qui présentent un grand intérêt, mais qui se rattachent plus particulièrement aux institutions médicales des États-Unis. (Voyez p. 714).

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

SUR UN CAS DE LIGATURE PRÉVENTIVE DE LA CAROTIDE EXTERNE PAR L'ABLATION D'UN OSTÉO-SARCOME DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR, par E. PINGAUD, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Le 10 janvier 1830, Lizars (d'Edimbourg), voulant procéder à l'extirpation du maxillaire supérieur droit, lia préalablement la carotide externe chez une femme de quarante-cinq ans, affectée d'une tumeur sarcomateuse développée dans le sinus maxillaire. La malade put se promener dans sa chambre le vingt et unième jour et sortir le trentième. Elle quitta Edimbourg pour Dumfries le vendredi 5 mars (*Gaz. méd.*, 1831, p. 776). Cette observation serait malheureusement apocryphe, à ce croira Jules Robert (thèse de Paris, 1873, n° 311), qui, malgré toutes ses recherches, n'a pu en découvrir le texte original.

Le 17 novembre 1830, Scott, de London-Hospital, ayant à enlever le maxillaire supérieur droit sur un nommé Georges Robinson, âgé de quarante-huit ans, se mit à l'abri d'une hémorragie en liant au préalable la carotide externe. Le 21 le malade commençait à manger et allait bien; mais l'observation s'arrête là. (*John Scott, Lond. med. Gaz.*, t. VII, p. 286.)

Le 24 février 1841, Wutzer (de Bonn), ayant à traiter un malade, Henri Behr, âgé de quarante et un ans, portant sur l'amygdale gauche une tumeur volumineuse qui faisait craindre la suffocation, lia, avant d'extirper la tumeur, la carotide externe gauche. Le malade guérit de l'opération, mais la tumeur récidiva. (*Lancet*, 1829-30, t. II, p. 21.)

Le 12 octobre 1847, ce même chirurgien pratiqua, sur un homme de 38 ans, la ligature de la carotide externe et de la thyroïdienne supérieure pour faciliter l'extirpation d'une tumeur du cou et de l'isthme du gosier. Le malade sut bientôt de l'hôpital guéri de cette opération. (*Canstatt Jahresber.*, 1847, p. 425.)

En 1858, Busch (de Bonn) lie la carotide externe chez un homme de trente-quatre ans, afin d'enlever un tumeur sarcome du pharynx et de l'amygdale. Un mois après le malade était guéri. (*Schmidt's Jahrbücher*, 1858, t. XCVIII, p. 344.)

En 1869, Heine (de Prague), se disposant à enlever au histouri un anévrysme cirsoïde de la région auriculaire gauche, lie d'abord la temporale superficielle et l'auriculaire postérieure; puis, en raison de la persistance des battements dans la tumeur, la carotide externe. L'opération n'en nécessite pas moins la ligature de 22 artères. Une hémorragie, fournie le cinquième jour par la carotide externe, oblige à lier la carotide primitive; néanmoins, onze jours après, la guérison était complète. (*Prag. Viertel. Jahr. f. Pract. Heilkunde*, 1869, Bd CIII, H. et B. 404.)

Le 19 janvier 1870, M. Verneuil ayant à extirper un ostéosarcome du maxillaire inférieur chez le nommé Jean Folk, âgé de trente-deux ans, fit au préalable la ligature de la carotide externe. Une hémorragie ayant paru dans la nuit du cinquième au sixième jour et s'étant reproduite le septième, ce chirurgien dut lier la carotide primitive, et le malade mourait le lendemain. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1870, p. 82.)

Le 21 février 1872, M. Tillaux fait la ligature de la carotide externe avant de procéder à l'ablation d'un cancer de la base de la langue. Sept jours après, l'opéré succombait à la pyhémie. (Th. Anger, thèse d'agrégation en chirurgie, 1872.)

Le 16 décembre 1872, M. Duménil, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Rouen, lie la carotide externe pour mettre un terme à une epistaxis incoercible fournie par un gros polype nasopharyngien. Deux hémorragies secondaires, dont l'une nécessite la compression de la carotide primitive, se font par la plaie les sixième et septième jour et s'arrêtent heureusement. La ligature tombe sans accident le douzième jour, et le len-

demain le chirurgien profite de l'ischémie déterminée par cette opération pour enlever en toute sécurité, par la voie maxillaire (réjection temporaire), la tumeur naso-pharyngée. Le malade guérit. (*Mém. de la Soc. de chir.*, 1873.)

Telles sont les rares observations de ligature préventive de la carotide externe que les annales de la science aient enregistrées jusqu'à ce jour. On comprend donc que nous ne fassions un devoir de relater le cas nouveau dont on va lire les détails.

Ons. *Sarcome du maxillaire inférieur; deux ablations successives; récidive rapide; troisième ablation; ligature préliminaire de la carotide externe et de la thyroïdienne supérieure; fil d'attente sous la carotide primitive; mort; examen des vaisseaux.* (Observation recueillie par les docteurs Faneuclon et Mercier, aides de clinique.) — Auguste Balaz, âgé de vingt-cinq ans, soldat au 28^e de ligne, est entré à l'hôpital du Val-de-Grâce le 16 mars 1876, salle 29, lit 17. Ce malade est atteint d'un sarcome nodulaire du maxillaire inférieur ayant débuté par les alvéoles des incisives et des canines, vers les premiers jours de janvier 1876.

Le 20 mars, M. Gaujot pratique l'ablation de cette tumeur en enlevant presque toute la portion horizontale du maxillaire, sauf la partie qui soutient les deux dernières molaires de chaque côté. Les surfaces de section paraissent être saines.

Les douleurs lancinantes recommencent à se montrer environ un mois après; il se fait une repullulation rapide de la tumeur. On décide une nouvelle ablation en désarticulant les deux branches montantes.

Le 12 juin, M. Gaujot commence par enlever la branche gauche avec la portion de tumeur qui en part, et à ce moment constate que la tumeur envoie des prolongements vers la fosse pterygoïde et le pharynx. Ne pouvant faire une extirpation complète, il préfère ne pas continuer l'opération en laissant la branche montante droite avec les bourgeons néoplasiques qui en partent.

Depuis, la tumeur a pris un rapide développement. Les bourgeons qui partent de la portion du maxillaire laissée à droite sont devenus énormes; il ont envahi toute la cavité de la bouche, et viennent même faire saillie par l'orifice buccal sous forme de masses mamelonnées et arrondies; ils abaiscent fortement le plancher de la bouche, refoulent en bas et en arrière l'os hyoïde et donnent ainsi à la région du menton et de la mâchoire inférieure un volume presque aussi considérable que la partie supérieure de la face. Du côté gauche sortent, par les lèvres de l'incision faite pour la dernière opération, de nombreux bourgeons sarcomateux. On ne trouve pas de généralisation notable dans les ganglions cervicaux, non plus que dans les ganglions sous-maxillaires et parotidiens. Il n'y a plus ni déglutition, ni phonation possibles; la langue est aplatie contre la paroi interne de la joue gauche. On donne à boire au malade avec une cuiller dont le bout pointu a blessé à plusieurs reprises les bourgeons de la tumeur et donné lieu à des hémorragies assez abondantes et difficiles à arrêter. La respiration est fort gênée par l'envahissement de la région sous-hyoïdienne et la pression exercée sur le larynx et le corps thyroïde par cette énorme masse. Les douleurs sont tellement vives et la situation de ce malheureux si lamentable que plusieurs fois il parle de se suicider si l'on ne fait rien pour lui. Il refuse les injections de morphine; par des badigeonnages avec du perchloreure de fer pur, on essaye, mais en vain, d'amener la mortification des bourgeons. Malgré le défaut d'alimentation, les hémorragies, tant par les opérations antérieures que par les créatures de la cuiller, la constitution était encore robuste.

Voilà quel était l'état de ce malade quand M. Pingaud, se fondant sur ce que la tumeur, bien que considérable, paraissait nettement circonscrite et refoulait les tissus bien plus qu'elle ne les englobait, crut pouvoir en entreprendre l'extirpation totale, mais en se mettant au préalable à l'abri de toute surprise hémorragique par la ligature préventive de la carotide externe.

En conséquence, le 1^{er} août, le malade étant chloroformisé avec précaution fut placé dans le décubitus dorsal, la tête dans une légère extension, la face inclinée vers le côté gauche. L'énorme développement de la tumeur ne permit pas de donner en haut une très-grande précision à l'incision des ligaments. Cette incision, d'une longueur de 7 centimètres environ, suivait le sterno-mastoldien le long de son bord antérieur à partir de son quart supérieur et venait se terminer à 4 centimètre en arrière de l'angle du maxillaire inférieur. Section du peaucier, puis de l'aponévrose superficielle; ligature et section de deux veines assez volumineuses appartenant au tronc facio-lingual. Le doigt, plongé dans

la plaie, reconnaît le ventre postérieur du digastric, et tout à fait en bas et au fond, la grande corne de l'os hyoïde, que le néoplasme a fortement refoulé en bas et en arrière. Il est donc probable que le paquet des vaisseaux carotidiens a dû subir un changement de direction; qu'il a dû être refoulé en dehors et en arrière. Il devient donc nécessaire d'inciser le muscle sterno-mastoïdien. On le coupe sur son bord interne dans une étendue de 1 centimètre environ. On coupe ensuite l'aponévrose profonde, et en explorant avec la plus minutieuse attention, on trouve un petit tronçon artériel qui semble longer parallèlement la grande corne de l'os hyoïde, se dirigeant cependant un peu en haut et en arrière. On croit tenir l'artère linguale, mais en la dénudant dans une assez grande étendue, on s'aperçoit, à sa direction générale, que l'on a affaire à la thyroïdienne supérieure. On passe un fil au-dessous de ce vaisseau pour ne point le perdre; et on le suit non sans peine, tant il s'enfonçait profondément, et à son côté externe on ouvre, de dedans en dehors, la gaine vasculaire. On voit alors la carotide primitive et l'anse nerveuse formée par l'anastomose du grand hypoglosse avec la branche descendante interne du plexus cervical; on passe un fil sous la carotide primitive, on l'abandonne sans la serrer, on continue à ouvrir la gaine vasculaire et, à 1 centimètre plus haut, on arrive sur la bifurcation de la carotide. La carotide externe est isolée de l'interne et liée entre la thyroïdienne inférieure et la linguale, tout près de cette dernière. La thyroïdienne supérieure est également liée, à 2 centimètres environ de son point d'émergence; le fil, passé sous la carotide primitive, est laissé comme fil de sûreté. Pendant toute cette opération, faite presque à blanc, on n'a pas aperçu la veine jugulaire interne. Les fils ont été passés de dehors en dedans.

On procède ensuite à l'ablation de la tumeur et à la désarticulation de la branche montante droite. L'opération n'a donné lieu qu'à un peu d'écoulement de sang veineux. Les bourgeons sarcomateux, qui se sont développés à gauche et font saillie par les lèvres de l'ancienne incision, sont largement enlevés à coups de ciseaux. La plaie ainsi produite est naturellement très-étendue, les lèvres en sont très-écartées, mais on réussit cependant à les réunir dans leur plus grande étendue. Un pansement simple est appliqué.

Le lendemain la température s'éleva un peu, le malade se plaint d'oppression, de points douloureux dans les deux côtés de la poitrine; il a la gorge sèche et toussé un peu; nous sommes en présence d'une pneumonie double, probablement développée par suite du contact de l'air froid, que le malade aspire par la bouche et par la vaste brèche laissée par l'opération. Bientôt celui-ci s'affaiblit de plus en plus, et il meurt le second jour après l'opération, sans avoir présenté aucun trouble intellectuel.

L'autopsie des vaisseaux nous intéresse seule. La carotide primitive ne présente pas la plus petite altération par le contact du fil de sûreté. Pas le moindre caillot au voisinage de la ligature jetée sur la carotide externe; pas la moindre concrétion fibrineuse. Les tuniques moyenne et interne sont bien coupées. La thyroïdienne supérieure présente un caillot rouge et ferme dans presque toute la longueur du bout lié.

Nous compléterons cette observation en disant un mot des dispositions anatomiques spéciales que nous ont offertes à l'autopsie les collatérales fournies par la carotide. Elles étaient on ne peut plus défavorables au succès de la ligature et étaient très-probablement amenées une hémorrhagie secondaire si le malade eût vécu quelques jours de plus.

Le bouquet des collatérales supérieures naissait, en effet, immédiatement au-dessus de la bifurcation du tronc commun, et il n'y avait aucune trace de caillot au voisinage de la ligature, sauf dans la thyroïdienne supérieure, que nous avions d'ailleurs liée à 2 centimètres environ de son point d'émergence. Toutefois, la brièveté du tronc carotidien externe ne nous avait pas paru aussi considérable sur le vivant que nous le trouvions sur le cadavre. Cela s'explique aisément par le retrait longitudinal qui s'opéra dans toute l'étendue du vaisseau après la séparation de la pièce sur le cadavre.

De fait et alors que nous jetâmes la ligature sur l'artère, il nous parut qu'à partir de la naissance de la thyroïdienne, qui semblait émerger de la carotide primitive au niveau même de son angle de bifurcation, le tronc carotidien externe était dépourvu de toute collatérale dans l'étendue de 1 centimètre environ. C'est du moins la distance à laquelle nous crûmes

êtreindre le vaisseau, en prenant la précaution, pour faire porter le fil le plus haut possible, d'attirer en bas le sinus carotidien avec le beed d'une sonde cannelée. Mais nous ne nous doutions guère que la linguale et la faciale fussent si près du point où nous serriions le fil, et que la lumière elle-même de cette dernière fût comprise dans la ligature. C'est, en effet, ce qu'a révélé l'autopsie: le tronc carotidien commun et ses deux branches secondaires ayant été fendues suivant leur longueur, nous pûmes constater que la ligature étranglait la carotide externe à tout au plus 2 millimètres de son angle de séparation de la carotide interne, qu'à son niveau même s'abouchait la faciale et immédiatement au-dessus d'elle la linguale. Quant à la thyroïdienne supérieure, elle naissait du renflement carotidien, — d'ailleurs peu prononcé, — à 6 millimètres environ de l'éperon formé par les carotides secondaires.

Ainsi bien nous en avons pris de placer un fil d'attente sous la carotide primitive et de donner les indications nécessaires pour qu'on le serrât au premier signal d'hémorrhagie.

Cette manœuvre elle-même eût-elle conjuré le danger? C'est peu probable, car l'hémorrhagie se serait vraisemblablement reproduite par le bout supérieur et les deux collatérales qui s'y abouchaient directement.

Ce n'est donc point sans raison que M. Richet a dit que «c'était moins la difficulté opératoire qui devait arrêter le chirurgien que la crainte de tomber sur une disposition anatomique que l'on rencontre fréquemment et qui consiste dans la division de la carotide externe en plusieurs branches immédiatement après sa naissance.»

Nous n'ignorons pas que cette crainte serait peu fondée si l'on s'en rapporte aux recherches anatomiques de M. Guyon sur la longueur moyenne du tronc carotidien externe (*Mém. de la Soc. de chir.*, t. VI, p. 197) et surtout à la statistique des hémorrhagies secondaires qu'a fournies la ligature de ce vaisseau. Mais il suffit de quelques faits malheureux, — et il y en a que trop d'avérés, — pour justifier l'appréhension de l'éminent chirurgien de l'Hôtel-Dieu et nous la faire partager dans une certaine mesure.

On ne saurait trop, d'ailleurs, se méfier des statistiques. Elles ne tendent à rien moins qu'à faire de la ligature de la carotide externe une opération quasi inoffensive. Or, rien de plus faux. La faute, nous le savons, en est moins aux statisticiens qu'aux opérateurs qui en général s'engagent peu volontiers dans la voie tracée par Roux et ne livrent pas sans répugnance à la publicité leurs cas malheureux.

Mais est-ce à dire que ces derniers seuls soient répréhensibles et que les adeptes de la chirurgie numérique soient à l'abri de tout reproche? Non certes, et nous en avons la preuve en ce moment sous les yeux.

Nous lisons dans une statistique récente (J. Robert, thèse de Paris, 1873), portant sur 24 opérations, qu'une seule fois la mort en fut la conséquence directe (fait de M. Panas), 2 fois la conséquence indirecte (faits de MM. Maisonneuve et Verneuil), que 2 fois enfin elle fut totalement étrangère à la ligature (faits de MM. Tillaux et Lannelongue).

Plus près de nous encore (1874), on peut lire dans un ouvrage de médecine opératoire que sur 25 cas de ligature connus jusqu'à ce jour une seule fois la mort s'en serait suivie: une hémorrhagie consécutive ayant nécessité la ligature du tronc commun. Au moins à ce cas malheureux aurait-il fallu ajouter celui de M. Panas, ce qui eût porté à 2 le chiffre des morts directement imputables à la ligature. Mais passons.

Une troisième statistique, qui elle tient du prodige et où l'art de faire parler les chiffres s'élève à la hauteur d'une institution, nous vient directement d'Allemagne. Cette statistique est vraiment trop curieuse pour que nous résistions au plaisir d'en donner un aperçu. C'est à Madelung que nous la devons (*Archiv für Klin. Chir.*, vol. XVII, 4^e fasc., p. 644); elle porte sur 53 cas, qui se répartissent de la façon suivante: 7 pour la guérison de tumeurs vasculaires; 8 préalablement

à l'extirpation d'une tumeur; 11 pendant une semblable opération; 3 pour la guérison du tic douloureux (opération mise à la mode par Roser); 2 pour la guérison d'anévrysmes traumatiques; 3 pour amener l'atrophie de tumeurs cancéreuses; 7 pour arrêter des hémorragies; 7 fois enfin la carotide fut liée des deux côtés, 4 fois pour des cancers de la langue; 1 fois pour un anévrysmes cirsoïde (cas de Madelung); 1 fois préalablement à l'extirpation d'une tumeur; 1 fois enfin dans un but inconnu.

Or, de ces 53 opérés : 7 succombèrent avant la guérison complète de la plaie : on ne saurait donc dire si une hémorragie ne les eut pas emportés plus tard; 2 furent emportés par des accidents cérébraux consécutifs à la ligature de la carotide primitive, faite sans doute pour remédier à des hémorragies secondaires; 3 furent victimes d'un épuisement occasionné par une perte de sang, vraisemblablement encore par des hémorragies secondaires; 2 enfin furent enlevés par des complications étrangères à la ligature; au total 14 morts dont un seul, — toujours celui de M. Maisonneuve, — par le fait de la ligature. Si donc on considère que 7 fois la carotide a été liée des deux côtés, on trouve 1 mort pour 60 opérations ! ce qui assurerait à la ligature de ce vaisseau une bénignité prodigieuse.

Sans douter un seul instant de la bonne foi des statisticiens, nous avons eu la curiosité de soumettre leurs chiffres à un travail complet de révision et d'éplucher, si l'on peut ainsi parler, une à une, les observations qui ont servi de base à leurs travaux, en France au moins, car nous n'avons pas eu le loisir de dépouiller à notre gré le dossier des Allemands. Or, voici le résultat auquel nous sommes arrivés :

Sur 34 observations que nous avons relevées, et qui d'ailleurs figurent toutes dans la statistique allemande : 1 ne prouve absolument rien, le fil de la ligature ayant été enlevé le soir même; 1 autre est apocryphe et 4 laissent douter que ce fut vraiment la carotide externe qui fut liée; 10 se réduisent à une mention pure et simple de l'opération et de sa terminaison uniforme par la guérison; 6, ayant également abouti à la guérison, portent cette seule indication : pas d'accidents consécutifs; 2 mentionnées guéries sont incomplètes, la relation de l'observation s'arrêtant au cinquième jour; restent 10 observations, bien authentiques, suffisamment détaillées, et ce sont *elles seules*, circonstance qu'il est particulièrement intéressant de noter, qui ont fourni *tous les accidents et toutes les morts*. A ce titre elles méritent donc de nous arrêter un instant.

Parlons d'abord des hémorragies secondaires : ces 10 opérations en donnèrent 5 dont 3 nécessitèrent la ligature de la carotide primitive, qui deux fois amena la mort (faits de MM. Maisonneuve et Verneuil); le cas de guérison appartient à Heine); les 2 autres purent être heureusement maîtrisées une fois par la compression de la carotide (fait de M. Duménil), une fois par le tamponnement de la plaie (deuxième fait de M. Verneuil). Ainsi 5 hémorragies; 3 ligatures du tronc commun; 2 morts. Outre ces deux morts, ces 10 opérés en fournirent 3 autres : 1 par le fait même de la ligature (phlegmon du médiastin postérieur, fait de M. Panas); 2 par une cause étrangère à cette opération : pyohémie (M. Tillaux); hémictie (M. Lannelongue).

Le bilan, comme on le voit, des 10 seules opérations, — et nous ne saurions trop insister sur ce point, — qui présentent toutes les garanties d'authenticité désirables, est plus sombre que ne le font nos statisticiens, et si l'on veut bien nous accorder que notre malade eut eu une hémorragie, c'est encore une unité malheureuse de plus à ajouter à son actif. Mais nous n'insistons pas. Nous voulions simplement démontrer que les craintes exprimées par M. Richet n'étaient pas aussi chimériques que les statistiques tendaient à le faire croire, et que tous ces échafaudages de chiffres soumis au crible de l'analyse ne méritent pas la créance aveugle qu'il

est aujourd'hui de mode de leur accorder. Nous croyons l'avoir fait.

Malgré tout, le précepte formulé dès 1855 par M. Maisonneuve (mémoire à l'Académie des sciences) de substituer, chaque fois que cela est possible, la ligature de la carotide externe à celle du tronc commun, n'en subsiste pas moins. Il ne reçoit, en effet, aucune atteinte de cette rigueur nouvelle dans le danger de la première, la gravité de la ligature de la carotide primitive demeurant toujours hors de proportion avec celle de sa branche externe; mais nous pensons qu'il faudra désormais être moins confiants dans le succès de l'opération; y regarder à deux fois avant de serrer le fil, et au besoin placer, par mesure de précaution, ainsi que nous l'avons fait, un fil d'attente sous le vaisseau principal. Dans tous les cas il est de règle, ainsi que notre maître M. Sédillot l'a fait et le conseille depuis longtemps, de lier simultanément ou isolément la thyroïdienne supérieure.

Nous terminons par quelques mots sur les difficultés opératoires que nous avons rencontrées, et cela pour donner satisfaction à M. Guyon, qui, dans son excellent mémoire à la Société de chirurgie, exprime le regret, bien légitime du reste, que la plupart des opérateurs aient complètement négligé de consigner les détails de la manœuvre et, si l'on peut dire, les surprises qu'ils ont rencontrées en chemin.

Avant de commencer l'opération, nous ne nous dissimulions pas les difficultés qui nous attendaient en raison de l'énorme développement de la tumeur vers la région sus-hyoïdienne, et malgré nous s'éveillaient dans notre esprit le souvenir de deux observations que nous avions lues : celle de M. Richet liant la carotide primitive pour l'externe (*Un. méd.*, août 1872), et celle de M. Panas (thèse de J. Robert) liant la thyroïdienne supérieure au lieu et place de la même artère. On comprend du reste que ces deux méprises entre pareilles mains fussent pour nous matière à réflexion. Toutefois notre plan était bien arrêté. Nous étions résolu à aller chercher directement le vaisseau sous l'hyoglosse, ainsi que le conseille M. Guyon. Or, l'hyoglosse, disons-le de suite, nous ne le vîmes pas de toute l'opération.

Aussitôt après avoir mis à nu le bord interne du sterno-mastoïdien, nous trouvâmes au-dessous de lui un petit faisceau musculaire dont la direction suivait à très-peu près celle du muscle précédent. C'était le ventre postérieur du digastrique qui guida notre doigt jusqu'à l'os hyoïde singulièrement abaissé et refoulé en arrière. Nous comprîmes de suite, à voir combien les cornes de cet os se perdaient sur les côtes dans les parties molles, qu'il nous serait difficile, pour ne pas dire impossible, de trouver les vaisseaux. Nous nous décidâmes alors à un débridement transversal de la peau et du sterno-mastoïdien, au niveau de l'angle inférieur de notre première incision. Ce débridement opéré, prenant pour point de repère le digastrique, nous allâmes à la recherche de l'hyoglosse, mais ce fut en vain. Toutefois cette exploration minutieuse de la plaie eut une conséquence des plus heureuses : elle nous permit, en effet, de découvrir au-dessus de la corne de l'hyoïde un vaisseau qui marchait à peu près parallèlement à elle et que nous primes tout naturellement pour la linguale : c'était la thyroïdienne. Nous la soulevâmes sur un fil, afin d'être sûr de ne point la perdre, et nous la suivîmes en déchirant les tissus sur ses côtés avec des pinces jusqu'à la carotide, où elle nous conduisit. Nous étions désormais maître de la situation. La gaine celluleuse des vaisseaux ouverte avec précaution, nous passâmes un fil sous l'artère pour nous assurer d'elle, puis, remontant jusqu'à sa bifurcation, nous reconnûmes les deux carotides secondaires, que nous séparâmes l'une de l'autre, et, ainsi que nous l'avons dit, nous déprimâmes leur sinus de bifurcation avec une sonde cannelée, pour mettre en évidence la plus grande longueur possible de la carotide externe et y jeter un fil, ce que nous fîmes. Tous ces différents temps de l'opération s'accomplirent du reste avec une grande régularité et avec une lenteur

excessive, si bien que nous n'eûmes pour ainsi dire pas de sang et que nous pûmes isoler les vaisseaux avec autant d'exactitude qu'à l'amphithéâtre.

C'est donc à la thyroïdienne supérieure que nous fûmes conduits sur la gaine des vaisseaux; sans elle il est douteux que nous fussions arrivés jamais jusqu'à elle, tant elle était située profondément et déjetée sur les côtés.

Resterait à examiner une dernière question : celle de l'opportunité de la ligature envisagée comme prologue d'une autre opération.

On comprend que nous n'abordions point un sujet qui est sans cesse remis en discussion depuis 1828, et qui à l'heure où nous sommes attend encore une solution. Qu'il nous suffise de dire que depuis le mémorable tournoi dont il fut le prétexte en 1863 à la Société de chirurgie, aux faits cités par M. Verneuil pour établir dans certains cas l'impérieuse nécessité de la ligature préventive des artères, se sont ajoutés depuis ceux de Foucher et de M. Panas, qui l'un et l'autre durent, sous peine de voir le malade leur mourir dans les mains, se décider à terminer l'opération par où ils auraient dû la commencer : par la ligature de la carotide externe.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Congrès international d'hygiène et de sauvetage
ouvert à Bruxelles le 27 septembre 1876.

(Fin. — Voyez le numéro 44.)

Section d'hygiène médicale (suite).

PRÉSIDENTIE DE M. LE DOCTEUR CROQC (DE BRUXELLES).

Réunie en assemblée générale, sous la présidence de M. le docteur Crocq, la section d'hygiène médicale a entendu le rapport de M. Bergé, sur la question suivante :

« Comment peut-on constater sûrement et facilement la mort réelle? Le permis d'inhumation doit-il être précédé d'une constatation par un homme compétent? Faut-il recommander l'institution des coroners anglais? Quelles sont les mesures qui peuvent concilier les garanties contre l'inhumation précipitée avec le prompt enlèvement des cadavres? Faut-il établir des dépôts mortuaires? Dans l'affirmative, quel est le meilleur mode d'installation et quelles sont les précautions à prendre pour le transport des morts? Indiquer les avantages et les inconvénients des inhumations ordinaires et des divers modes de crémation. »

L'honorable rapporteur se prononce pour la création de dépôts mortuaires, très-utiles notamment en temps d'épidémie, indispensables dans les agglomérations urbaines. Il critique le développement des concessions à perpétuité et des caveaux de famille, qui augmentent au préjudice des vivants l'espace consacré aux morts. Abordant l'examen de la question de l'incinération, et la dégageant de toute préoccupation religieuse, il n'hésite pas à déclarer qu'au point de vue hygiénique comme au point de vue du respect dû aux morts, la crémation est préférable aux enterrements. Le seul procédé décent est la crémation par les foyers à gaz, notamment par les fours Siemens. La seule objection sérieuse est la crainte d'une entrave à la recherche des causes de décès, mais l'enquête préalable à la crémation, bien préférable à une autopsie tardive, ferait tomber l'objection.

Ces conclusions sont combattues par M. le docteur Bouchut qui, après avoir rappelé tous les travaux qu'il a publiés depuis trente ans sur la certitude des signes de la mort, donne comme signes absolument certains l'absence de battements de cœur, pendant cinq minutes, sur chacun des points de la région précordiale où on peut les entendre et la cardio-puncture. A ces signes, M. Bouchut en ajoute deux autres qu'il

a fait connaître : ce sont la coloration grise du fond de l'œil, vu à l'ophthalmoscope, et l'abaissement de la température axillaire à 22 degrés au-dessus de zéro. Pour les gens sans instruction, ne sachant pas lire, M. Bouchut a proposé l'emploi d'un *nécromètre* ou thermomètre, divisé en deux parties par un seul zéro correspondant à 22 degrés. Si l'instrument est au-dessous de ce chiffre, la mort est certaine. M. Bouchut considère les dépôts mortuaires comme absolument inutiles. Il ne croit pas que les cimetières soient aussi dangereux qu'on l'a prétendu. La science n'a pas fait connaître la nature des miasmes qui s'en échappent et qui ne tuent ni les fossoyeurs, ni les jardiniers, ni les marbriers, ni les porteurs. « Nous avons à Paris, dit M. Bouchut, des cimetières intérieurs, tels que Montmartre, Montparnasse et le Père-Lachaise. J'aimerais beaucoup moins habiter derrière l'Hôtel-Dieu que derrière le cimetière Montmartre. D'après l'expérience que j'ai de la vie, je crois que l'homme a beaucoup plus à craindre des vivants que des morts. »

M. J. Worms fait observer à ce sujet que la Préfecture de la Seine a fait instituer une série d'expériences pour arriver à connaître l'influence exercée sur la santé publique par les émanations des cimetières.

M. de Paeppe ne croit pas que les expériences de M. Bouchut soient suffisamment concluantes et, tout en rendant hommage à ses travaux, il reste partisan de la crémation « inoffensive au point de vue hygiénique, et beaucoup plus poétique, plus esthétique, puisque ce système évite la putréfaction. » M. de Paeppe repousse l'objection tirée de l'impossibilité des exhumations, en admettant que « la crémation coïncidera avec l'autopsie générale de tous les cadavres. » Le comte van der Straten-Ponthoz s'élève très-vivement contre la crémation, qu'il considère comme contraire aux principes de la civilisation chrétienne, et après une courte discussion, à laquelle prennent part MM. Charbonnier, Bouchut, Bergé, van der Straten-Ponthoz et de Paeppe, M. Laussedat termine le débat en constatant, en excellents termes, que si la question ne peut être immédiatement résolue, il n'en faut pas conclure qu'elle soit de nature à passionner les esprits. « La science, dit l'honorable député, ne dessèche pas les âmes, elle les élève, et je crois pouvoir dire, au nom des savants, que nous n'avons pas renoncé au sentiment pour nous, et que nous n'entendons pas y porter atteinte chez les autres. Mais les plus nobles sentiments s'égarant quand ils ne s'appuient pas sur la science. »

II. — Section des secours en temps de guerre.

Présidée par le prince de Caraman-Chimay, la section des secours en temps de guerre a voulu aborder la question de l'organisation des secours et du service médical en temps de guerre et, par conséquent, toutes les questions relatives aux sociétés de secours aux blessés, au matériel d'ambulance, etc., etc., questions bien difficiles à résoudre et que le Congrès n'a pu discuter qu'en partie.

Le docteur Appia, dans une série de rapports très-étudiés, avait indiqué quelques modifications à apporter à l'organisation du service médical en temps de guerre et aux rapports que les sociétés de secours aux blessés devraient avoir entre elles et avec l'autorité militaire. L'organisation hiérarchique de ces sociétés est nécessaire à une équitable répartition des secours, et M. Appia, comme tous les orateurs qui ont pris part à la discussion, admet que le personnel du champ de bataille doit être exclusivement militaire. Mais la difficulté consiste à régler les rapports qui doivent exister entre les sociétés civiles et l'administration de la guerre.

A ce propos, M. Riant a expliqué le fonctionnement de la Société française qui ne peut agir qu'avec le concours du ministre de la guerre. M. Heyfelder a donné quelques détails

sur les services que peuvent rendre en Russie les Sociétés de la Croix-Rouge; celles-ci, en effet, distribuent des secours dans les cas de calamité publique, telles que la famine dans le Samara. Le capitaine *Douglas Galton* a parlé des sociétés anglaises, enfin Mademoiselle *Behrends* a fait un tableau très-émouvant des difficultés qu'elle avait eu à surmonter, comme directrice d'ambulance, pendant la dernière guerre. Mais toutes ces conversations n'ont pu amener la réunion à quelque conclusion précise.

Le rapport de *M. Hernant* examine successivement les différents modèles de voitures et de fourgons d'ambulances, et il en discute les mérites. Il signale notamment l'importance de l'aménagement intérieur des voitures : ne pas superposer les blessés; laisser le plus d'air possible entre les lits ou les brancards; dans le centre de la voiture établir un couloir pour permettre aux médecins et infirmiers d'arriver à leurs blessés. L'honorable rapporteur examine également de très-près la question du transport par chemin de fer des malades et des blessés, et il rend justice aux efforts qui ont été faits en Allemagne pour arriver à la transformation des voitures ordinaires en ambulances.

La discussion qui s'engage entre MM. *Daucé, Forley, général Ohrouchew, Peltzer, Neudorfer* et *Friedrich*, ne nous apprend rien de nouveau. La question étudiée ensuite est celle de la ventilation des wagons d'ambulances. *M. Liebrecht* croit pouvoir attribuer à la bonne organisation de la ventilation dans les wagons le nombre relativement restreint de morts pendant le transport durant la guerre franco-allemande.

Puis vient une discussion intéressante sur la construction des appareils de ventilation (*Peltzer, Wolfhütel, Hirsch*) et sur la construction, « l'installation et l'aménagement des tentes et baraques » (rapport de *M. Bougard*). *M. Francisque Michel* donne quelques détails sur la ventilation des écoles et des salles d'hôpital à Paris, et *M. Mazzoni* insiste sur la nécessité de séparer les fiévreux des blessés. Mais, de toutes les questions, celle qui paraît avoir le plus intéressé et préoccupé la section est celle des soins à prendre des cadavres sur le champ de bataille.

Il s'agissait à la fois d'examiner quels sont les meilleurs moyens d'éloigner les maraudeurs des champs de bataille; — sur ce point, l'opinion unanime est que la police seule peut agir utilement; — en second lieu, de déterminer quels sont les modes les plus recommandables d'inhumation. C'est sur ce second point qu'a principalement porté la discussion. Les moyens usités jusqu'ici et surtout dans la guerre franco-allemande sont les procédés chimiques de destruction du cadavre et l'incinération par la chaux vive, le goudron et le pétrole. Selon *M. Vandevyvere*, cette dernière méthode est fort insuffisante. Les expériences de *M. le professeur Melsen* ont prouvé que le cadavre n'est pas détruit complètement. Il en reste après la crémation des parties essentielles qui se décomposent. Le docteur *Kuborn* a inventé un appareil crématore qui pourrait rendre de grands services. C'est un wagon pouvant brûler douze cadavres à la fois en une heure. *M. Vandevyvere* appelle l'attention sur cet appareil.

M. Crétetier, pharmacien à Bruxelles, qui à pendant la dernière guerre assaini les environs du champ de bataille de Sedan, conseille le procédé suivant : répandre sur le cadavre une couche de chlorure au-dessus de laquelle il répandait du goudron, puis du pétrole. Le cadavre, sans être brûlé, est ainsi « réduit » de telle sorte qu'il n'en reste que les os, les parties animales étant complètement carbonisées.

Le docteur *Neudorfer* préconise le procédé au ciment imaginé par *M. Steinbess*, et *M. Peltzer* celui de *M. Crabbe*, qui consiste à envelopper le cadavre d'une couche de charbon, puis de copeaux salicylés et à le placer dans des cercueils à claire-voie.

On discute ensuite l'opportunité de la création d'une

Société de la Croix-Noire, ayant pour but de donner ses soins aux morts. Mais la section ne paraît pas favorable à cette idée qui lui est soumise par un rapport de *M. Guillery*. Elle approuve, au contraire, les conclusions du rapport de *M. Van Roog*, inspecteur vétérinaire de l'armée belge, qui examine sous tous les points de vue la question des animaux blessés ou errants sur les champs de bataille, et plaide en excellents termes la cause des vétérinaires, en faveur desquels il réclame le bénéfice de la neutralité. Enfin, à l'occasion d'un mémoire du *Surgeon-major Porter, MM. Howard, White et Roth* échangent quelques idées sur l'éducation des chirurgiens de l'armée, l'importance de leurs fonctions, leur rôle en temps de guerre. *M. Roth* n'hésite pas à réclamer pour les médecins de l'armée une part dans la direction générale; il voudrait que les médecins militaires pussent, en suivant toutes les manœuvres, se familiariser avec les mouvements stratégiques, et que les officiers d'état-major n'ignorassent point les nécessités du service médical et sanitaire.

Après avoir écouté un intéressant rapport de *M. Bomberg* sur une question de législation internationale : celle des soins à donner aux prisonniers de guerre, la section discute les rapports de MM. *Heyfelder* et *Pilloy* sur les questions suivantes : organisation des renseignements dans les armées en campagne : *a*, bureau de renseignements; *b*, registres des blessés et des morts; *c*, correspondance avec les familles et avec les prisonniers; *d*, caisses et bureaux de dépôts pour les objets recueillis sur les champs de bataille.

M. Pilloy demande l'organisation d'un service indépendant : bureau central au ministère de la guerre, bureaux d'étapes suivant l'armée. Pour faciliter la constatation de l'identité des blessés, il recommande l'emploi de sachets en toile cirée munis d'une plaque en plomb où l'on pourrait inscrire le nom de chaque soldat.

M. Heyfelder développe les mêmes idées et réclame de plus la création d'un ministère spécial d'hygiène et de médecine.

La discussion engagée entre MM. *Nendörfer, Meinly, Van Krieger, Weber, Leuthold, Heyfelder* et de *Carananchimay* ne fait que développer cette idée de la nécessité de la création d'un service spécial chargé de recueillir avec soin les renseignements nécessaires pour constater l'identité des soldats morts pendant une action.

La question du ravitaillement des ambulances militaires a été présentée par *M. de Costère*, sous-intendant militaire, et discutée par MM. *Von Held, Houzé de Aulnoit et Riant*. Malgré quelques objections, la section est forcée de se rallier à l'opinion du rapporteur, qui déclare que les nécessités de la guerre rendent la charité privée et indépendante souvent dangereuse, parfois inutile et toujours gênante. « Ni ambulances, ni trains de charité, avait-il dit, sur le théâtre de la lutte sans que les personnels soient placés sous la main de fer de la discipline militaire. »

— Dans son assemblée générale tenue le 3 octobre sous la présidence du prince de *Carananchimay*, la Société de secours en temps de guerre est revenue sur la question de l'organisation des comités de secours avant et pendant la guerre. Le docteur *Appia* a donné lecture d'un rapport de *M. Moynier*, président de la Société genevoise de secours aux blessés. Ce rapport conclut à la fédération des diverses sociétés. Ses conclusions ont été combattues par MM. *Laus-sédet* et *Heyfelder*, qui, tout en rendant hommage à la Croix-Rouge et à ses fondateurs, MM. *Appia, Dunant, Moynier*, croient nécessaire l'autonomie et l'indépendance de toutes les sociétés de secours et rejettent l'idée d'un comité central et d'un lien fédératif officiel. A la presque unanimité, la section approuve les considérations développées par ces deux orateurs, auxquels vient se joindre *M. Von Held*.

Quelques observations de MM. *Furley, Merchie* et *Houzé de Aulnoit*, qui propose l'organisation de caisses de secours

par bataillon, afin de prévenir ou de traiter les maladies, terminent cette séance générale.

— Parmi les travaux de la section d'hygiène générale, nous ne ferons que mentionner la discussion qu'a soulevée la question suivante : « A quelles conditions de salubrité doivent satisfaire : a, les hospices, les hôpitaux et les maternités ; b, les installations provisoires, telles que les hôpitaux temporaires et les ambulances civiles. »

Les idées émises après le rapport de M. le docteur Herpin n'ont été, en effet, que la reproduction des arguments déjà développés l'année dernière à l'occasion du Congrès périodique des sciences médicales (voy. *Gaz. hebdomadaire*, 1875, p. 613 et suiv.).

— La séance générale de la section d'économie sociale avait à son ordre du jour la question suivante : « Danger de l'abus des boissons alcooliques et moyens d'y remédier. Faut-il recourir à des dispositions légales ou réglementaires ? Dans l'affirmative, formuler un projet de loi ou de règlement. »

Le docteur Desgains, rapporteur, avait soutenu la nécessité de diminuer autant que possible la consommation des boissons alcooliques. Pour atteindre ce but, il propose non-seulement l'augmentation du droit de débit des boissons alcooliques, le dégrèvement de la bière, du café et du thé, la répression de l'ivresse, mais encore et surtout le développement de l'instruction et de l'étude de l'hygiène.

Les considérations développées à ce sujet par les différents orateurs intéressent plutôt encore les économistes que les médecins. Contentons-nous de signaler le discours de M. le docteur Crocq :

« On commence, dit-il, par l'alcool, puis on cherche l'excitation et la jouissance dans des boissons frelatées, dans l'absinthe, plus dangereuse, parce qu'elle agit plus rapidement sur le cerveau ; puis lorsqu'on est blasé sur tout cela et qu'on peut aller plus loin, on boit de l'éther, du chloral, du chloroforme. Cela s'est vu en Irlande.

» L'alcool est un poison dont l'usage s'étend de plus en plus chez l'individu et dans la société. L'alcool fait tache d'huile. Il y a trente ans, quand un cas de maladie du cerveau ou de la moelle épinière se présentait dans les hôpitaux, les internes se précipitaient pour étudier ces maladies alors assez rares. Aujourd'hui les hôpitaux en sont pleins ; l'ivrognerie a doublé. Si nous continuons de la sorte nous marchons à la barbarie, à l'anéantissement de la civilisation. »

Une conférence sur l'abus du tabac peut être considérée comme le complément de cette séance générale.

Mentionnons encore, en raison des développements auxquels elles ont donné lieu, la discussion de la question des eaux et de l'influence que peuvent avoir les sels minéraux ou les matières organiques qu'elles renferment, et celle des systèmes les plus pratiques pour débarrasser une ville de ses immondices et de ses boues, d'utiliser les eaux vannes, de combattre les effets nuisibles des fumiers, etc., etc.

Nous ne saurions, sans dépasser les limites que nous impose ce compte rendu, rapporter avec quelques détails les diverses communications qu'ont provoquées ces diverses questions ; mais nous ne pouvons, en terminant, ne pas faire remarquer que, malgré l'étendue et la difficulté des problèmes soumis aux délibérations du Congrès d'hygiène et de sauvetage, les savants qui y ont pris part ont su rendre intéressantes la plupart de ses séances. Ces réunions internationales ont d'ailleurs un intérêt qu'il ne faut point méconnaître, celui de mettre en rapport les représentants de divers pays et de les unir plus intimement par les liens que cimentent l'estime due au talent et à l'honnêteté scientifique.

L. LEREBoullet.

Congrès international ouvert à Philadelphie le 4 septembre 1876, à l'occasion du centenaire de l'Indépendance américaine.

I. — Section de médecine.

PRÉSIDENCE DE M. LE DOCTEUR A. STILLÉ

Quatre questions principales étaient à l'ordre du jour : 1° Le typhus paludéen est-il un type spécial de fièvre ? 2° Le croup diphtérique et le croup pseudo-membraneux constituent-ils des affections distinctes ? 3° Les conditions de la vie moderne favorisent-elles le développement des affections nerveuses ? 4° Quelle est l'influence des altitudes sur la marche de la phthisie pulmonaire ?

Première question. — La section a adopté la conclusion suivante après une longue discussion : la fièvre typho-paludéenne ne peut être considérée comme un type spécial de fièvre ; elle semble résulter de l'influence combinée des causes qui produisent la fièvre paludéenne et la fièvre typhoïde.

Deuxième question. — Le docteur Smith ouvre la discussion par la lecture d'un long mémoire, et conclut que le croup est une affection locale, tandis que la laryngite diphtérique est la manifestation d'une affection générale. Cette opinion n'est pas adoptée par la section qui se contente de voter l'impression du mémoire du docteur Smith sans en adopter les conclusions.

Troisième question. — Le docteur Bartholow présente quelques considérations intéressantes sur l'influence de la civilisation sur les maladies nerveuses. L'auteur pense que l'augmentation des maladies nerveuses est plus apparente que réelle, mais il admet cependant que les excitations de la vie moderne, les révolutions politiques, les excès vénériens et l'alcoolisme ont une influence marquée sur le développement de ces maladies.

La section vote l'impression du mémoire du docteur Bartholow sans en accepter les conclusions.

Quatrième question. — M. le docteur Denison, rapporteur, donne lecture d'un important mémoire sur l'influence des altitudes sur la marche de la phthisie. Il étudie la question au point de vue de l'altitude, de la température, de l'humidité, de la tension électrique, etc. L'auteur pense qu'on a attaché trop d'importance à l'égalité de la température ; une température égale est presque toujours associée à l'humidité de l'atmosphère et à d'autres conditions défavorables à la grande majorité des phthisiques. Un climat sec et frais est préférable à un climat chaud et humide.

L'auteur insiste ensuite sur les avantages de la pression de l'air, de la tension électrique et de la présence de l'ozone dans les lieux élevés. On rencontre des conditions plus favorables à l'application de ces agents thérapeutiques ? M. Smith termine son travail par quelques considérations sur la géographie médicale des États-Unis et sur les stations élevées où le phthisique peut se rendre. Il signale, comme un des points les plus favorables, le *Rocky Mountain* et donne quelques développements sur le genre de vie que doit rechercher le malade qui se rend à ces stations.

La section vote l'impression du mémoire de M. Smith sans en adopter les conclusions.

II. — Section de chirurgie.

PRÉSIDENCE DE M. LE DOCTEUR A. ASHURST.

Questions à l'ordre du jour : 1° chirurgie antiseptique ; 2° traitement médical et chirurgical de l'anévrysme ; 3° traitement de la coxalgie.

Première question. — Le docteur *Hodgen*, professeur au Collège médical de Saint-Louis, ouvre la discussion sur la *chirurgie antiseptique*, en émettant les propositions suivantes :

1° La putréfaction peut se manifester dans les solides et les liquides de l'organisme avec ou sans le contact direct des germes ayant pris naissance dans l'air ou dans l'eau.

2° La putréfaction des solides et des liquides dans une plaie ouverte peut être empêchée dans beaucoup de cas si le contact des germes vivants est évité et si la vitalité de ces germes est détruite.

3° Il est possible de modifier les solides et les liquides de l'organisme de manière à prévenir la possibilité de la putréfaction.

4° Les difficultés qu'on rencontre dans la pratique s'opposent le plus souvent à la prévention de la putréfaction ; cependant les résultats obtenus jusqu'à ce jour, quoique très-incomplets, doivent nous encourager dans la recherche des agents antiseptiques.

Après une longue discussion, à laquelle ont pris part MM. Gross et Joseph Lister, la section a décidé qu'il était impossible, dans l'état actuel de la science, de se prononcer sur la valeur de la méthode antiseptique.

Deuxième question. Traitement de l'anévrysme. — Le rapporteur, M. Van Buren, professeur au Collège médical de Bellevue Hospital, propose les conclusions suivantes, qui sont adoptées par la section :

1° Le traitement de l'anévrysme par le repos, la position et la diète, tel qu'il est indiqué par Tufnell, présente de grands avantages dans les anévrysmes thoraciques et abdominaux.

2° Il doit toujours être appliqué dans les anévrysmes de l'innominée, de la sous-clavière, de l'aillaire et des iliaques avant d'avoir recours aux moyens qui mettent la vie en danger.

3° Dans les anévrysmes de la sous-clavière et des iliaques, l'opération de Hunter, avec ou sans moyens de prévenir l'hémorrhagie secondaire, n'est pas justifiable.

4° D'après les raisons mises en avant par Holmes et Henri Lee, l'ancienne opération ne peut pas être substituée à l'opération de Hunter, mais elle doit être réservée pour quelques cas spéciaux.

5° L'emploi du bandage d'Esmarch, dans le traitement des anévrysmes, n'est peut-être pas estimé à sa juste valeur.

6° Les observations récemment publiées par Levis et Bryant, dans lesquelles la guérison de l'anévrysme a été obtenue par l'introduction de crin dans le sac, permettent d'espérer de bons résultats de ce traitement. On pourrait substituer au crin le catgut préparé de Lister ou toute autre substance animale.

Troisième question. Traitement de la coxalgie. — Le rapporteur, M. le docteur Sayre, émet les propositions suivantes, qui sont adoptées par la section, à l'exception de la première qui a donné lieu à une vive discussion :

1° La coxalgie reconnaît presque toujours pour cause le traumatisme et n'est pas nécessairement associée à une constitution vicieuse.

2° L'immobilisation de la partie malade, l'exercice en plein air, une alimentation réparatrice constituent le meilleur traitement à opposer à cette affection.

3° Si ce traitement était employé au début de la maladie, la guérison serait obtenue dans la grande majorité des cas avec conservation plus ou moins complète des mouvements.

4° Lorsque la maladie est arrivée à la deuxième période, et que le pus existe dans l'articulation, il est préférable de l'évacuer avec un trocart, plutôt que de le laisser se frayer une issue par ulcération.

5° A la troisième période, lorsque les traitements indiqués ci-dessus ont échoué, la résection est non-seulement justi-

fiable, mais absolument nécessaire dans la grande majorité des cas.

6° La résection de la hanche est une opération qui se pratique facilement et qui n'entraîne par elle-même aucun danger.

7° Elle procure une guérison plus certaine, plus rapide et plus parfaite que si on abandonne le malade à lui-même. Les résultats qu'elle procure sont remarquables au point de vue du mouvement, de la forme et de l'utilité du membre.

III. — Section de physiologie et de biologie.

PRÉSIDENCE DE M. LE DOCTEUR AUSTIN FLINT.

Les principales questions à l'ordre du jour se rattachaient aux fonctions excrétoires du foie et au mécanisme des articulations.

Première question. — Le docteur *Austin Flint*, rapporteur, présente un long mémoire, dont nous reproduisons les conclusions qui ont été adoptées par la section :

1° La cholestérine existe à l'état de santé dans la bile, le sang, la matière nerveuse, le cristallin, la rate et le méconium.

2° La cholestérine est en grande partie formée dans la matière nerveuse d'où elle passe dans le sang. Le sang recueille la cholestérine par son passage dans le cerveau. La formation de cette substance est constante et on la retrouve toujours dans le sang.

3° La cholestérine est séparée du sang par le foie et excrétée avec la bile. Son utilité n'a pas encore été démontrée : lorsqu'elle s'accumule dans le sang, elle produit des effets toxiques.

4° La bile a deux fonctions bien distinctes : la première se rattache à la nutrition à laquelle contribuent les sels biliaires, le glycocholate et le taurocholate de soude ; la seconde est une fonction excrétoire qui a pour but l'excrétion de la cholestérine contenue dans le sang.

5° Les fèces normales ne contiennent pas de cholestérine. Cette dernière substance est représentée par la stercorine, qu'on désignait autrefois sous le nom de séroline. La conversion de la cholestérine en stercorine n'a pas lieu cependant lorsque la digestion est arrêtée ; on en trouve, en effet, dans les fèces après le jeûne et dans le méconium.

6° La présence de la cholestérine dans le sang constitue l'affection qu'on a désignée sous le nom de cholestéramie. Elle est caractérisée par des symptômes cérébraux et peut être accompagnée d'ictère.

7° La cholestéramie ne s'observe pas dans toutes les maladies du foie. Cet organe peut être le siège de désordres plus ou moins graves et conserver la faculté d'excréter la cholestérine.

8° Dans les cas d'ictère simple, même lorsque les fèces sont décolorées, il n'y a pas accumulation de cholestérine dans le sang.

9° La cholestérine est par rapport au foie dans les mêmes conditions que l'urée est au rein.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

VINS FUCHSINÉS. — M. *Bergeret* fait connaître dans une note plusieurs cas d'empoisonnement produits par les vins rehaussés en couleur au moyen de la fuchsine arsénicale, et

indique des procédés pour reconnaître cette substance. (Renvoi à la commission des arts insalubres.)

CHOLÉRA. — M. Ch. Pigeon adresse un mémoire intitulé : RÉPUTATION DE LA DOCTRINE DU CONGRÈS INTERNATIONAL DE CONSTANTINOPLE SUR LE CHOLÉRA. (Renvoi à la commission du prix Bréant.)

SUR L'APPAREIL ÉLECTRIQUE DE LA TORPILLE (troisième partie). Note de M. Ch. Rouget. (Voy. Gaz. heb., 1876, p. 666.)

NUTRITION DE L'EMBRYON DANS L'ŒUF DE LA POULE. Note de M. C. Dareste. — L'auteur tire de ses observations cette conclusion : que l'albumine nécessaire à la nutrition de l'embryon ne concourt pas à la nutrition du blastoderme lui-même. Il a vérifié cette prévision en étudiant des blastodermes qui s'étaient développés sans produire d'embryon, et qui cependant avaient recouvert la surface presque entière du jaune. Dans ces conditions, l'albumine forme au-dessus du blastoderme une couche parfaitement continue. Il faut donc admettre que le blastoderme tire ses éléments du jaune, tandis qu'au début de l'incubation, et au moins jusqu'à l'époque de la fermeture complète de l'amnios, l'embryon se développerait aux dépens de l'albumine.

INFLUENCE DE L'EMPOISONNEMENT PAR L'AGARIC BULBEUX SUR LA GLYCÉMIE. Note de M. Oré. — Voici les conclusions de ce travail :

« 1° Chez les chiens qui ont succombé à l'action des agarics bulbeux, on ne trouve de matière sucrée ni dans le sang, ni dans le foie, dix-huit, huit, six, cinq heures après la mort.

« 2° On rencontre, au contraire, la matière sucrée, et cela d'une manière constante, chez tous les animaux soumis à l'emploi de ces champignons, si l'on examine le sang ou le foie peu d'instants avant la mort ou immédiatement après.

« 3° L'absence du sucre chez les premiers ne tient donc pas à une influence destructive que l'agaric bulbeux exercerait sur la fonction glycogénique; elle vient confirmer la théorie que M. Claude Bernard formulait naguère en ces termes : « Le sucre ne se régénère plus dans le sang après la mort, mais il continue à s'y détruire : c'est pourquoi on n'en trouve plus, ni dans les vaisseaux, ni dans le cœur, au bout d'un certain temps; mais si l'on conclut de cette expérience négative, faite après la mort, à l'absence du sucre dans le sang pendant la vie, on ferait une conclusion absolument fautive. »

EMPLOI DE L'ACIDE PIRIQUE DANS LE TRAITEMENT DES PLAIES. Note de M. Eug. Curie. — On se sert, suivant le cas, de l'acide périque en solution aqueuse, de pièces de pansement imbibées de cette solution, ou mieux encore de ouate piquée, c'est-à-dire de ouate sèche dans laquelle on a incorporé de l'acide périque. C'est ce dernier mode qui est généralement le plus commode dans l'application. Cette méthode offre, selon l'auteur, l'avantage de supprimer complètement la suppuration.

PHTHISIE. — M. König adresse une note sur l'emploi, dans les affections phthisiques, des préparations tirées de la pomme de pin.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1876. — PRÉSIDENTE DE M. CHATIN.

M. le ministre des travaux publics transmet à l'Académie une instruction sur le service médical des mines, avec prière de modifier ce document.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie le compte rendu des épidémies qui ont sévi en 1875 dans l'arrondissement de Villeneuve (Rhône). (Commission des épidémies.) — b. Le tableau des vaccinations pratiquées en 1875 dans le département de la Dordogne. (Commission de surveillance.)

L'Académie reçoit : a. La copie du traitement du docteur Duboué, qui a guéri une femme de vingt mille francs pour la foveole d'un ver de terre. — b. La relation d'une épidémie de conjonctivite granuleuse, par le docteur Dumoulié. (Commission des épidémies.) — c. Une lettre de remerciements du docteur Flammarion. — d. Le tableau des vaccinations pratiquées en 1875. — e. Le docteur Paris

dans l'arrondissement de Reims (Commission de vaccins.) — e. Un miroir réfléchissant pour l'usage de l'Ophthalmoscope, présenté par le docteur Gannest. — f. Un cercinètre, destiné à mesurer le volume du cœl utérin, présenté par M. Chéron.

M. Lorry fait hommage à l'Académie du tome 1^{er} de la 4^e série des Mémoires de la Société des Sciences de Lille.

M. Gubler présente : 1^o de la part de M. le docteur Magnan, un ouvrage intitulé : RECHERCHES SUR LES CAUSES NERVEUSES. — 2^o De la part de M. Bülter, son note sur la préparation du bromhydrate acide de quinine.

DÉCLARATION DE VACANCES. — M. le Président annonce une vacance dans chacune des sections suivantes : sections d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Ségalas; section d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Béhier; section de pharmacie, en remplacement de M. Buignet.

ALIMENTATION DES NOUVEAU-NÉS. — M. Devergie présente quelques considérations relatives à la qualité du lait et au choix de la nourrice. Il insiste sur l'emploi du microscope, qui peut fournir des indications extrêmement utiles sur le volume des globules graisseux, et par conséquent sur la valeur du lait.

Lorsque la mère de l'enfant n'a pas fait un commencement de nourrir, il faut choisir, en dehors des qualités générales de la nourrice, un lait moyen, c'est-à-dire qui présente une heureuse association de globules de divers volumes. Mais si ce choix donne généralement lieu à des présomptions favorables au lait par rapport à l'enfant, on ne peut pas être certain du succès de l'alimentation dans ces cas.

Il n'en est plus de même lorsque la mère a nourri pendant quelque temps. Si l'on examine au préalable le lait de la mère au microscope, et si l'on fait choix d'une nourrice ayant un lait analogue, il est bien probable que ce choix sera suivi de succès.

D'après M. Devergie, on peut, à l'aide du microscope, distinguer la nourrice qui ne nourrit que d'un sein. Le lait du sein qui n'allait pas est tellement crémeux et épais qu'il n'est formé que par une agglomération de globules sans sérum appréciable.

Les seins volumineux ne sont pas ceux qui donnent le lait le meilleur et le plus abondant. C'est la forme des seins qui a une influence sur les qualités de la nourrice. Les seins globuleux et volumineux appartiennent souvent à de mauvaises nourrices. Les seins piriformes sont en général l'indice d'une bonne nourrice.

M. J. Guérin revient sur le tirage du lait dans l'allaitement artificiel. M. Depaul l'a déclaré impossible et a dit d'excellentes choses sur les engagements de l'expérience comme moyen d'apprécier les effets du lait sur les organes digestifs de l'enfant. Mais l'expérience ne révèle les mauvais effets d'un lait trop faible ou trop riche que quand ces effets sont produits et que le mal est fait. La vraie science est celle qui prévoit; c'est pourquoi M. Guérin a parlé du tirage du lait comme moyen préventif. Ce n'est pas, du reste, si mauvais et si impossible. Les chimistes ont déjà fourni à l'administration d'heureux essais dans cette voie; ils n'ont qu'à continuer. L'estomac des nourrissons n'est pas moins utile à protéger que la bourse des consommateurs.

M. Blot pense que le discours de M. Devergie contient quelques propositions inacceptables. M. Devergie dit que le lait d'un sein non tété est le plus épais, le plus nourrissant. C'est là une erreur, car le sein qui n'allait pas ne donne qu'un lait très-inférieur.

M. Devergie insiste sur l'importance de l'examen microscopique. Mais le microscope ne sert absolument à rien pour déterminer la valeur du lait; il n'est utile que pour démontrer la présence de substances étrangères : sang, pus, épithélium. M. Devergie ne tient pas non plus compte du moment de la traite pour son examen microscopique. Selon le moment de la traite on trouve plus ou moins de globules graisseux. Celui du milieu et de la fin de la traite est le meilleur.

À propos du volume des seins, M. Devergie se trompe également. Il faut tenir compte du volume de la glande et non

de la graisse qui l'entoure. Il y a de petits seins qui sont très-bons et des seins volumineux qui sont inférieurs.

Quant au tirage du lait proposé par M. J. Guérin, M. Blot ne saurait l'admettre parce qu'il est impossible dans la pratique. Il n'y a pas de nourrice qui puisse fournir une quantité suffisante de lait pour employer le lactomètre.

M. *Deergie* répond à M. Blot et insiste plus que jamais sur les propositions qu'il a émises précédemment. Le sein qui n'allait pas fournit un lait épais et crémeux, infiniment supérieur au lait fourni par le sein qui est continuellement tété par le nourrisson.

TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE. — M. *L. Le Fort* donne lecture d'un mémoire sur le traitement des rétrécissements de l'urèthre par la dilatation graduelle et immédiate (Voyez au *Premier Paris*, page 706).

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. HOUEL.

KYSTE PURULENT DE LA GLANDE THYROÏDE OUVERT DANS LA TRACHÉE.
— SUR LE FROTTEMENT SOUS-SCAPULAIRE. — PRÉSENTATION D'UN INSTRUMENT.

M. *Sée* récut dans son service, le 6 octobre 1876, une femme de cinquante-cinq ans, de bonne constitution, qui depuis six mois avait des accès de suffocation. La respiration était très-gêlée; quintes de toux prolongées avec crachats purulents. Le lobe gauche de la glande thyroïde était hypertrophié. Le pharynx et les amygdales étaient sains; rien aux cordes vocales; la voix n'était pas altérée.

M. *Sée* soumit la malade à l'iodeure de potassium; et les accès de suffocation se reproduisirent surtout pendant la nuit. Dans la nuit du 12 au 13 octobre la malade mourut asphyxiée.

A l'examen du cou, la glande thyroïde renfermait de nombreux kystes; le larynx était sain. Au-dessous de la corde vocale inférieure gauche, on voyait une petite tumeur aplatie, molle, ayant 2 centimètres de long et 4 centimètre en travers; elle formait un relief de 5 millimètres. Elle reposait sur le cartilage cricoïde et le premier anneau de la trachée. Avec un stylet, on traversa la tumeur et la membrane crico-trachéale, pour arriver dans le lobe gauche du corps thyroïde, où plusieurs kystes communiquant entre eux vidaient ainsi leur contenu dans la trachée.

Au microscope, on voit que la tumeur est formée de petites cellules arrondies et fusiformes, situées au milieu d'un tissu granuleux. Cette tumeur est le résultat d'une inflammation du voisinage; un kyste de la glande thyroïde s'est fait jour dans la trachée. Cette production inflammatoire avait déterminé la mort par asphyxie.

— M. *Le Dentu* lit un rapport sur un travail de M. Terrillon: Du frottement sous-scapulaire et du développement d'une bourse séreuse sous l'omoplate.

— M. *Giraud-Teulon* présente, au nom de M. le docteur Badal, un ophthalmoscope à réfraction sur le type de ceux offerts déjà à la profession par MM. Laring, Cohn, Knapp, de Wecker, Landalt, c'est-à-dire fondés sur la combinaison de deux lentilles destinées à produire tout ou partie de la série métrique, pour la mesure de la réfraction oculaire par la méthode objective.

Au point de vue de l'invention, cet instrument n'introduit aucun principe nouveau. Mais il offre, sur ses prédécesseurs, l'avantage d'étendre presque jusqu'à la limite extrême la série des mesures praticables. Il embrasse en effet la série métrique entière, à l'exception du seul n° ± 20, et donne en outre le quart de dioptrie de 0 à ± 6, c'est-à-dire dans les deux sens. Jusqu'ici on n'était arrivé que jusqu'aux environs de la moitié seulement.

En enlevant le miroir, on transforme l'instrument en un optomètre pour l'examen subjectif, dans les mêmes limites d'application.

Société de biologie.

SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. CL. BERNARD.

RECHERCHES SUR LA COULEUR ET L'ÉTAT DES GLOBULES ROUGES DU SANG DANS LES ANÉMIES CHRONIQUES: M. HAYEM. — ÉTUDE SUR L'ÉLIMINATION DES ALCALOÏDES PAR LES REINS, PROCÉDÉ PERMETTANT DE LES DOSER: M. BOUCHARD. — PHÉNOMÈNES VASO-MOTEURS DANS UN CAS DE TUMEUR CÉRÉBRALE: M. BALL. — RECHERCHES POUR CONSTATER LA PRÉSENCE DES GRAISSES OLEO-PHOSPHORÉES DANS LES VÉGÉTAUX: M. DASTRE. — HÉMORRHAGIE VULVAIRE CHEZ UNE PETITE FILLE: M. GELLÉ. — HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE AVEC HÉMIANESTHÉSIE: M. GELLÉ. — RAPPORTS ENTRE LES ALTÉRATIONS DE L'APPAREIL DE LA RÉFRACTION ET LES MALADIES DES VOIES LACRYMALES: M. BADAL.

Depuis qu'il a entrepris ses belles recherches d'hématologie, M. *Hayem* s'est surtout occupé du sang des anémiques et des modifications que peut subir ce sang, sous l'influence soit d'un traitement médicamenteux, soit d'un changement dans la manière d'être du sujet. Un des faits qui l'ont le plus frappé, c'est le défaut de concordance entre le degré de l'aglobulie et la décoloration du sang. Il a pu constater, en effet, que dans toutes les anémies chroniques le degré de la décoloration du sang était beaucoup plus considérable que ne pouvait le faire supposer le nombre des globules. Il a pensé dès lors qu'il y avait là, dans la manière d'être du globe en lui-même, un facteur dont il était très-important de tenir compte dans l'étude du sang des anémiques. Ajoutons que ce défaut de concordance n'est vrai que chez les anémiques qui n'ont subi aucun traitement. Pour étudier la couleur du sang, M. *Hayem* se sert du mélange même qui sert à faire la numération des globules, il le met dans une petite capsule de verre et il le regarde sur un fond blanc. Il a ainsi construit une échelle au moyen de teintes obtenues à l'aquarelle, et qui représentent les teintes du mélange à partir de 6 000 000 de globules.

Teinte n° 1.	6 000 000 de globules.	Pouvoir absorbant = 4
— n° 2.	5 500 000 —	— = 0,916
— n° 3.	5 000 000 —	— = 0,833
— n° 4.	4 500 000 —	— = 0,666

etc., jusqu'à la teinte n° 15.

Mais comme à partir des teintes 6, 7, etc., il devient très-difficile de faire les différences par l'œil, il double ou quadruple la quantité de sang employée et ramène aux teintes n° 2, 4, etc., de sorte que les teintes inférieures ne servent que pour les calculs.

M. *Hayem* peut donc ainsi, dans tous les cas, obtenir des calculs au moyen des teintes.

Il a pu constater que jusqu'à 4 000 000 de globules il n'y avait pas de différence sensible entre les divers sujets; qu'il n'y en avait pas non plus entre l'homme et la femme; mais qu'au-dessous de 4 000 000 de globules il y avait moins de couleur qu'il ne faudrait, en un mot qu'un globe dans un sang anémique absorbe moins de matière colorante. Chez les enfants nouveau-nés, le pouvoir absorbant des globules est plus considérable.

Mais à l'état pathologique tous ces rapports changent:

1° Dans les anémies chroniques qui ne sont pas excessives, les globules sont bien moins colorés, quelquefois trois fois moins;

2° Après un traitement, les globules, avant d'augmenter de nombre, peuvent reprendre leur pouvoir absorbant et même dépasser la normale;

3° Dans les anémies extrêmes (saturine, palustre, cachectique, etc.) les globules sont moins altérés, toujours plus gros et plus colorés.

— M. *Bouchard* fait une communication sur la recherche et le dosage des alcaloïdes dans l'urine, au moyen de l'iodeure double de mercure et de potassium. Il dit combien ce réactif

est sensible; mais il est cependant sujet à plusieurs causes d'erreur que M. Bouchard énumère : 1° précipité d'oxyde de mercure en excès, facile à éviter au moyen d'un excès d'iode de potassium; 2° présence des urates, disparaît par la chaleur et ne reparait pas en refroidissant; 3° présence de l'albumine; 4° de la mucine, etc. Mais, en résumé, toutes ces causes d'erreur sont facilement évitées en tenant compte des caractères du précipité d'acétoïde : 1° il se forme instantanément; 2° dans toute la masse liquide; 3° il disparaît par la chaleur, il reparait par le refroidissement; 4° il est soluble dans l'alcool.

Ce réactif décèle la présence des alcaloïdes, en proportions infinitésimales; mais de plus, quand l'iode de mercure et d'acétoïde est peu soluble, il permet de doser l'alcaloïde. Voici le procédé indiqué par l'auteur :

Dans un vase de diamètre connu on met 10 centimètres cubes d'eau distillée et 2 centimètres cubes de réactif, ce mélange est maintenu à une température voisine de 0 degré, puis on y verse goutte à goutte une solution titrée d'un alcaloïde, jusqu'à ce que se produise un léger nuage; on chauffe, le nuage disparaît; on refroidit de nouveau; et on ajoute quelques gouttes de la solution de l'alcaloïde; on procède comme précédemment, et ainsi de suite jusqu'à ce que le précipité persiste. On sait quelle est la quantité d'alcaloïde employé et dès lors la proportion nécessaire pour fournir une réaction. Si l'on veut doser dans l'urine on procède de même, et on sait, quand on a obtenu le précipité, quelle est la quantité d'alcaloïde. Connaissant alors la quantité d'urine versée, on trouve facilement le poids éliminé par litre.

— M. Ball rapporte l'observation d'une malade, probablement atteinte de tumeur cérébrale syphilitique, et chez laquelle il se produisait, à certains moments, un érythème d'un côté de la face, avec élévation de la température locale et accélération de la circulation.

— M. Dastre fait une communication sur les graisses oléophosphorées contenues dans les végétaux et surtout dans les graines. Il note que leur proportion augmente sous l'influence de la germination.

— M. Gellé rapporte : 1° un cas d'hémorragie vulvaire chez une nouveau-née; 2° un cas d'hémorragie cérébrale avec hémianesthésie.

— M. Badal dit qu'il résulte de ses recherches que les maladies des organes lacrymaux sont produites, le plus souvent, par des altérations de l'appareil de la réfraction.

REVUE DES JOURNAUX

De la mensuration du thorax et du poids du corps des Français de vingt et un ans, par M. VALLIN, professeur au Val-de-Grâce.

Chaque année, 300 000 Français de vingt ans accomplis sont atteints par la conscription. Avant 1870 les médecins des conseils de révision en examinaient 150 000 environ, et l'on en exemptait 60 000 pour inaptitude physique. A cette époque, sur 1 000 soldats incorporés le nombre des réformés n° 2, c'est-à-dire pour infirmités antérieures à l'incorporation ou indépendantes des fatigues du service, ne dépassait pas 3. Aujourd'hui on n'exempte plus pour infirmités qu'environ 25 000 hommes sur 300 000 examinés; on en ajourne environ 20 000 sur lesquels 8 000 sont pris l'année suivante, et l'on classe 27 000 hommes dans le service auxiliaire. Par contre, on compte annuellement 7 à 8 réformés n° 2 sur 1 000 soldats. Ce fait évidemment grave, car il prouve l'excessive sévérité des conseils de révision, devait appeler l'attention du conseil de santé des armées. M. Vallin voudrait pouvoir en atténuer les conséquences en fournissant aux médecins militaires chargés de l'examen des conscrits quelques données précises,

fixes, qui puissent dans les cas douteux permettre de mieux apprécier la valeur de tel ou tel conscrit.

Il étudie successivement dans son travail la mensuration du thorax et le poids du corps. La mensuration du thorax peut être faite au niveau de l'insertion du deuxième cartilage costal au sternum, c'est-à-dire sous les aisselles; on peut la pratiquer au niveau des mamelons, enfin à la base de l'appendice xyphoïde ou au bord inférieur du grand pectoral. D'après les recherches de Toldt, confirmées par M. Vallin, c'est la circonférence inférieure qui exprime le mieux les dimensions véritables de la cage thoracique, et par conséquent le volume probable et le développement des poumons. Résumant à cet égard les recherches qu'il a entreprises, M. Vallin donne les conclusions suivantes : « Tout individu dont la circonférence thoracique, mesurée au-dessous du bord inférieur du grand pectoral, les bras étant abaissés, ne dépasse pas 0^m,785, doit être ajourné ou déclaré impropre au service. Au-dessous de ce minimum, tout individu dont le périmètre sous-pectoral n'atteint pas le chiffre de la demi-taille verticale, est suspect et doit faire l'objet d'un examen attentif; malgré ce défaut de proportion il pourra être admis, ajourné ou réformé, selon le développement des autres parties du corps et suivant que la circonférence thoracique s'éloignera plus ou moins de la demi-taille. »

Les conclusions relatives au poids des sujets examinés sont les suivantes :

« Tout homme d'une taille égale ou supérieure à 1^m,80 qui ne pèse pas au moins 70 kilogrammes est suspect; il est presque toujours impropre au service quand il ne pèse pas au moins 65 kilogrammes.

« Tout homme d'une taille égale à 1^m,70 et au-dessus qui ne pèse pas 60 kilogrammes est suspect; s'il pèse moins de 56 kilogrammes il est presque certainement impropre au service.

« Pour les tailles intermédiaires de 1^m,54 à 1^m,70, il va de soi que le poids doit s'éloigner de plus en plus de 50 kilogrammes à mesure que la taille s'élève. » (*Rec. des mém. de méd. et de chir. mil.*, t. XXXII, p. 401.)

BIBLIOGRAPHIE

Recherches sur les centres nerveux (Pathologie et physiologie pathologique), par le docteur V. MAGNAN, médecin de l'asile Sainte-Anne. — Paris, G. Masson.

Nous aurions aimé analyser avec quelques détails le nouvel ouvrage de M. Magnan, qui contient une série de mémoires du plus haut intérêt. Mais ces mémoires, publiés précédemment dans divers recueils scientifiques et en particulier dans les ARCHIVES DE PHYSIOLOGIE, ont été déjà, à diverses reprises, appréciés dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE. La thèse de M. Magnan qui décrit, pour la première fois, la lésion anatomique de la paralysie générale (voy. *Gaz. heb.*, 1867, p. 176), ses divers travaux sur l'alcoolisme (*Gaz. heb.*, 1873, p. 729 et *Comptes rendus de la Soc. de biologie, passim*); son livre sur l'alcoolisme et les diverses formes du délire alcoolique (*Gaz. heb.*, 1874, p. 294), ont en particulier fourni à plusieurs de nos collaborateurs l'occasion de faire voir quels progrès ces diverses recherches ont fait faire à l'étude de la pathologie mentale. Le volume publié par M. Magnan comprend :

1° Quatre mémoires sur l'anatomie et la physiologie pathologiques de la PARALYSIE GÉNÉRALE. M. Magnan y démontre les caractères de la dégénérescence colloïde, l'un des modes d'évolution ultime de la lésion habituelle de la paralysie générale; il y prouve que, dans cette maladie, l'inflammation occupe non-seulement la périphérie de l'encéphale, mais encore les parois ventriculaires (constituant ainsi deux foyers, l'un périphérique, l'autre central), puis gagne peu à

pen la totalité de l'encéphale. Les études histologiques faites par M. Maguan montrent d'ailleurs que la lésion anatomique de la paralysie générale est une encéphalite chronique interstitielle diffuse, et les considérations cliniques développées par l'auteur établissent les relations étroites qui existent entre les lésions du cerveau et certaines lésions de la moelle et des nerfs.

2° Quatre mémoires dont les uns permettent d'apprécier les effets toxiques de l'alcool et de l'absinthe et la part qui revient à l'action de ces substances dans la production de l'alcoolisme; et les autres développent un sujet déjà traité par l'auteur dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE (1873, p. 729) : l'étude de l'hémi-anesthésie et des altérations de la sensibilité dans l'alcoolisme chronique. L'article CAMISOLE du DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE que M. Maguan a reproduit dans son ouvrage termine cette deuxième partie.

3° Dans une troisième partie, l'auteur donne quelques détails statistiques devant servir à constater l'influence qu'ont eue sur la pathogénie et la fréquence de la folie les conditions exceptionnellement tristes au milieu desquelles a vécu la population parisienne durant la dernière guerre et pendant la Commune qui a été la cause de tant de désastres matériels et moraux.

M. Maguan a certainement rendu service à tous ceux qu'intéressent ces questions de pathologie mentale en réunissant en un seul volume des travaux si recommandables et qui montrent si éloquemment ce qu'ont été les leçons faites à l'asile Sainte-Anne par notre savant et laborieux confrère.

L. L.

Index bibliographique.

RECHERCHES SUR LES CAUSES DE L'ÉPILEPSIE ET DES CONVULSIONS ÉPILEPTIFORMES, par le docteur HUGON. — Paris, V. A. Delahaye et C^e, 1876.

L'étiologie de l'épilepsie et des convulsions épileptiformes est l'une des questions les plus complexes de la pathologie. L'auteur n'a pu, dans sa thèse, aborder ce difficile problème. Il s'est contenté de passer successivement en revue les diverses conditions qui ont été considérées comme prédisposant à l'épilepsie. Cette énumération nécessairement très-longue, et qu'il eût pu rendre assez intéressante par une classification plus rationnelle des documents qu'il a cités, ne l'a conduit d'ailleurs, comme il était aisé de le prévoir, à aucune conclusion précise. Le dernier chapitre de cette thèse, celui qui traite de la thérapeutique de l'épilepsie, est aussi bien écourté. On trouve cependant, dans ce travail, plusieurs pages intéressantes et utiles à consulter.

MÉDECINS ET CLIENTS, par le docteur NOTTA (de Lizieux), 1 vol. in-8. — Paris, V. A. Delahaye et C^e, 1876.

Médecins et clients; dire ce qu'ils sont et ce qu'ils devraient être, tel est le but que s'est proposé l'auteur de ce petit livre. Les lettres qu'il y a rassemblées et qui, pour la plupart, ont déjà été publiées dans l'*Union médicale*, sont écrites avec beaucoup d'esprit. Celles qui concernent le tabac et l'alcool sont plus humoristiques encore que médicales. Nous craignons bien qu'elles ne parviennent à corriger personne, mais on les lira avec le plaisir que M. Notta a certainement eu à les écrire.

L'EXPÉDITION DE KABYLIE ORIENTALE ET DU HODNA (mars-novembre 1871), par le docteur A. TREILLE. — Constantine, A. Beaumont; Paris, J.-B. Baillière.

Attaché en qualité d'aide-major à l'expédition de Kabylie, depuis le 3 avril jusqu'au 1^{er} novembre 1871, le docteur Treille a pu, grâce aux notes qu'il avait recueillies durant cette campagne, écrire un livre de près de 200 pages rempli de faits et de documents intéressants. On ne saurait trop louer le zèle avec lequel, au milieu de fatigues de toutes sortes et de découragements souvent justifiés, il s'est efforcé de noter jour par jour ses impressions et les observations des malades qu'il a pu soigner. Si tous les mé-

decins de l'armée avaient pu, en toute occasion, réunir des documents aussi complets aux points de vue de la pathologie et de la statistique médicales, il serait plus aisé d'apprécier avec quelque rigueur les causes diverses de la mortalité qui frappe avec une si grande fréquence les armées en campagne. Nous ne saurions cependant approuver ni discuter ici les critiques que l'auteur adresse à l'administration militaire en étudiant le fonctionnement des ambulances ou l'organisation du service médical de notre colonie. Ce n'est point que nous contestions la valeur de ses appréciations; nous n'ignorons point ce qui reste à faire pour améliorer, surtout en campagne, le service médical de l'armée. Mais il est bien difficile de juger toutes ces questions quand on n'a point une longue expérience des difficultés qu'elles soulèvent et de les apprécier sans passion quand on s'est trouvé, comme l'auteur, exposé à toutes les sévérités de la discipline militaire.

La partie médicale de son livre signale les affections les plus fréquemment observées pendant l'expédition de Kabylie, et parmi celles-ci une maladie qu'il rapporte à l'alimentation et qu'il considère comme nouvelle. Caractérisée par un embarras gastrique et l'apparition rapide de papules acuminées sur la face, les mains et les jambes, cette maladie n'a pas été décrite avec assez de détails pour qu'il soit permis d'en bien juger tous les caractères.

Quelques pages intéressantes consacrées à l'étude des fièvres d'Afrique, de la dysentérie, des blessures de guerre observées pendant la campagne; une carte représentant les entrées parcourees par la colonne expéditionnaire, enfin la première partie de l'ouvrage qui contient le récit journalier des marches et contre-marches de l'armée, complètent cet ouvrage et en rendent la lecture aussi agréable que facile.

VARIÉTÉS

ARTICLE RHUMATISME DU DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES. Note rectificative sur les travaux de M. le docteur V. Desguin (d'Anvers), par M. Ernest BESNIER. — M. V. Desguin, membre de l'Académie royale de médecine de Belgique, me signale, dans la partie de mon travail consacrée aux accidents cérébraux du rhumatisme articulaire aigu, une inexactitude et une omission qui le concernent personnellement. Je m'empresse de rectifier l'une et de réparer l'autre, non-seulement parce que les travaux remarquables de ce savant distingué n'ont pas été publiés en France, y sont peu ou mal connus, et que j'ai de nombreux devanciers dans l'oubli qui en a été fait, mais encore parce que c'est un acte de justice élémentaire.

A. Erratum. — A la page 550 du tome IV, 3^e série du DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES, j'ai écrit : « En 1863, l'Académie de médecine de Paris proposa pour sujet de prix l'étude des complications qui peuvent se présenter du côté des centres nerveux et de leurs enveloppes pendant le cours du rhumatisme; le prix fut décerné au mémoire d'Ollivier et de Ranvier, » etc. Cette dernière partie du texte doit être rectifiée comme il suit : « le prix fut décerné au mémoire de Desguin (d'Anvers); l'Académie distinguée ensuite le mémoire d'Ollivier et de Ranvier, » etc.

B. Addendum. — Les travaux de M. V. Desguin sur le rhumatisme du système nerveux et sur le rhumatisme en général qui ont été omis sont : 1^o DU RHUMATISME CÉRÉBRO-SPINAL, étude des accidents qui, pendant le cours du rhumatisme aigu, peuvent survenir du côté des centres nerveux et de leurs enveloppes. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine de Paris (prix de l'Académie, 1864). In-8; Anvers, 1868 (extr. des *Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*).

Dans ce travail, considérable et remarquablement complet, l'auteur indique une division qui n'avait pas été formulée antérieurement et qui a été très-imitée; l'analyse des signes précurseurs est la plus complète que l'on ait produite; le rhumatisme spinal y est traité avec une véritable supériorité.

2^o DU RHUMATISME ET DE LA DIATHÈSE RHUMATISMALE. Mémoire couronné par la Société de médecine de Gand. In-8; Gand, 1869 (extr. des *Ann. de la Soc. de méd. de Gand*).

3° NOUVELLE ÉTUDE CLINIQUE SUR LES SYMPTÔMES CÉRÉBRAUX DU RHUMATISME. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, t. IV, 3^e sér., n° 3, et broch. in-8; Bruxelles, 1870.)

On remarque particulièrement dans ce travail les *tableaux d'observations*; le résumé des 132 cas d'*encéphalopathie rhumatismale* qui font la base de ce mémoire, et le chapitre relatif aux *conditions étiologiques et pathogéniques*, beaucoup mieux étudiées qu'elles ne l'avaient encore été.

4° OBSERVATION D'UN CAS DE RHUMATISME CÉRÉBRAL, considérations sur le rhumatisme en général. (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, 1871.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par arrêté en date du 6 novembre 1876, les deux chaires de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris sont déclarées vacantes. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE. — M. Aribert-Dufresne, ancien professeur et directeur de l'École, est nommé directeur honoraire. M. Michaud, ancien professeur à ladite École, est nommé professeur honoraire.

DIRECTION DE LA PHARMACIE CENTRALE. — M. le professeur Hegnauld a donné sa démission de directeur de la Pharmacie centrale des hôpitaux civils. Nous croyons savoir que son successeur est M. Baudrimont, pharmacien de l'hôpital Sainte-Eugénie.

SECOURS DE NUIT. — Depuis l'organisation des secours médicaux de nuit à Paris, qui a commencé le 1^{er} janvier, 2768 personnes ont demandé des secours.

LES SPIRITES. JUGEMENT. CONDANNATION. — Le tribunal de Bow-Street, à Londres, vient de condamner à trois mois de prison le docteur Slade, médium américain, qui exploitait depuis longtemps, comme nous l'avons raconté, la crédulité publique en faisant écrire par les « esprits » sur une ardoise qu'il tenait immobile tantôt au-dessus tantôt au-dessous d'une table fabriquée exprès pour lui et munie d'une barre servant à produire les « tapes » au moyen desquelles les esprits révèlent leur présence aux croyants. La sentence du magistrat de Bow-Street a fait entrer l'art des spirites dans la catégorie des « tours de passe-passe, ruses et jongleries subtiles auxquels on recourt les diseurs de bonne aventure ». L'avocat de ce dernier a notifié un appel, et le condamné a été laissé en liberté après avoir fourni une caution de 10 000 francs.

NÉCROLOGIE. — Un journal écossais, l'*Oban Telegraph*, annonce l'mort, à l'âge de cent dix ans, d'Alexandre Macpherson, d'Inishlathroy (comté d'Argyll), descendant de l'historien James Macpherson, qui publia, en 1760, les poésies d'Ossian.

— On annonce la mort de M. le docteur Ténaïn, chevalier de la Légion d'honneur.

FACULTÉ CATHOLIQUE DE LILLE. — Le ministre de l'intérieur vient de frapper de nullité le traité conclu entre l'administration des hospices et l'Institut catholique pour la cession de l'hôpital Sainte-Eugénie à la Faculté catholique de Lille moyennant une somme de 140 000 francs une fois donnée.

CIRCULATION DU SANG. — Le 30 octobre dernier a été inauguré, dans la bibliothèque de l'Université, sous la présidence du ministre de l'Instruction publique, le buste d'Andrea Cesalpino, qui, d'après les Italiens, aurait découvert la circulation du sang. (*Daily News*).

FACULTÉ DE MÉDECINE. Cours complémentaires des affections syphilitiques. — Le docteur Alfred Fournier, agrégé de la Faculté, commencera ce cours, le vendredi 10 novembre, à neuf heures, à l'hôpital Saint-Louis, et le continuera les mardis et vendredis suivants.

ÉCOLE PRATIQUE. *Hygiène et maladies des nourrissons*. — M. le docteur Brochard, rédacteur en chef de LA JEUNE MÈRE, commencera ce cours mercredi 15 novembre, à huit heures du soir, à l'École pratique, amphithéâtre n° 3, et le continuera tous les mercredis à la même heure.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. le docteur Dieulafoy, agrégé de la Faculté, commencera son cours de pathologie interne lundi 13 novembre, à cinq heures, à l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. le docteur Mallez commencera son cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire le mardi 14 novembre, à sept heures un quart du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, pour le continuer les jeudis et mardis suivants à la même heure.

HÔPITAL DE L'ENFANT-JÉSUS (149, rue de Sèvres). *Maladies chirurgicales de l'enfance. Orthopédie*. — M. le docteur de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants malades, chargé du traitement orthopédique des hôpitaux, commencera ses leçons cliniques le jeudi 16 novembre, à neuf heures et demie, et les continuera les jeudis suivants à la même heure. — Tous les jours, à huit heures et demie, visite au lit des malades et consultation. — La consultation du samedi sera spécialement consacrée à l'examen des malades atteints de difformités et à l'application des appareils orthopédiques.

— Le docteur Jules Simon commencera ses conférences sur les maladies des enfants le mercredi 15 novembre, à neuf heures et demie, et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. *Maladies de la peau*. — M. le docteur Laitier reprendra ses leçons cliniques le vendredi 17 novembre, à huit heures trois quarts, et les continuera tous les vendredis à la même heure (salle Sainte-Foy et pavillon Saint-Mathieu).

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Le docteur Duplay, agrégé de la Faculté, reprend ses conférences de clinique chirurgicale à l'hôpital Saint-Louis, le jeudi 16 novembre, à neuf heures, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure. Visite des malades à huit heures et demie; opérations à dix heures.

HOSPICE DE LA SALTHÉRIÈRE. — M. le professeur Charcot commencera son cours sur les maladies du système nerveux, le dimanche 12 novembre, à neuf heures et demie.

MALADIES MENTALES. — M. le docteur Jules Falret, médecin de Bicêtre, commencera un cours public sur les maladies mentales à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris, le mardi 14 novembre, à quatre heures (amphithéâtre n° 4), et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

État sanitaire de Paris :

Du 27 octobre au 3 novembre 1876, on a constaté 830 décès, savoir :

Variole, 3. — Rougeole, 12. — Scarlatine, 5. — Fièvre typhoïde, 59. — Erysipèle, 5. — Bronchite aiguë, 24. — Pneumonie, 33. — Dysentérie, 2. — Diarrhée cholériforme des enfants, 8. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine congestive, 12. — Group, 30. — Affections puerpérales, 5. — Autres affections aiguës, 217. — Affections chroniques, 371, dont 161 dus à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 35. — Causes accidentelles, 18.

SOMMAIRE. — PARIS. Académie de médecine : L'altération des nouveau-nés. Traitement des rétrécissements de l'urètre. — Action physiologique du lacto salicylique et du salicylate de soude. — Société de biologie : Recherches sur le sang des amébiens. Procédé pour doser les acides éliminés par l'urine. — Congrès international de Philadelphie. — TRAVAUX ORIGINAUX. Pathologie externe : Sur un cas de ligature préventive de la carotide externe par l'abaissement d'un oséo-sarcome du maxillaire inférieur. — CONGRÈS SCIENTIFIQUES. Congrès international d'hygiène et de sauvetage ouvert à Bruxelles le 27 septembre 1876. — Congrès international de Philadelphie. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — REVUE DES JOURNAUX. De la mensuration du thorax et du poids du corps des Français de vingt et un ans. — BIBLIOGRAPHIE. Recherches sur les centres nerveux. — Index bibliographique. — VARIÉTÉS.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOCQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 16 novembre 1876.

Société de biologie : DE LA PHOTOMICROGRAPHIE. — Société des sciences médicales de Lyon : APPAREIL ÉLECTRIQUE DESTINÉ À LA LARYNGOSCOPIE. — DE LA COLORATION DES VINS PAR LA FUCHSINE.

De la photomicrographie

Dans la dernière séance de la Société de biologie, M. le docteur Fayel, de Caen, a fait présenter par M. Duret des épreuves photomicrographiques d'une exécution remarquable. Depuis les essais de Donné et Foucault, de Nacht, etc., la reproduction photographique des préparations histologiques est devenue, à très-bon droit, un sujet de recherches dont l'utilité est trop évidente pour être discutée, bien que les résultats n'en soient pas encore complètement satisfaisants au point de vue d'une reproduction rigoureuse, démonstrative et ne laissant aucune part à l'interprétation, en un mot supérieure aux meilleurs dessins.

Des tentatives fort nombreuses ont été faites; mais, suivant la remarque de M. Luys, on eût évité bien des tâtonnements, des essais infructueux, si les expérimentateurs avaient toujours été mis au courant des recherches antérieures.

Le procédé de M. le docteur Fayel a été décrit à la Société linéenne de Normandie, à l'Académie des sciences; et dernièrement il a été sommairement exposé par l'auteur dans l'ANNÉE MÉDICALE DE CAEN (n° 4, avril 1876). Il se distingue de ceux qui sont décrits dans les traités spéciaux publiés en France par deux particularités importantes : M. Fayel ne supprime pas l'oculaire du microscope; la photographie en quelque sorte directement l'image telle que la voit l'œil appliqué sur l'oculaire; de plus, il n'emploie ni héliostat, ni agrandissement ultérieur de l'image microphotographique.

M. Fayel doit être félicité pour avoir démontré que la reproduction directe de l'image microscopique peut être obtenue, parce que la plupart des microphotographes, suivant les préceptes de Gerlach, ont cru devoir supprimer l'oculaire du microscope et n'ont donné que l'image produite par l'objectif. Cette pratique, appuyée sur de belles épreuves, est d'ailleurs confirmative des préceptes que Harting a donnés sur l'application de la photographie à la reproduction des images microscopiques. Le savant micrographe hollandais, en effet, insisté sur les avantages que présente la photographie directe de l'image produite par l'oculaire; il a expliqué comment il est possible d'obtenir ainsi des grossissements directs très-considérables; il y a même ajouté la description, la figure de l'appareil qu'il emploie. Ceux qui s'intéressent à ces questions pourront, à défaut du texte hollandais, consulter la traduction allemande de la 3^e édition faite par Theile (Braunschweig, F. Vieweg u. Sohn, *Das Mikroskop*. Harting, 1866, vol. II, p. 286 et suiv.). Nous devons ajouter que le professeur d'Utrecht emploie une lumière artificielle. Le professeur d'anatomie de Caen se contente de la lumière solaire, ce qui est une simplification.

Les épreuves microphotographiques acquièrent de jour en jour une importance plus grande; elles provoquent à distance la discussion sur certains sujets histologiques des plus intéressants, et c'est ainsi que nous assistons à une polémique très-utile à signaler au point de vue médico-légal entre des micrographes anglais et américains, sur le volume comparatif des globules rouges du sang de l'homme et des animaux domestiques. Les communications de Gulliver, de Richardson, de Mees, de Wormley, dans diverses publications anglaises et américaines (et nous ne citons que les plus récentes qui se présentent à notre mémoire), ils appellent l'attention sur des procédés de reproduction qui constituent un des moyens les plus certains de la vulgarisation des études micrographiques.

A. HENOCQUE.

FEUILLETON

Curiosités médicales.

(Suite. — Voyez le n° 44.)

II

Sans quitter Dijon, et en avançant jusqu'à l'année 1482, nous pouvons faire connaissance avec un autre inventaire après décès d'un second apothicaire. Celui-là a le nom de Amyot Salmonnet dit Blaise: c'est un lettré, un savant comparé à son confrère de l'année 1429; il n'a pas moins de 40 livres, dont un seul imprimé: c'était beaucoup à une époque où les écrivains, qui tenaient lieu d'imprimeurs, faisaient payer fort cher leurs copies et s'enrichissaient aisément pour peu qu'ils eussent le talent d'écrire nettement, 2^e Série, T. XIII.

correctement, et d'orner leurs œuvres d'enluminures et de dorures. C'était énorme, lorsqu'on songe qu'à la mort de saint Louis il ne se trouva que six livres dans les bagages du roi chrétien, et que Jean duc de Berry, frère de Charles le Sage, le prince le plus magnifique de son temps, n'avait pu réunir que 158 volumes au château de Mehun-sur-Yèvre. Les livres étaient tellement rares et si recherchés qu'on ne les prêtait qu'avec la plus grande difficulté et que pour en obtenir des copies on engageait souvent des sommes considérables et qu'ils étaient considérés comme de véritables joyaux qu'on renfermait dans de riches meubles ou qu'on enchaînait sur leurs tablettes pour éviter les vols. L'apothicaire de Dijon était donc, nous le répétons, un savant, un bibliophile, un collectionneur, et à ce titre son catalogue est des plus intéressants. Nous le donnons *in extenso* en y ajoutant des notes indispensables :

1. *Un livre écrit en papier en impression, couvert de maugis blanc, coté de papier, appelé de BEN MESUE.*

Appareil électrique destiné à la laryngoscopie.

Tous ceux qui ont fait usage du laryngoscope savent combien il est aisé d'éclairer le pharynx et de voir distinctement les cordes vocales à l'aide de l'appareil de Moura ou de laryngoscopes construits comme celui qu'il a imaginé. L'éclairage lentulaire rend l'exploration laryngoscopique assez facile quand le malade est assis en face du médecin; lorsqu'il s'agit d'un malade couché, on arrive avec plus de peine à éclairer son pharynx, mais on peut, en pareille occurrence, avoir recours au *photophore* de M. Fauvel. Une lampe ordinaire, pourvu qu'elle soit bien construite, suffit donc le plus souvent pour l'exploration laryngoscopique; elle est même préférable aux lampes à pétrole ou à gaz hydrogène. Lorsqu'il s'agit, au contraire, non plus d'une simple exploration, mais d'une opération délicate, lorsque surtout l'on veut montrer à un auditoire assez nombreux l'état des cordes vocales ou des cartilages aryénoïdiens, les conditions sont différentes. Il faut une source de lumière très-vive; il faut que l'appareil ne gêne en rien les observateurs; il faut, puisque l'exploration doit durer assez longtemps, qu'il ne soit pas trop désagréable au patient. Plusieurs systèmes réalisent assez bien ces conditions. Les plus fréquemment employés sont les appareils à lumière de Drummond et les appareils à lumière électrique. La lumière au magnésium, que l'on a également essayée, est trop vive, trop éblouissante; en outre, le magnésium, en brûlant, produit une fumée assez épaisse qui gêne l'observateur; enfin, l'appareil qui met en mouvement les fils de magnésium ne fonctionne pas toujours avec régularité et souvent la lumière fait défaut au moment même où l'on en a le plus besoin.

La lumière de Drummond, qui s'obtient par un mélange d'hydrogène et d'oxygène que l'on projette tout enflammé sur un cylindre de chaux, occasionne parfois des accidents dus aux explosions qui peuvent survenir soit au moment où l'on prépare les gaz, soit alors qu'on vient à les enflammer. Cependant les perfectionnements apportés à la construction des appareils qui servent à préparer les gaz nécessaires, à les amener en présence du cylindre de chaux (chaleur de Debray et Dubosc), à rendre plus mobile le jet de lumière qui sert à l'éclairage (lanterne de Fauvel et Molteni), ont rendu plus pratique l'emploi de la lumière Drummond, et celle-ci, dans les cours publics de laryngoscopie, est souvent employée avec avantage.

La lumière électrique ne peut être obtenue qu'en faisant

usage d'une pile formée par un nombre d'éléments assez considérable; elle n'est pas aussi fixe que la lumière Drummond; enfin l'installation des appareils qui servent à la produire est toujours très-dispendieuse. La lumière électrique est cependant préférable à la lumière au magnésium, et, dans bien des circonstances, à la lumière Drummond. C'est pour la rendre d'un usage plus facile, pour simplifier, dit-il, le mode d'éclairage ordinairement employé pour les explorations laryngoscopiques et rhinoscopiques, que M. Appia a imaginé de porter la lumière directement en contact avec les parties à examiner.

Pour atteindre ce but, il adapte au miroir explorateur (de forme variable suivant qu'il s'agit de laryngoscopie ou de rhinoscopie postérieure) un *réflecteur parabolique* arriéré à frottement dur et permettant au miroir de prendre toutes les inclinaisons. Dans ce réflecteur est disposé un *fil de platine* destiné à servir de foyer lumineux, et monté sur deux conducteurs métalliques indépendants du support du réflecteur et isolés entre eux. Ces conducteurs se fixent sur un manche muni lui-même de conducteurs et d'un interrupteur en tout semblable au manche des galvanocautères.

L'appareil électrique qui fournit la chaleur nécessaire à l'éclairage du fil de platine est de l'invention de M. Trouvé. Il offre certaines particularités qui nécessitent sa description.

Il se compose :

1° D'un *couple secondaire* ou *réservoir d'électricité dynamique*, sur lequel on prend l'électricité nécessaire au fonctionnement de l'appareil éclairant au moyen de deux conducteurs munis de pinces à coulants. Ce couple, peu volumineux, doit être rempli avec de l'eau acidulée au 1/10^e d'acide sulfurique absolument pur de tout acide nitrique;

2° Un *rheostat* permettant de graduer l'intensité du couple secondaire, afin d'éviter la volatilisation assez facile du fil de platine;

3° D'une *batterie électrique* servant à charger le couple secondaire. On peut employer deux petits éléments de Bunsen ou trois de Daniell. M. Appia emploie de préférence une batterie de trois éléments zinc et cuivre contenus dans des vases garnis d'eau au fond desquels sont disposés 60 à 70 grammes de gros morceaux de sulfate de cuivre. Cette batterie fonctionne un mois et demi sans se déranger et a l'avantage de ne pas dégager de vapeurs nitreuses. Quant au couple secondaire, il peut servir presque indéfiniment.

Tel est l'appareil à l'aide duquel M. Appia dit avoir obtenu un éclairage d'une intensité remarquable, permettant, mieux que tout autre, de faire de la rhinoscopie antérieure.

Tauxée 20 gros. C'est sans doute le PRACTICA MEDICINALIS PARTICULARIUM EGRI-TUDINUM de Jean Mesué, qui a été imprimé en 1471. Venise, in-fol. L'Arabe Jean Mesué mourut à Samarra en 857 (L. Leclerc, *Hist. de la médecine arabe*, 1876, t. I, p. 103).

2. *Un autre livre* écrit en papier étant par cayers, appelé PENDINGES, servant à appliquer, en impression comme dessus. *Tauxée* 20 gros.

3. *Un autre livre* écrit tant en parchemin qu'en papier, couvert de maugiz blanc collé, appelé HEBAN MESUE ET LA PRATIQUE DE NICOLAS. *Coté* 16 gros. Quoique nous ayons déjà mentionné ce NICOLAS à l'occasion des livres de maître Guillaume Lefort, il est nécessaire d'y revenir ici.

De même que Pierre Lombard pour la théologie, les Pandectes de Justinien pour les affaires de droit, Aristote pour la philosophie et la médecine, étaient à l'origine de la Faculté de médecine de Paris les grands oracles pour tous ceux qui s'occupaient de ces sciences, de même l'ANTIDOTA-

RIUM de Nicolas Myrepre était regardé comme le seul et vrai guide pour la préparation et l'administration des médicaments.

Nicolas Myrepre était un médecin grec d'Alexandrie qui vivait en 1191, et qui, sous le nom de MEDICAMENTORUM OPUS, avait recueilli toutes les recettes des médicaments composés dispersés dans les auteurs grecs, arabes et latins, et en avait formé une espèce de pharmacopée universelle qu'il partagea en 48 sections.

Or, entre les années 1251 et 1261, un médecin de Paris, Jean de Saint-Amand, chanoine de Tournay, a le premier commenté, traduit et baptisé du nom d'ANTIDOTARIUM cet OPUS MEDICAMENTORUM de Nicolas Myrepre, et le fit bientôt adopter par l'école de Paris, qui l'imposa à tous les apothicaires du royaume.

Notre apothicaire de Dijon était sous ce rapport bien en règle, il possédait même des Nicolas et des Saint-Amand en excès pour le guider dans ses opérations pharmaceutiques (voy. nos 11, 16, 20, 23, 26).

Nous ne pouvons en ce moment que le signaler à l'attention des spécialistes. Il faudrait, pour en apprécier l'utilité ou les inconvénients, en avoir fait un long usage. Nous nous bornons donc à faire observer que, lorsqu'il s'agit d'une opération qui doit durer quelque temps, l'échauffement du fil de platine peut créer des inconvénients sérieux (auxquels, il est vrai, l'auteur se propose de remédier), et que la lumière à laquelle il donne naissance nous semble pouvoir être supprimée brusquement par suite d'un effort du malade ou d'un accident qui, lorsque la source de lumière est indépendante du miroir laryngoscopique, n'ont d'ordinaire aucune importance. Nous reconnaissons, d'autre part, que, sinon pour l'exploration, du moins pour les opérations intra-laryngiennes, ce mode d'éclairage supprime bien des tâtonnements et des difficultés dont on ne vient à bout qu'à la suite de longs efforts et après avoir acquis une grande expérience de tous les procédés d'exploration laryngoscopique.

L. L.

De la coloration des vins par la fuchsine

(Troisième article.)

Nous avons fait connaître, dans un précédent article (voyez le n° 44), les résultats obtenus par quelques expérimentateurs qui ont administré la fuchsine pure et arsenicale à des animaux et même à des individus. On a vu que tandis que MM. Ritter et Feltz considèrent les vins fuchsinés comme pouvant produire des accidents sérieux, MM. Bergeron et Clouet pensent au contraire que la fuchsine n'a aucune action nuisible sur l'organisme, surtout à la dose à laquelle elle est employée pour la coloration des vins. Dans les expériences pratiquées par M. Ritter sur les animaux, la fuchsine a produit constamment l'albuminurie et le même résultat a été constaté chez un individu qui avait fait usage, pendant douze jours, d'un vin fuchsiné arsenical; mais, d'un autre côté, M. Clouet a publié (*Répertoire de pharmacie*, août 1876) l'observation d'un de ses élèves, chez lequel l'administration de 5 centigrammes de fuchsine a fait disparaître une albuminurie ancienne. Ces résultats contradictoires ne permettent pas de conclure relativement à la production de l'albuminurie, mais les consciencieuses expériences de MM. Feltz, Ritter, Husson et Charvet démontrent que l'usage longtemps continué de vins fuchsinés peut donner lieu à des accidents plus ou moins graves.

Quelle que soit du reste l'opinion de nos savants confrères sur les propriétés toxiques des couleurs d'aniline, il est un fait hors de doute, c'est que le fuchsinage des vins est, en tout état de cause, répréhensible. Il constitue une fraude sur la nature de la marchandise vendue, car le consommateur qui achète du vin entend payer un breuvage qui ne contient aucun autre principe colorant que ceux que le raisin lui fournit.

Les contrefacteurs ont prétendu que la fuchsine, loin d'al té rer les vins, les améliorait et était indispensable à leur conservation, mais M. Falières a parfaitement montré la fausseté de cette assertion. En réalité, l'augmentation de couleur que les vins doivent à la fuchsine ne tarde pas à disparaître et la matière colorante se précipite au sein du liquide. Non-seulement la couleur artificielle disparaît, mais elle entraîne avec elle une portion de la couleur propre du vin, de sorte qu'au bout de peu de temps on se trouve en présence d'un vin complètement dépourvu de ses qualités essentielles. D'après M. Falières, cette précipitation de la fuchsine a encore un inconvénient bien plus grave, c'est de déterminer des actions chimiques complexes, d'où résulte une véritable décomposition de la matière organique et, par suite, un goût très-prononcé de *pourri*.

Le fuchsinage des vins est donc aussi nuisible à la santé du consommateur qu'aux intérêts du commerce, et il importe de prendre les mesures nécessaires pour le réprimer. Aussi est-ce avec une vive satisfaction que nous avons vu apparaître la circulaire de M. le garde des sceaux qui appelle l'attention des magistrats sur ce délit et prescrit des poursuites. « La coloration artificielle, dit le ministre, s'opère de deux manières, soit au moyen de vins de coupage, soit par l'emploi de diverses substances tinctoriales qui ne possèdent aucune des propriétés du principe colorant fourni par la grappe. La pratique des coupages ne doit pas être considérée comme constituant par elle-même une falsification, et il n'est point entré dans la pensée du gouvernement de réprimer les opérations qui consistent soit à couper les vins de diverses provenances pour donner satisfaction au goût public et au besoin du bon marché, soit pour imiter, par diverses combinaisons, les vins étrangers. Au contraire, le procédé qui consiste à relever la couleur des vins ou à la modifier au moyen de substances colorantes autres que celles fournies par la grappe, constitue par lui-même une falsification qui doit être réprimée, indépendamment de toute tromperie de la part du vendeur. »

La circulaire contient ensuite quelques développements

4. *Une autre livre de médecine écrit en parchemin, couvert d'une peau de mouton, appelé ROSA MEDICINE. Tauxé 2 francs.* Jean de Gaddesden, Johannes Anglicus, est l'auteur de ce livre et vivait dans le commencement du xiv^e siècle. Il était prêtre de Saint-Paul. Le jugement de Guy de Chauliac porte sur cet ouvrage ne donne pas envie de le lire. « Finalement, dit-il, s'est élevée une pâle Rose anglaise, qui m'a été envoyée, et je l'ay vedé. J'avois cru de trouver en elle suavité d'odeur : j'ai trouvé les fables de l'Espagnol, de Gibert et Théodore. » (*La grande Chirurgie*, édit. de L. Joubert. Lyon, 1642, in-8, p. 10.) Le ROSA MEDICINE a été imprimé en 1516.

5. *Une autre livre écrit en papier, couvert d'ais blanches, appelé ARNOUL DE VILLENEUVE. Tauxé 8 gros.* Arnould de Villeneuve, qui mourut en 1313, est auteur d'un si grand nombre d'ouvrages de médecine qu'il est impossible de dire quel est celui auquel il est fait allusion sous ce numéro. Dans l'édition de 1509 des œuvres de ce célèbre compilateur, on en compte jusqu'à 69. Ceux de ces ouvrages qui pouvaient le

mieux convenir à un pharmacien avaient ces titres : DE DOSIBUS TYRICALIBUS ; DE GRADUATIONIBUS MEDICINARUM APHORISMI ; DE SIMPLICIBUS ; DE AQUIS LAXATIVIS ; DE ORNATU MULIERUM.

Au reste, même Amyot Salmonet avait en grande estime Arnould de Villeneuve, puisque cet auteur est représenté jusqu'à quatre fois sur son catalogue (voy. les n° 40, 28, 38).

6. *Une autre livre écrit en papier, relié d'ais couvertes de mangis blanc, servant à Chirurgie, commençant : POSTUAM GRATIAS EGRO. Tauxé 16 gros.* Tant de livres de médecine et de chirurgie nés au moyen âge commencent par un prologue religieux, qu'il n'est guère possible de dire quel était cet ouvrage « servant à chirurgie ».

7. *Une autre livre écrit en papier, couvert en parchemin, appelé TOURNEMIRE. Tauxé 8 gros.* Lisez : Jean de Tournemire. Il fut médecin de Charles V, qui l'anoblit par lettres données à Saint-Germain-en-Laye le 19 août 1378. Ces lettres apprennent que Jean de Tournemire (Johannes de Tornamira) était originaire de la petite ville de Popolis, ou Popolo, dans le

sur la pénalité qu'il convient d'appliquer, selon que les substances colorantes sont dangereuses ou inoffensives, et conclut à une répression énergique, non-seulement contre les commerçants qui opèrent la fraude et qui détiennent dans leurs magasins des vins ainsi falsifiés, mais encore contre les complices qui, par des brochures, prospectus ou articles de journaux, auraient préconisé la coloration artificielle des vins comme un procédé parfaitement licite (1).

Le gouvernement étant disposé à sévir, il faut encore fournir aux parquets les moyens de trouver les coupables. La constatation et la recherche de la fraude ne présentent pas, du reste, des difficultés sérieuses. D'après ce qui vient d'être dit, les vins fuchsinés ne sauraient être conservés longtemps sans subir des altérations notables. Les fraudeurs le savent mieux que personne; aussi ont-ils soin d'écouler ces produits falsifiés, non pas dans les ménages riches ou aisés, mais dans les débits de boisson où ils peuvent être consommés au fur et à mesure de la fabrication. C'est donc principalement chez les marchands de vin qu'il faut rechercher la fraude et exercer une active surveillance. On sait qu'il existe à la Préfecture de police un service spécial pour la dégustation des vins et que d'habiles experts sont journellement chargés de découvrir les sophistications et les fraudes. Mais, comme le dit remarquer M. Bouchardat, il est impossible de reconnaître toutes les falsifications du vin à l'aide des seules propriétés organoleptiques. Il importe dès lors d'adjoindre aux dégustateurs un ou plusieurs chimistes exclusivement chargés des recherches spéciales se rattachant à la coloration artificielle. On nous assure, du reste, que l'administration s'occupe en ce moment de la réorganisation de ce service au point de vue qui nous occupe.

Nous ne reviendrons pas sur les nombreux moyens qui ont été proposés pour reconnaître la coloration frauduleuse des vins. Ils ont été pour la plupart exposés dans un précédent article (voyez le n° 43). Nous signalerons seulement un procédé qui n'a pas encore été publié et qui vient d'être présenté à l'Académie de médecine par M. Esquerré.

On verse dans un tube à essai en verre une petite quantité (10 centimètres cubes environ) de vin suspect, puis un volume à peu près égal de chloroforme alcoolisé. On renverse quatre ou cinq fois le tube légèrement, les deux liquides se séparent et forment deux couches. Si le vin renferme même des quantités très-minimes de fuchsine, le chloroforme

se colore instantanément en rouge violet; si, au contraire, le vin est naturel, le chloroforme reste parfaitement incolore et transparent. Ce procédé est remarquable par sa simplicité, et peut prendre place à côté de ceux de MM. Falières et Jacquemin qui ont été décrits plus haut.

M. Ritter a soulevé une dernière question qui est toute d'actualité. Que peut-on faire des vins fuchsinés qui sont saisis par ordre de l'autorité? Peut-on les utiliser ou faut-il les détruire? Les uns ont proposé d'en faire du vinaigre, les autres de les transformer en vins blancs. Le premier procédé ne saurait être conseillé, puisque la fuchsine et le composé arsenical restent dans le vinaigre; le second, qui a été proposé par M. Didelot, est tout à fait inapplicable. Les vins qui avaient été décolorés d'après le procédé de ce chimiste présentaient une saveur atroce, et contenaient une notable proportion de sels de chaux; M. Garnier a d'ailleurs constaté que ces vins retiennent néanmoins de l'arsenic. « Il n'y a qu'un procédé honnête d'utiliser les vins fuchsinés, dit M. Ritter, c'est de les livrer à la distillation. »

LUTAUD.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

PLAIE PÉNÉTRANTE DE L'ABDOMEN. HERNIE DES INTESTINS. GUÉRISON; par le docteur RICOCCION (de Champdeniers).

Obs. — Le 21 août 1876, sur les sept heures du soir, le jeune B... Auguste, âgé de quatorze ans, de Fenioux (Deux-Sèvres), se laissa choir d'un premier d'une hauteur de 5 mètres. Il tomba le flanc gauche sur un tronc mort de pêcher de 7 centimètres de diamètre, cassé en bec de flûte d'une façon très-irrégulière, à 0,80 centimètres au-dessus du sol. Il fut littéralement embroché de gauche à droite, suivant une ligne transversale passant à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic. L'extrémité du tronc vint sortir entre les dernières fausses-côtes droites. Dans cette position, l'enfant touchait au sol par ses pieds et par ses mains; tandis que le reste du corps, accroché au tronc, était suspendu en l'air. Sans perdre sa présence d'esprit, il prit un point d'appui sur le pêcher avec ses mains, et à la force du poignet il put se dégager et se remettre sur ses pieds. C'est alors que, suivant son expression, « *sentant quelque chose de chaud* » lui couler sur le flanc gauche, il y porta les mains, et à travers sa chemise déchirée il trouva ses intestins sortis et formant un paquet volumineux. Les personnes accrues au bruit de la chute le trouvèrent debout, retenu avec peine la masse intestinale. Elles lui firent comprendre qu'il valait mieux se coucher à terre, en attendant l'arrivée d'un matelas, destiné à le transporter.

Tels furent les détails qui me furent rapportés à mon arrivée, quatre heures après l'accident, par les parents et par l'enfant lui-même. Il avait rendu à différentes reprises, d'abord tout son

(1) Voyez sur le même sujet aux *Variétés*, p. 731.

royaume de Naples; qu'il avait épousé une femme du bourg de Capellan, dans le diocèse de Narbonne; enfin qu'il habitait ordinairement la ville de Montpellier. Le principal ouvrage de ce médecin est intitulé : *CLARIFICATORIUM VALVÆ SINGULARE SUPER ALMANSORIS NONO, COM TEXTU IPSIUS RHASIS*. C'est la traduction du IX^e livre de Rhasis à Almansor d'arabe en assez mauvais latin, avec un commentaire sur ce livre. Il y a plusieurs éditions : la plus ancienne que nous connaissions est celle de Lyon, 1490. (Voy. man. de la Bibl. nat., n° 7061 fonds lat.)

8. *Une autre livre de médecine et de chirurgie, couvert d'aiz, écrit en papier et en parchemin, commençant : PROLOGUS IN LIBRO ABBREVIACIONIS LIBRI TOCIS. Tauacé 2 francs 1/2.* Jean de Saint-Amand, médecin de Paris, est l'auteur de ces *ABBREVIACIONES* ou *CONDICIONALES*, recueil de formules puisées dans les œuvres de Galien. Cet ouvrage, qui fut plus tard augmenté par Jean de Saint-Flour, était si estimé, si précieux, qu'il ne se prêtait jamais, et qu'il était confié à la garde du doyen de la Faculté de médecine de Paris.

9. *Une autre livre écrit en papier, couvert d'aiz et d'une peau de mangis, appelé ARMANSOR. Tauacé 10 gros.* Il faut voir là le *MANSOURY*, ouvrage embrassant la généralité de la science médicale, divisé en dix livres, que Razès (Abou ben Mohammed ben Zakarya), qui vivait au commencement du x^e siècle, dédia à El Mansoury ben Ihaq, fils du prince de Khorassan (L. Leclerc, *op. cit.*, t. I, p. 337). Ce livre, traduit par Gérard de Crémone, a été plusieurs fois imprimé. C'est évidemment cette traduction que possédait notre apothicaire.

Razès est encore l'auteur d'un ouvrage beaucoup plus important, le *HAOUY* ou *CONTINENT*, traduit en latin par Farraguth, et qui contient (Continent) tout un corps de médecine pratique. Maître Salmonnet ne devait pas avoir ce dernier livre, qui était rarissime et que le roi Louis XI lui-même, pour le posséder, dut emprunter à la Faculté de médecine de Paris pour le faire copier.

10. *Une autre livre écrit en papier mal relié, appelé ARNOUL DE VILLENEUVE. Tauacé 8 gros (voy. n° 5).*

diner, puis des matières bilieuses verdâtres. Il avait perdu beaucoup de sang, principalement par l'orifice de sortie du pieu.

Je lui trouvai le visage pâle, couvert de sueur; les extrémités froides. En soulevant sa chemise, je vis au-dessous du bord des fausses-côtes gauches, une masse bilobée, grosse comme deux têtes de fœtus à terme. Ce champignon volumineux, qui me débordait par son développement la plaie (orifice d'entrée) d'où émergeait son pédicule, se composait du grand cul-de-sac de l'estomac, d'une portion du grand épiploon et du côlon transverse : le tout maculé de sang, et comme lardé de brindilles de bois et de mousse. Puis, tout à fait à droite, entre la huitième et la neuvième côte, sur la ligne fictive qui délimite les plans antérieur et postérieur du corps, existait une plaie à peu près circulaire (orifice de sortie) de 0,03 centimètres de diamètre. Mon petit doigt introduit dans la plaie sentit les bords des côtes voisines, et plus profondément un tissu résistant et lisse, que je pris pour la surface antéro-supérieure du foie. En outre, je remarquai une saillie anormale des cartilages de la huitième et de la neuvième côte droite, en dehors du creux épigastrique. Ces cartilages, soudés les uns aux autres, formaient normalement comme une lame plane, qui semblait ici avoir subi une forte pression de dedans en dehors, et s'était incurvée dans le sens. Du reste, la saillie qui en était résultée résistait à la pression, et ne présentait ni éruption, ni mobilité anormale, ni rien qui pût faire croire à une fracture ou à une luxation.

En face de pareils désordres, la première indication était de nettoyer, puis de réduire. Avec une éponge imbibée d'eau tiède, je procédai donc au lavage des parties herniées. Il se fit sans difficulté. L'estomac et le gros intestin me paraissent en bon état, malgré quelques éraillures de leur enveloppe péritonéale. L'épiploon avait souffert davantage; quelques paquets graisseux épiploïques étaient même comme broyés et infiltrés de sérosité sanguine. J'avoue qu'à cette vue j'éprouvai quelques scrupules à faire rentrer dans l'abdomen des parties qui me semblaient vouées à une suppuration inévitable. Néanmoins il fallait passer outre. Embrassant l'estomac à deux mains, de manière à l'agencer en forme de boudin et à rendre ainsi sa introduction plus facile, je pus le réduire en un seul temps. L'épiploon et le gros intestin furent entraînés dans le même mouvement.

À leur place restait une plaie largement ouverte et un peu contuse sur ses bords. Elle commençait en dedans sur la ligne blanche, à 9 centimètres au-dessus de l'ombilic, et s'étendait parallèlement au rebord des fausses-côtes gauches sur une longueur de 10 centimètres. L'examen de cette plaie, rapproché de celui de la petite plaie de droite et de la saillie costale, m'indiquait le trajet de l'extrémité du pieu à travers l'abdomen. Dans un premier temps, elle avait suivi une direction ascendante et un peu inclinée à droite, depuis l'ouverture d'entrée jusqu'aux cartilages costaux; puis, à partir de là, elle s'était dirigée à peu près horizontalement, jusqu'à l'orifice de sortie. La raison de cette déviation, il fallait la chercher sans doute dans la résistance brusque et momentanée que les cartilages avaient opposée à la pénétration du pieu, et qui avait imprimé une certaine oscillation au corps de l'enfant.

Quels désordres s'étaient produits dans le cours de ce trajet? Dans quelle mesure le foie, son ligament suspensur, les attaches diaphragmatiques, le diaphragme lui-même étaient-ils intéressés? quelle quantité de sang s'était répandue dans l'abdomen? quels corps étrangers, mousse, bois, étoffe, linge y étaient rentrés?

11. *Une autre livre écrit en parchemin et en papier, d'ancienne lettre, appelé NICOLAS, couvert d'aiz et d'une peau de maugis. Taxé 6 gros (voy. n° 3).*

12. *Une autre livre écrit en parchemin, couvert d'aiz et d'une peau de maugis, appelé LE LIVRE DE MAISTRE GUILLAUME PLAISANCE, servant à médecine. Taxé 3 francs. Guillaume de Plaisance... On reconnaît là le fameux chirurgien Guillaume de Salicet, « valens homo », comme l'appelle Guy de Chauliac. Il mourut en 1280. Il est auteur des deux ouvrages suivants, qui ont été bien des fois imprimés: SUMMA CONSERVATIONIS ET CURATIONIS (Plaisance, 1476, in-fol.), et CYRURGIA (Plaisance, 1476, in-fol.). Quel est celui de ces deux livres auquel il est fait allusion sous ce n° 12 de notre inventaire?*

13. *Une autre livre écrit en papier et couvert d'une peau de parchemin, appelé LE PETIT ALAFRAN, écrit en latin, à la fin duquel a quatre-vingt-cinq cahiers de papier écrits de médecine et de chirurgie en français. Taxé 6 gros. Lanfranc,*

Chacune de ces questions ne faisait qu'assombrir un pronostic que les désordres apparents rendaient déjà si grave pour moi. Aussi est-ce sans conviction, sans espérance de succès que je pratiquai la réunion des plaies. À la grande, j'appliquai trois points de suture profonde enchevillée, embrassant toute l'épaisseur de la paroi abdominale, le péritoine compris, et dans leur intervalle deux points de suture superficielle. La petite ne reçut qu'un point de suture profonde.

L'hémorrhagie, les vomissements s'arrêtèrent; le pouls se releva, l'enfant reprit sa physiologie accoutumée. À sa demande, on lui donna un peu d'eau sucrée, qui ne fut pas rendue. On le transporta sur un lit voisin. Des compresses froides furent tenues en permanence sur l'abdomen. La nuit fut assez paisible.

Le lendemain, journée calme, bouillon et lait bien supportés. Quand je revins le soir, le pouls battait 90; la température axillaire marquait 37°,6. La plaie était en bon état; le ventre un peu empâté et douloureux à la pression. Je prescrivis : huile de ricin, 30 grammes, avec une application de collodion riciné sur le ventre.

Le lendemain matin, malgré son purgatif, l'enfant n'est pas allé; le pouls est à 105, la température à 37°,9; la langue épaisse; le ventre bombé et très-douloureux, surtout au niveau des fosses iliaques. Néanmoins les facies n'a pas l'allévation caractéristique de la péritonite. Je fais enlever le collodion qui produit une tension douloureuse sur le ventre, je prescrivis 60 grammes d'huile de ricin avec un lavement huileux. Dès le soir se produit une débâcle qui amène un soulagement immédiat. Le ventre s'aplatit et l'enfant reprend sa gaîté ordinaire.

Dès lors, toute crainte de péritonite fut conjurée; l'état général du malade ne fit que s'améliorer, les fonctions se régularisèrent; et je pus prédire, presque à coup sûr, une guérison même prochaine.

Néanmoins on ne fut pas à l'abri de toutes complications locales. C'est ainsi que, le cinquième jour, un érysipèle envahit tout le pourtour de la plaie. Il céda, au bout de quelques jours, après des applications d'eau de sureau. L'érysipèle ne fut pas plus tôt conjuré que la diphtérie se mit de la partie, par un fait de contagion qui mérite d'être signalé. Deux mois auparavant la grand-mère de l'enfant avait été soignée pour une angine diphtérique dans la même salle, le même lit et les mêmes couvertures. Sous l'influence de cette nouvelle complication, les lèvres de la plaie se boursoufflèrent et se mirent à suppurer; les points de suture s'ulcèrent; les ligatures menacèrent de sectionner les chairs. La ligature la plus rapprochée de l'angle externe de la plaie dut même être enlevée. Cet angle redevenu béant laissa voir dans la profondeur le feuillet le plus superficiel du grand épiploon légèrement vascularisé et ayant contracté des adhérences avec le pourtour de la plaie. Un pansement à l'acide phénique au 500^e vint à bout de la diphtérie au bout de douze jours. De même des brins de charpie sèche trempés dans du collodion au permanganate promptement d'amener la réunion de l'angle externe de la plaie.

Je ne cite que pour mémoire des complications de moindre importance : coliques provoquées au début par de légers écarts de régime; constipation invincible quand j'autorisai une nourriture un peu plus substantielle, accès de fièvre palustre; ulcération superficielle de la cicatrice quand l'enfant commença à s'é-

médecin du XII^e siècle, disciple de Guillaume de Salicet, vint à Paris en 1295. Sa CHIRURGIA MAGNA ET PARVA a été imprimée en 1553 in-fol., avec les ouvrages de Guy de Chauliac, Roger, Bertholpala et Roland.

14. *Une autre livre écrit en parchemin, couvert de peau de maugis coté, appelé LIBER VIATICI. Taxé 2 francs. Constantin l'Africain, natif de Carthage, moine du Mont-Cassin, et qui mourut à la fin du XI^e siècle, s'est fait passer pour l'auteur de l'ouvrage de médecine appelé LE VIATICQUE, tandis qu'il n'en est que le traducteur en latin de l'Arabe Ebn-Edjezzar (L. Leclerc, t. II, p. 360). L'ouvrage a été imprimé sous ce titre : DE OMNIBUS MORBORUM COGNITIONE ET CURATIONE. Notre apothicaire en avait deux exemplaires (voy. n° 24).*

15. *Une autre livre écrit en parchemin, couvert d'aiz, appelé PRINCIPES D'AVICENNE. Taxé 20 gros. Avicenne, médecin arabe, est trop connu pour nécessiter un commentaire. Rappelons cependant qu'il naquit bien près de l'année 980 de J.-C. Ses ouvrages, tombés aujourd'hui dans un juste*

battre sur son lit. En dépit de tout, au quarantième jour de l'accident, l'enfant allait aussi bien que possible; et je n'ai pas permis plus tôt la sortie du lit, c'est que j'ai voulu laisser la cicatrice s'affermir sans pouvoir résister aux tiraillements et aux épreuves auxquelles sa position transversale et l'humeur remuante de mon malade allaient la soumettre.

Aujourd'hui, 15 octobre, de toutes les lésions du début, voici ce qu'il reste :

Au niveau de la grande plaie, une cicatrice rouge à bords bien affrontés, au-dessus et au-dessous, la paroi abdominale est le siège d'un épaississement qu'il faut rapporter à l'accolement du grand épiploon et même de l'estomac avec le feuillet pariétal du péritoine. La cicatrice de la petite plaie adhère par un tractus fibreux assez mobile avec le bord supérieur de la côte voisine. Quant à la saillie normale des côtes, elle est à peu près disparue. Les fonctions digestives, à part quelques tiraillements de l'estomac, au moment des repas, s'exercent d'une manière irréprochable.

Cette trop longue observation commande quelques réflexions, qui naissent principalement du contraste que la gravité apparente des blessures offre avec la bénignité relative de leurs conséquences. Ainsi, voici une plaie pénétrante de l'abdomen qui semble faite dans les conditions les plus désavantageuses. Rien n'y manque : ni la masse, l'irrégularité, la profondeur de pénétration du corps vulnérant; ni l'étendue et le nombre des plaies; ni le volume, l'importance et la susceptibilité traumatique des organes herniés, ni la durée de leur exposition au contact de l'air. Et pourtant, à part quelques complications; extrinsèques pour ainsi dire à la nature de la blessure, il ne se produit aucun phénomène réactionnel évident: ni fièvre, ni douleurs, ni péritonite généralisée ou même locale. Il y a là une contradiction bien faite pour surprendre au premier abord, mais dont une analyse attentive permet de donner une explication satisfaisante.

Qu'on remarque bien d'abord quel a été le mécanisme probable de la pénétration. Le tronc de pêcher offrait une extrémité mousse qui n'a pas déchiré de prime abord la paroi abdominale. Il l'a plutôt refoulée en doigt de gant, s'en est coiffé, et quand il y a eu déchirure, il touchait déjà les cartilages costaux, séparés par un véritable manchon de peau des viscères de l'abdomen. Dans le deuxième temps, les côtes, se trouvant fortement projetées en avant, ont ménagé entre elles et le foie un espace suffisant pour que le pieu ait pu y glisser sans léser la face antérieure de cet organe. Dans l'un et l'autre cas, aucun viscère n'a été atteint; et c'est à proprement parler ce qui constitue l'originalité de notre observation, que, par un concours fortuit de circonstances heureuses, un pieu ait pu voyager, pendant un trajet de 25 centimètres, dans l'intérieur de l'abdomen sans blesser des parties qui semblaient d'abord ne pouvoir être évitées. En réalité, ce n'est qu'en se dégageant du ventre sous les

efforts de l'enfant, que le pieu a, par ses aspérités, éraillé les surfaces péritonéales.

Quant à l'hémorragie interne, dont on pouvait redouter les conséquences, elle a été à peu près nulle. Les organes herniés, étant venus immédiatement prendre la place du tronc, ont fait sur la grande plaie l'office d'un compresseur élastique parfait, qui a coupé court à toute hémorragie. Cela est si vrai que la petite plaie, qui n'aurait pas les mêmes conditions, a donné beaucoup de sang au dehors.

Que dire maintenant de la tolérance du péritoine, dans un cas où son feuillet pariétal avait été largement déchiré à deux extrémités opposées de l'abdomen, où son feuillet viscéral, éraillé de ci de là, est resté pendant quatre heures au dehors, sinon que cette tolérance est encore beaucoup plus grande qu'on ne le croit ordinairement. Il fut une époque où l'on fit de cette membrane une espèce de *noli me tangere*. Nous nous rappelons une pratique même assez récente du professeur Kœberlé, à laquelle il a renoncé depuis, croyons-nous, et qui témoignait de ses appréhensions très-vives quant à la susceptibilité du péritoine. Elle consistait à recouvrir de petits matelas chauffés, dans les opérations d'ovariotomie, les intestins mis à découvert. Aujourd'hui les expériences physiologiques et la clinique ont ramené à des idées plus saines sur cette susceptibilité. A tout prendre, elle n'est pas beaucoup plus grande que celle du tissu cellulaire par exemple. Tant qu'il s'agit de plaies simples, quelle que soit leur étendue, elles n'offrent qu'un danger relatif. Mais il est évident que, dans l'un et l'autre cas, si elles s'accompagnent d'épanchement abondant de matières irritantes, bile, urine, matières fécales..., il en peut résulter des accidents d'inflammation et de suppuration rapidement mortels.

Enfin, comme derniers facteurs du prompt rétablissement de mon malade, je citerai d'abord le séjour des champs qui nous rend assez souvent, nous médecins de campagne, les témoins surpris de réparations de désordres (anus contre nature, à la suite de hernies étranglées, abcès du poulmon, gangrènes étendues des membres, etc.), auxquelles nous étudés dans les hôpitaux ne nous avaient pas habitués; puis la bonne constitution de mon malade, et une jeunesse où les tissus font preuve d'une plasticité réorganisatrice qu'on ne retrouve pas à un âge plus avancé.

CORRESPONDANCE

Fonctionnement des valvules du cœur.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Messieurs,

Je n'ai pas la prétention de convaincre M. Surmay que mes idées sur le fonctionnement des valvules auriculo-ventricu-

oublis, ont été durant des siècles le plus bel ornement de la bibliothèque d'un médecin; à tel point qu'un illustre chirurgien que nous avons fait connaître, Henri de Mondeville, écrit en 1305 que c'était un avantage immense (*valde sumptuosum et grave*) que de les posséder. On n'en obtenait des copies que très-difficilement et à prix d'argent, copies incomplètes presque toujours, et qui ne donnaient qu'un ou deux *Canons* ou livres du médecin arabe. Pierre Cardonnel, médecin de Paris, et qui mourut en 1438, possédait, chose rare, non-seulement le premier livre d'Avicenne, coté 24 s. paris, mais encore toutes ses œuvres, qui furent prisesées 4 l. p. Un simple apothicaire ne pouvait aspirer à ce luxe. Le nôtre ne possédait que le PRINCIPLE, c'est-à-dire le premier livre, qui traite des principes généraux de la médecine.

16. *Un autre livre écrit en parchemin, couvert d'aiz et d'une peau verte, appelé LE PETIT NICOLAS. Tauzé 4 gros (voy. n° 3).*

17. *Un autre livre de médecine, écrit en parchemin et*

couvert d'aiz, au commencement duquel a un docteur ystorid en chagere, qui lit à deux disciples, duquel livre l'on ne scet le nom. Tauzé 20 gros. Quel était ce livre de médecine, enrichi d'une miniature représentant un docteur assis dans sa chaire et lisant à deux élèves placés probablement au-devant de lui? Le n° 2030 du fonds latin à la Bibliothèque nationale, et qui est un ms. du XIV^e siècle, donne aussi une grande miniature sur laquelle on voit l'auteur, Henri de Mondeville, chirurgien de Philippe le Bel (1306), en robe rouge, assis dans sa chaire de professeur, tenant un livre dans la main et ayant devant lui plusieurs élèves sur un plan inférieur.

Remarquons le prix élevé (20 gros) auquel est prisé ce joyau de la bibliothèque de notre apothicaire.

18. *Un autre livre écrit en parchemin, auquel sont plusieurs traitiers de médecine, d'ancienne lettre, couvert d'aiz. Tauzé 8 gros.*

19. *Un autre livre écrit en papier bien vieilz, appelé*

lares ne sont pas celles qu'il a exposées il y a vingt-quatre ans; mais je ne saurais voir avec indifférence la GAZETTE HEBDOMADAIRE se ranger à l'avis de notre honorable confrère de Ham. Je viens donc vous demander la permission de citer à mon tour et de critiquer quelques passages du mémoire publié par M. Surnay en 1852, le seul qui soit antérieur à mes propres recherches. J'espère montrer ainsi aux lecteurs de la GAZETTE qu'il existe de grandes différences entre la théorie de M. Surnay et la mienne.

Voici comment s'exprime M. Surnay (*Recherches sur les mouvements et les bruits du cœur*, in *Gaz. méd. de Paris*, 1852, p. 767); il s'agit de la valvule mitrale :

« Les tendons qui vont à la lame atriale attirent cette lame vers la lame ventriculaire; — d'accord — « ceux qui vont à la lame ventriculaire se détachant de faisceaux musculaires dont le plan est en dedans du plan de la paroi ventriculaire ont pour effet de séparer de cette paroi ventriculaire la lame valvulaire qui s'y était appliquée pendant le passage du sang à travers l'orifice auriculo-ventriculaire. »

Tout cela je le conteste, et c'est précisément l'inverse que je soutiens.

M. Surnay, comme beaucoup d'auteurs avant lui, a méconnu la véritable disposition des piliers du ventricule gauche, disposition qui a été le point de départ de mes recherches et qui constitue la base de ma théorie des valvules auriculo-ventriculaires.

« Si l'on ouvre le ventricule gauche », dit-il (*ibid.*), « on observe sur sa paroi inférieure (?) la disposition suivante : deux colonnes charnues, saillantes à l'intérieur de la cavité ventriculaire, grosses quelquefois comme le petit doigt, naissent par de nombreux faisceaux de la paroi postérieure du ventricule : l'une en dehors, vers la jonction de la face antérieure de cette cavité avec sa face postérieure pour former le bord gauche du cœur; l'autre en dedans, un peu en dedans du sinus, où la face postérieure du ventricule vient se continuer avec celle formée par la cloison interventriculaire. »

Il y a donc pour M. Surnay un pilier interne et un pilier externe, naissant de la même paroi ventriculaire, et qui, au moment de la systole, pourrout tout au plus se juxtaposer dans le sens transversal.

Je ne suis efforé, au contraire, de démontrer par de nombreuses pièces prises sur l'homme et sur les animaux, que les deux piliers du ventricule gauche sont l'un antérieur et l'autre postérieur; qu'ils s'emboîtent ou s'engrènent l'un dans l'autre au moment de la contraction ventriculaire, de manière à constituer une masse musculaire unique, serrée dans l'angle gauche du ventricule et faisant corps avec ses parois. M. Surnay a-t-il dit cela?

Je ne puis admettre dès lors que l'effet de cette contraction

des piliers soit de séparer de la paroi ventriculaire la lame valvulaire qui s'y était appliquée pendant le passage du sang à travers l'orifice auriculo-ventriculaire. Aussi ai-je répété sur tous les tons que « les deux valves de la mitrale sont tirées en bas et à gauche et s'appliquent l'une contre l'autre » dans la plus grande partie de leur étendue, en même temps qu'elles s'appliquent contre la portion gauche de la paroi ventriculaire, renforcée par les piliers adossés. » En quoi cela ressemble-t-il à ce qu'a écrit M. Surnay?

M. Surnay croit la séparation qu'il suppose exister entre la valvule et la paroi ventriculaire tellement nécessaire dans le mécanisme de l'occlusion qu'il y revient à chaque instant, comme le prouvent les citations suivantes :

« Si le sang devait par son seul effort opérer le déplacement de ces valvules (appliquées contre les parois), il n'y parviendrait certainement pas assez vite pour se fermer complètement le large passage que lui offrent les orifices auriculo-ventriculaires, et l'état normal serait une insuffisance. Aussi la nature a-t-elle détaché des parois internes des ventricules des muscles qui, en se contractant en même temps que le sang est expulsé, séparent les valvules des parois contre lesquelles elles étaient accolées. (Ibid.)

« Que les valvules altérées, épaissies, rigides, restent constamment séparées des parois ventriculaires, qu'arrivera-t-il? »
« Au moment de la systole ces valvules seront précisément dans la position que leur aurait donnée la contraction des muscles. » (Ibid.)

Il est donc essentiel, dans la théorie de M. Surnay, que les valvules soient écartées des parois ventriculaires par l'action des piliers.

Je soutiens, au contraire, que la valve gauche, pendant la systole, s'applique étroitement contre la paroi ventriculaire, et que la valve droite vient la recouvrir. Les bords libres des deux lames ne vont donc pas « à la rencontre l'un de l'autre », comme le suppose M. Surnay; ils vont donc tous deux dans le même sens s'appliquer sur la paroi du ventricule.

Je dois faire remarquer que dans l'idée de M. Surnay les valvules ne se rencontrent que par leurs bords libres. « De » cette façon, dit-il, les bords libres des deux lames de la valvule vont donc à la rencontre l'un de l'autre, et l'orifice est fermé. » (Ibid.) « Il ne peut donc résulter de la tension des lames ventriculaires qu'un plan incliné, ou plutôt qu'un double plan incliné en dos d'âne, car les deux lames, en mettant en contact leurs bords libres, ne peuvent arriver à faire un seul plan. » (Ibid.)

Cette idée d'un double plan incliné, en dos d'âne, est intimement liée à celle de l'écartement qui se produirait, d'après M. Surnay, entre la valve gauche et la paroi ventriculaire; elles sont inséparables l'une de l'autre : point d'écartement sans double plan incliné, et réciproquement point de double

CIRCA INSTANS, et plusieurs autres recettes de Nicolas. Tauzé 6 gros.

20. Ung autre livre écrit en parchemin, appelé DESANCTO AMANDO et DE NICOLAS, couvert d'aiz et écrit d'ancienne lettre. Tauzé 1 franc (voy. n° 3).

21. Ung autre livre vielz, écrit en parchemin, et couvert d'aiz mal relié, appelé RASIZ. Tauzé 3 gros (voy. n° 9).

22. Ung autre vielz de parchemin non relié : DES EMPHORISMES D'YPOCRAS. Tauzé 2 francs. Emphorismes pour Aphorismes. Cela prouve qu'en 1482 les copies des APHORISMES D'HIPPOCRATE, traduits en latin ou en langue vulgaire, étaient assez communes pour qu'un simple apothicaire pût en orner sa bibliothèque. Salmonnet en possédait même deux (voy. n° 27).

23. Ung autre vielz livre de NICOLAS, écrit en parchemin. Devant lequel Nicolas a une pratique de médecine couvert d'une vieille peau. Tauzé 6 gros (voy. n° 3).

24. Ung autre vielz livre écrit en parchemin, appelé

VIATIQUE, couvert d'une vieille peau de parchemin noire. Tauzé 3 gros (voy. n° 14).

25. Une partie du livre de THEM, écrit en parchemin couvert de vielz meschant parchemin. Tauzé 2 gros. Il y a lieu de croire que ce livre « de Them » est le COMMENTAIRE DE THEMISTUS SUR LES DERNIERS ANALYTIQUES, ouvrage de la façon de Gérard de Crémone, le plus fécond et le plus infatigable des traducteurs du moyen âge, et qui vivait dans le milieu du XII^e siècle. On sait que Themistius fut un rhéteur et sophiste grec qui florissait pendant la seconde moitié du IV^e siècle. Le Commentaire de Gérard de Crémone existe à la Bibliothèque nationale, au n° 16097, ancien 954 de Sorbonne.

26. Ung petit livre écrit en parchemin, appelé NICOLAS, couvert de parchemin. Tauzé 3 gros (voy. n° 3).

27. Ung petit livre écrit en parchemin, appelé THEM. Ensemble, un PRINCIPE DES EMPHORISMES D'YPOCRAS, couvert de peau verte. Tauzé 6 gros. Pour ce livre « appelé THEM »,

plan incliné sans écartement. Je ne suis donc point étonné de voir M. Surmay se cramponner à son double plan incliné, qui, en effet, est l'élément essentiel de sa théorie; il a eu seulement le tort de l'appliquer aussi au ventricule droit, où l'existence de trois valves eût demandé un triple plan incliné.

Mais M. Surmay est visiblement embarrassé de son double plan incliné, en dos d'âne, quand il s'agit de montrer comment le sang passe du ventricule dans l'aorte: car, en définitive, le double plan incliné de M. Surmay est la réunion à angle de deux plans, dont l'un conduit dans l'aorte et dont l'autre, formé par la valve gauche, aboutit à un ent-de-sac là où cette valve s'insère sur l'anneau fibreux de l'orifice. Le sang, refoulé vers les orifices, glisserait également sur ces deux plans. Mais M. Surmay n'envisage jamais que le plan artériel, et il n'est plus question de l'autre, qui conduirait le sang par une voie sans issue. « Elle (l'ondée sanguine) glisse sur le plan incliné et arrive directement dans l'orifice aortique. » (*Ibid.*)

Cet embarras n'est pas moins évident dans le passage suivant: « Qu'on verse de l'eau sur la face ventriculaire de la valve mitrale, après avoir coupé la pointe du ventricule » et lié l'aorte, on voit les deux lames de cette valve rapprocher leurs bords libres et l'eau rester dans deux espèces de rigoles, l'une à gauche, l'autre à droite de la ligne de jonction des bords valvulaires. De ces deux rigoles, celle qui correspond à l'orifice aortique est de beaucoup la plus large, et le plus souvent ce n'est que dans celle-ci que séjourne l'eau. La lame correspondant à l'artère est appliquée contre la lame ventriculaire, qui elle-même n'est que très-peu séparée de la paroi ventriculaire, et il y a de cette manière un long plan incliné qui s'étend du bord gauche du ventricule à l'orifice aortique qui semble en être la continuation. » (*Ibid.*)

Il y aurait beaucoup à dire sur cette expérience, dont s'étaient les partisans de l'occlusion passive, combattue par M. Surmay, et dans laquelle les valves ne sont pas tirées en bas, je suppose, par la contraction des piliers. Elle n'a donc aucun rapport avec la question qui nous occupe. Je me bornerai à demander à M. Surmay ce que devient la rigole de gauche, et pourquoi l'eau n'y séjourne pas toujours, puisqu'elle existe? D'autre part, si la lame ventriculaire est séparée même très-peu de la paroi ventriculaire, il y a là non un long plan incliné qui s'étend vers l'orifice aortique, mais un double plan incliné, en dos d'âne, comme dit M. Surmay, un peu tranchant peut-être, ou deux plans inclinés, dont l'un seulement a la direction requise, et dont l'autre va donner la paroi ventriculaire, au niveau de l'anneau fibreux de l'orifice articulo-ventriculaire.

C'est aussi dans cette expérience seulement que M. Surmay a trouvé que « la lame correspondant à l'artère est appliquée

contre la lame ventriculaire » (ce ne sont plus seulement les bords). Mais invoquer en faveur de sa théorie un fait qu'il n'a observé que dans des conditions toutes différentes, est un procédé qui ne peut être loué, pour me servir des expressions de M. Surmay.

Si je n'admets pas, avec M. Surmay, qu'au début de la systole ventriculaire les valves se séparent des parois ventriculaires, et si je rejette le double plan incliné ou en dos d'âne qui est la conséquence de cette séparation, je ne crois pas davantage que les valves soient appliquées contre les parois ventriculaires pendant la systole auriculaire.

Sans doute, le sang qui coule de l'oreillette écarte les deux valves pour se livrer passage; mais en s'accumulant dans la cavité ventriculaire, il ne tarde pas à les faire flotter quelque peu, le cœur étant alors dans le relâchement, comme dans l'expérience de Lower. Rien, du reste, n'empêche le sang de s'insinuer en notable quantité entre les parois du cœur et les valves.

Ainsi, dans l'opinion de M. Surmay, les valves sont appliquées contre la paroi ventriculaire pendant la diastole du ventricule et s'en éloignent dans la systole; je soutiens au contraire que ces valves s'éloignent de la paroi ventriculaire pendant la diastole et s'appliquent étroitement sur elle au moment de la systole. Cela n'empêchera pas, j'en suis certain, M. Surmay d'affirmer imperturbablement que sa théorie se rapproche tellement de la mienne « qu'on peut dire que l'une n'est que la réédition de l'autre. »

Je ne veux point rappeler ici les autres points que j'ai étudiés, le mode d'arrangement des cordages pendant la systole, le plissement inévitable des bords libres des valves, le rôle des languettes accessoires de la mitrale, la disposition spéciale des fibres musculaires du ventricule gauche, tous éléments importants de ma théorie. M. Surmay pense sans doute qu'ils étaient contenus implicitement dans son travail, dont le mien n'est qu'une réédition.

Pour ne pas trop allonger cette lettre, je dirai peu de chose de la valve tricuspide. Après avoir exposé ce qui se passe dans le ventricule gauche, M. Surmay ajoute: « Il en est de même dans le ventricule droit, quoique la chose soit moins tranchée. » Je crois avoir prouvé qu'il y a, au contraire, à cet égard, des différences très-grandes, de même que dans le mode de contraction des parois ventriculaires, dans la disposition des piliers et dans la conformation de la valve. « La lame interne, dit M. Surmay, est séparée par la contraction de ses petits muscles de la cloison interventriculaire et va à la rencontre de la lame antérieure. » J'ai exposé, de mon côté, que la contraction des piliers du ventricule droit a pour effet d'étaler cette valve interne et de l'appliquer étroitement sur la surface convexe et lisse que lui oppose la cloison (Voy. *Recherches sur l'anatomie et la physiologie du*

voy. précédemment le n° 25; pour les APHORISMES d'HIPPOCRATE, voy. le n° 22.

28. *Un vieux livre écrit en papier, appelé ARNOUL DE VILLENEUVE. Ensemble, une pratique, couvert d'une vieille couverture de parchemin coloré. Taxé 2 gros (voy. n° 5).*

29. *Un livre écrit en parchemin, d'ancienne lettre, appelée DE PROPRIETATIBUS REUM. Taxé 3 gros. Ce livre DE PROPRIETATIBUS REUM est de Barthélemy Anglicus. Il a été traduit par Jean Corbichon, qui présente son œuvre à Charles V en 1372 (voy. Montfaucon, *Mon. de la mon. franc.*, t. II, pl. VIII).*

30. *Un livre écrit en parchemin, d'ancienne lettre, appelé CONSTANTIN, couvert d'une meschante peau de parchemin. Taxé 4 gros. C'est peut-être une seconde copie du livre appelé VIATIQUE, représenté par le n° 14.*

31. *Un livre écrit en parchemin, couvert d'une peau de parchemin, appelé EXTRAIT DE LA CHIRURGIE D'AVICENNE. Taxé 8 gros.*

32. *Un autre livre écrit en parchemin, commençant LIBER SERAPIONIS en lettre rouge, couvert de vieille iz. Ensemble, LES SINONISMES GENEVOISES. Taxé 20 gros. Voilà une réunion de deux ouvrages bien utiles pour un pharmacien. Ce LIBER SERAPIONIS ne peut être, en effet, que le KOUNACHI ou PANDECTES, en VII livres, écrit dans la seconde moitié du IX^e siècle, par l'Arabe Jean, fils de Sérapion, ou Sérapion l'Ancien, et dont il y a plusieurs traductions latines avec les titres de PRACTICA ou BREVIARIUM. Il comprend deux parties. La première, qui se compose des six premiers livres, est un traité de médecine ne comprenant que le traitement par le régime et les médicaments; la deuxième partie, ou le VII^e livre, est un formulaire en 37 chapitres, contenant surtout un exposé de la préparation des différentes classes de médicaments composés (L. Leclerc, I, 413). — « SINONISMES GENEVOISES. » Il faut voir là les SYNONYMES de SIMON DE GENÈS, chanoine de Rouen, médecin et chapelain du pape Nicolas IV, qui fut élu en 1288. Il avait voyagé dans la Sicile et la Grèce,*

cœur, p. 59). Les deux théories sont identiques, conclut M. Surmay.

Je pourrais multiplier les citations; celles que je viens de faire suffisent, je pense, pour montrer aux personnes que cette question intéresse qu'il n'y a aucune analogie entre la théorie imaginée par M. Surmay dans un moment d'inspiration, sans la moindre preuve à l'appui, et celle qui résulte de mes recherches longues et patientes sur l'anatomie du cœur.

Un seul point est commun à la théorie de M. Surmay et à la mienne: c'est l'abaissement et la tension des valvules par suite de la contraction des piliers. Mais M. Surmay ne l'a point découvert, non plus que moi. Dans l'historique de la question, j'ai cité les auteurs qui en ont parlé les premiers.

Un mot encore et j'ai fini. M. Surmay me reproche de ne l'avoir point cité dans l'article que les *Archives de médecine* ont publié sur ce sujet. Cet article n'étant qu'un résumé, rédigé par un de mes élèves, de deux leçons que j'ai faites à l'École pratique, il s'y trouve peu de noms propres et je ne suis nullement étonné que celui de M. Surmay y ait été passé sous silence. J'avais d'ailleurs apprécié son travail dans mes *Recherches sur l'anatomie et la physiologie du cœur*. Je n'ai rien à changer à cette appréciation.

Veillez agréer, etc.

Marc SÉE.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Congrès international de Philadelphie.

SECTION IV. — Dermatologie et syphilitigraphie.

PRÉSIDENCE DE M. LE DOCTEUR J.-C. WHITE.

Questions à l'ordre du jour: 1° variation et fréquence des affections cutanées selon les pays et la civilisation; 2° l'eczéma et le psoriasis sont-ils des affections locales ou des manifestations de troubles constitutionnels; 3° le virus vénérien; unité ou dualité? 4° traitement général de la syphilis.

Première question. — M. White, rapporteur, présente les conclusions suivantes qui sont adoptées par la section:

1° Certaines affections obscures, dont l'étiologie est peu connue, même dans les points de l'Europe où elles règnent habituellement, peuvent être considérées comme n'existant pas en Amérique (Etats-Unis): telles sont le *prurigo*, la *pellagre*, le *lichen exudativus rubra*.

2° Certaines affections qui reconnaissent généralement pour cause la pauvreté et la malpropreté sont beaucoup moins fréquentes en Amérique qu'en Europe: telles sont les affections parasitaires.

3° Certaines affections cutanées graves qui dépendent des

troubles constitutionnels, telles que le lupus et la lèpre, sont moins fréquentes aux Etats-Unis qu'en Europe.

4° Certains troubles de la peau, principalement ceux qui se rattachent au système glandulaire ou qui sont sous la dépendance du système nerveux, sont plus fréquents en Amérique qu'en Europe: telles sont la *seborrhée*, l'*acné*, l'*urticaire* et l'*herpès*.

5° Certaines affections congestives et nerveuses de la peau ont un caractère plus grave aux Etats-Unis qu'en Europe.

Deuxième question. L'eczéma et le psoriasis sont-ils des affections locales? — Les conclusions présentées par M. Buckley, rapporteur, se résument ainsi:

1° L'eczéma et le psoriasis sont deux affections distinctes qui ne sauraient être confondues, la première avec les dermatites artificielles, la seconde avec les éruptions syphilitiques et la lèpre.

2° L'eczéma et le psoriasis ne peuvent avoir en même temps une origine locale et une origine constitutionnelle, mais, comme beaucoup d'autres affections, ils peuvent être produits par des causes prédisposantes et occasionnelles.

3° La plupart des caractères de l'eczéma et du psoriasis semblent plutôt se rattacher à des affections constitutionnelles qu'à des affections locales.

4° Il n'existe encore aucun fait histologique ou physiologique qui démontre que l'eczéma et le psoriasis sont dus à des désordres locaux des cellules ou à une perversion de l'action nerveuse.

5° Les causes locales ont une grande influence dans la production de l'eczéma, mais elles paraissent sans influence sur la production du psoriasis.

6° Le traitement local est souvent insuffisant pour la guérison de l'eczéma et du psoriasis, et les succès qu'il a pu produire ne démontrent pas que ces affections aient une origine purement locale.

7° Le traitement constitutionnel est le seul qui puisse, dans un grand nombre de cas, procurer la guérison permanente de ces affections.

8° Les faits observés jusqu'à ce jour tendent à prouver que l'eczéma et le psoriasis sont des affections constitutionnelles et non des lésions locales de la peau.

Troisième question. Nature du virus syphilitique. — Le docteur Freeman Bumstead, rapporteur, donne lecture d'un long mémoire dans lequel sont exposés les arguments fournis pour ou contre l'unité du virus syphilitique. Les conclusions de ce mémoire ont été discutées et modifiées par la Section, qui a adopté les points suivants:

1° La dualité du virus syphilitique est aujourd'hui démontrée.

2° Les ulcères vénériens peuvent être soit dus à l'inoculation

étudiant les végétaux; le fruit de ses recherches est consigné dans le n° 6823 de la Bibliothèque nationale, sous ce titre: SIMONIS JANUENSI SYNONYMA. Les n° 6958 et 6959 ont ces titres: GLOSSARIUM MEDICINÆ, AUCTORE SIMONE JANUENSI, NICOLAI IV MEDICO (L. Leclerc, t. II, p. 470).

33. LE LIVRE D'ARGORISME, en parchemin figuré et garni de plusieurs tables et figures, couvert d'az. Taxé 5 francs. C'est le LIBER ALCHOARISMI DE IEBRA ET ALMUCABILA, qui existe à la Bibliothèque nationale aux n° 7377 et 9335, avec ce titre: ALGORISMI, au lieu de ALCHOARISMI. L'auteur est l'Arabe Mohammed ben Moussa el Rhonazemi; le traducteur, Gérard de Crémone, qui vulgarisa aussi la science algébrique des Arabes (L. Leclerc, II, 412), car *Argorisme* est là pour *Algèbre*.

34. *Ung liere* escript en papier, tout dessiré, appelle LA PRATIQUE DE MAISTRE JEHAN JAQUES, ET DE GIRARD DE SOLE, avec ARMANSOR. Couvert d'une peau colée. Taxé 8 gros. Jean-Jacques, Johannes Jacobi, était chancelier de l'Université

de Montpellier en 1364. Médecin de Charles le Sage, il a écrit un traité sur toutes les maladies, intitulé: *THESAURUM MEDICINÆ*. Cet ouvrage se trouve manuscrit à la Bibliothèque nationale (fonds latin, 6957, 6988 A) sous ce titre: *SECRETUS SECRETORUM MAGISTRI JOHANNES JACOMI*.

Quant à Girard de Sole, c'est probablement Gérard de Crémone, le plus infatigable et le plus fécond des traducteurs, qui mourut en 1187.

L'ARMANSOR est le MANSOURY de Razès, mentionné précédemment au n° 9.

35. LE TEXTE DE MACEL, escript en parchemin, en petit volume couvert d'une peau noire. Taxé 6 blancs. Qui ne reconnaît là Marcel l'Empirique, Marcelus Empiricus, qui était de Bordeaux et vécut en Orient à la cour de Théodose le Grand, d'Arcadius et de Théodose le Jeune, sur la fin du IV^e siècle et au commencement du V^e? Il écrivit une compilation informelle, composée en grande partie de recettes empruntées à ses prédécesseurs, notamment à Scribonius Largus.

du virus syphilitique, soit à l'inoculation des produits de l'inflammation simple.

3° Les deux poisons peuvent être inoculés simultanément.

Quatrième question. Traitement de la syphilis. — Les conclusions du rapporteur, après avoir subi quelques légères modifications, ont été adoptées par la Section et formulées de la manière suivante :

1° Le mercure est l'antidote du poison syphilitique et peut combattre tous les symptômes, même dans la dernière période de la maladie. Son action sur les productions gommeuses est cependant moins efficace que dans les autres symptômes.

2° Le mercure à petites doses est un tonique.

3° L'iode de potassium fait cesser certains symptômes de la syphilis, mais ne prévient pas les récidives.

4° Le mercure, administré sans interruption et à petites doses, depuis le début de l'affection, est le meilleur traitement à opposer à la syphilis.

SECTION V. — Obstétrique.

PRÉSIDENCE DU DOCTEUR ROBERT BARNES (DE LONDRES).

Questions à l'ordre du jour : 1° causes et traitement des hémorragies non puerpérales de l'utérus ; 2° traitement des tumeurs fibroïdes de l'utérus ; 3° nature, cause et prévention de la fièvre puerpérale.

Première question. — Le rapporteur, M. H. Byford, émet les propositions suivantes :

1° Les conditions qui produisent la menstruation sont les causes des hémorragies utérines non puerpérales.

2° Ces hémorragies ne sont le plus souvent qu'une exagération de ces conditions.

3° Les causes ont pour origine, tantôt le système nerveux, tantôt le système vasculaire.

4° Ces causes agissent, soit en activant le cours du sang dans les vaisseaux utérins, soit en retardant l'afflux du sang dans ces vaisseaux.

Deuxième question. Traitement des tumeurs fibroïdes de l'utérus. — Cette question est longuement traitée par le rapporteur, M. Washington Allee, d'après un grand nombre d'observations personnelles. L'auteur établit deux principales divisions dans son sujet :

1° Les tumeurs qui s'accompagnent habituellement d'hémorrhagie, et qui comprennent : a, fibroïdes occupant le canal vaginal ; b, fibroïdes contenus dans la cavité utérine ; c, fibroïdes interstitiels sous-muqueux ; d, fibroïdes interstitiels simples ; e, fibroïdes récurrents.

2° Les tumeurs qui ne sont pas accompagnées d'hémorrhagie, et qui comprennent : a, fibroïdes interstitiels sous-péritonéaux ; b, fibroïdes péritonéaux sessiles ; c, fibroïdes péritonéaux pédunculés ; d, fibroïdes cervicaux interstitiels ; e, fibro-kystes de l'utérus.

Troisième question. Fièvre puerpérale. — Après avoir remarqué que l'expression de fièvre générale est un terme vague et mal défini, le rapporteur, M. William Lusk, établit une distinction importante et admet deux formes de fièvre puerpérale : une non infectieuse et une infectieuse.

La forme non infectieuse reconnaît pour causes : a, traumatisme ; b, adhérences péritonéales anciennes ; c, inobservance des lois de l'hygiène ; d, influences mentales.

La forme infectieuse est une maladie septique et les lésions locales sont généralement le point de départ de l'affection. Néanmoins, le poison peut pénétrer dans l'organisme par d'autres voies.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

IODURES CONTRE L'INTOXICATION PAR LE PLOMB. — M. Faure adresse une note concernant l'efficacité des iodures contre l'intoxication saturnine. Les observations ont été faites par l'auteur dans une fabrique de céruse qui lui appartient. Il s'est pris lui-même comme sujet d'expérience. A la suite d'une intoxication très-prolongée et d'une guérison incomplète par les remèdes ordinaires, il a obtenu des effets excellents par un traitement à l'iode de potassium, administré à la dose de 3 centigrammes. Depuis cette époque, et malgré une sensibilité excessive aux émanations saturnines, il a toujours combattu avec succès des intoxications fréquemment répétées. M. Faure estime qu'un ouvrier assez intelligent pour déterminer lui-même les quantités qu'il devra s'administrer obtiendra toujours, par un traitement quotidien à la dose de 5 à 10 centigrammes d'iode de fer ou de potassium, les effets les plus satisfaisants, sans être obligé d'interrompre son travail. (Renvoi à la commission des arts insalubres.)

DALTONISME. — M. H. Favret communique à l'Académie les résultats auxquels il est parvenu dans l'organisation des exercices destinés à remédier au daltonisme.

L'auteur a obtenu l'approbation des ministres de l'instruction publique, des travaux publics, de la guerre, de la marine ; des exercices méthodiques sont établis dans un certain nombre

Elle a été imprimée non pas séparément, mais avec les livres de Galien (Bâle, 1536, in-fol.).

36. *Plusieurs orisons écrites en parchemin en manières d'Eures, reliées d'aiz et couverte d'une couverte de drap noir. Tauxé 6 gros.*

37. *Un petit livre écrit en papier, commençant : Ce sont les recettes des Ougneimens, couvert d'aiz. Tauxé 2 gros.*

38. *Un petit extrait du livre de ARNOUL DE VILLE NEUVE, écrit en parchemin et en papier, couvert d'une peau de parchemin. Tauxé 4 gros (voy. n° 5).*

39. *Un petit livre écrit en papier, parlant des Commandemens de Dieu, Tauxé 6 blancs.*

40. *Un livre d'ARQUEMIE, écrit en papier, couvert d'une peau colée. Tauxé 3 gros. Arquemie pour Alchimie. Il y a eu tant d'ouvrages sur cette science à l'époque que nous parcourons, qu'il est mal aisé de dire celui dont il est question ici. Nous faisons fi aujourd'hui des livres d'alchimie d'au-*

trefois : c'est une erreur qu'on ne peut trop combattre. L'alchimie est la mère de la chimie moderne ; et, comme le fait très-bien remarquer M. L. Leclerc (I, 338-339), les alchimistes devaient rencontrer dans la pratique de leur art bien des séductions ; ils devaient souvent faire des découvertes merveilleuses qui les délassaient de leurs labeurs, mais que l'état imparfait de la science et les moyens d'expérimentation condamnaient à une stérilité relative. Ils semaient, et les chimistes ont récolté.

41. *Un autre petit livre écrit en papier, parlant de PHISONOMIE, couvert de parchemin. Tauxé 3 gros.*

42. *Plusieurs meschans livres et cayers amassez d'ASTROLOGIE ET D'ARISMÉTIQUES. Tauxés 2 s.*

43. *LE ROMANT DE PONTIUS, écrit en papier, relié d'aiz. Tauxé 6 gros. Imprimé sous ce titre : LE NOUVEAU ROY PONTIUS, petit in-fol. goth. (vers 1480). Sur les éditions de Pontius et de la belle Sidoine, voir Brunet, IV, 810 et la préface de la*

d'écoles, et l'auteur espère introduire bientôt ces pratiques dans l'armée, les chemins de fer, la marine, etc. (Renvoi à la commission précédemment nommée.)

RECHERCHE DE LA FUCHSINE DANS LE VIN. Note de M. E. Bouillon. — « Lorsqu'on recherche de très-petites quantités de fuchsine dans le vin, l'opération se trouve souvent entravée par des difficultés que les soins les plus minutieux n'arrivent pas toujours à surmonter. Beaucoup de vins prennent une couleur brun très-foncée, quand on les traite à chaud par la potasse caustique, afin de décomposer le sel de rosaniline qu'ils peuvent contenir; si l'on agit le produit de cette réaction avec de l'éther, pour dissoudre la rosaniline, il se forme quelquefois des émulsions persistantes; de plus, il se dissout des traces de matière brune, et, quand on essaye de fixer le sel de rosaniline sur de la soie, on n'obtient fort souvent qu'une teinte roussâtre qui peut masquer la couleur rose de la fuchsine. Dans ces conditions, l'opérateur ne peut se prononcer. » L'auteur propose de substituer à la potasse l'hydrate de baryte, en opérant de la manière suivante :

« 500 centimètres cubes de vin sont placés dans une capsule, portée à l'ébullition et évaporés jusqu'au volume de 125 centimètres cubes environ; on retire la capsule du feu et l'on y ajoute 20 grammes d'hydrate de baryte cristallisé. On agit pour favoriser la réaction; on laisse refroidir, on verse sur un filtre et le précipité est lavé à l'eau distillée, de façon à obtenir cu tout 125 centimètres cubes de liquide filtré. Il faut toujours s'assurer, à l'aide de quelques cristaux d'hydrate de baryte ajoutés au liquide filtré, que la précipitation des matières colorantes du vin est complète; dans le cas contraire il faudrait en mettre de nouveau et refiltrer la liqueur.

» On l'introduit alors dans un flacon de 250 centimètres cubes environ, avec 50 à 60 centimètres cubes d'éther pur, et l'on agit fortement. On laisse reposer; dès que l'éther s'est complètement séparé du liquide aqueux, on le décante à l'aide d'une pipette et on le verse dans une capsule de porcelaine; on ajoute une goutte d'acide acétique à 8 degrés, trois à quatre gouttes d'eau distillée, et une petite floche de soie blanche non tissée, composée de dix fils de 1 centimètre de longueur.

» Si la quantité de fuchsine contenue dans le vin est un peu notable, l'acide acétique produit immédiatement une coloration rose; mais dans les cas où il ne ferme que de très-faibles traces de cette substance, il faut attendre l'évaporation totale de l'éther. Le résidu se compose d'une petite quantité de liquide aqueux, dans lequel baigne la floche de soie. On chauffe alors très-légalement la capsule, afin d'évaporer la plus grande partie de ce liquide et de concentrer les traces de matière colorante dans quelques gouttes; on favorise ainsi sa fixation sur les fibres de soie. »

Ce procédé, lorsqu'il est exécuté avec soin, permet de déceler facilement un cent-millième de fuchsine dans le vin.

Achille CHÉREAU.

(A suivre.)

VINS FUCHSINÉS. — D'après les ordres de M. le ministre des finances, des ordres ont été donnés au service des douanes pour qu'il procédât avec le plus grand soin à la vérification des vins importés d'Italie, d'Espagne et de Portugal, et pour qu'il prévienne immédiatement la police locale dans le cas où il aurait lieu de penser que les produits ont été colorés artificiellement. En outre, des échantillons seront prélevés sur toute importation commerciale

Académie de médecine.

SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1876. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. le ministre de l'Agriculture et de commerce transmet à l'Académie : a. Une demande formée par madame de Gaulty, à l'effet d'obtenir l'autorisation d'exploiter la source minérale d'Andabro (Aveyron). (Commission des eaux minérales.) — b. La recette de plusieurs préparations pharmaceutiques. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

L'Académie reçoit : a. De la part de M. le docteur Nouzeille, un pli cacheté (Accepté.) — b. Une lettre du candidat M. Philippeaux. — c. De la part de M. Esquerrol, pharmacien, une note sur un nouveau procédé pour reconnaître la présence de la fuchsine dans les vins. — d. De la part de M. le docteur Camus, un mémoire sur une épidémie de fièvre typhoïde. (Commission des épidémies.)

M. Bergeron présente, de la part de M. le docteur Sanné, un volume intitulé : TRAITÉ DE LA DIPTÉRIE. M. Bergeron fait ressortir le mérite de ce livre, dont il n'y a pas, dit-il, une page à retrancher, et qui tend surtout à rétablir l'unité de la diphtérie, compromise par quelques travaux modernes.

M. Henri Byer offre en hommage, un volume de M. Jolly, un exemplaire du livre que ce savant académicien vient de publier sous le nom d'HYGIÈNE MORALE.

M. Léon Le Fort dépose : 1° Au nom de M. le docteur Nausette (de Chamy), un pli cacheté. (Accepté.) — 2° Au nom de M. le docteur Surmay (de Ham), une brochure intitulée : DE L'OCCLUSION DES ORIFICES AURICULO-VENTRICULAIRES.

M. Goszeli présente, au nom de M. le docteur Lenczeaux, la deuxième partie du tome 1^{er} de son TRAITÉ D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

M. Riecké présente, de la part de MM. les docteurs Woelker et J. Cyr, une œuvre posthume de Demarey, intitulée : MALADIES CARCINOMATEUSES DU VENTRE.

M. Espin dépose sur le bureau une brochure de M. le docteur Anatole Manoury (de Valenciennes), intitulée : RECHERCHES SUR LES TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ DANS LA CONTRACTURE IDIOPATHIQUE DES EXTRÉMITÉS.

RAPPORTS. — M. J. Lefort donne lecture d'une série de rapports sur les *eaux minérales*. Les conclusions de ces rapports sont adoptées par l'Académie.

ALIMENTATION DES NOUVEAU-NÉS. — M. Blot fait quelques remarques sur la nature du lait qu'il convient de donner aux nourrissons et revient sur les principaux points qui ont occupé les dernières séances de l'Académie. Il s'élève surtout contre ce préjugé qui consiste à croire qu'il est nécessaire que l'âge du lait de la nourrice soit en rapport avec l'âge de l'enfant. Cette pratique n'a rien d'utile. Il est d'abord extrêmement rare de rencontrer une nourrice dont le lait ait exactement l'âge du nourrisson, puisque les nourrices ne peuvent allaiter qu'un mois ou deux après leur accouchement. On prend donc en général une nourrice dont le lait a deux ou trois mois, et il n'en résulte aucun inconvénient.

Qu'arrive-t-il souvent lorsqu'une jeune mère veut nourrir son enfant et ne présente pas les conditions nécessaires ? L'enfant dépérit et ne revient à la santé que lorsqu'on lui donne une bonne nourrice dont le lait n'est presque jamais en rapport avec le sien.

Quel est l'accoucheur qui n'a pas observé des femmes qui, ayant accouché à des intervalles très-rapprochés, font allaiter leurs deux enfants par la même nourrice sans qu'il en résulte le moindre inconvénient ?

Quant à la loi récemment votée par l'Assemblée nationale,

dernière édition du CHEVALIER DE LA TOUR-LANDRY, 1854, XXIII-IV.

44. *Un petit livre écrit en papier, couvert de parchemin, parlant de l'ÂME DE DIEU TOUCHÉE. Tauxé 3 gros.*

45. *Un livre écrit en parchemin, parlant des ÉMPTATIONS DE L'ENNEMY, couvert de parchemin. Tauxé 3 gros.*

46. *BOESSE DE CONSOLACION, tout dessiné. Tauxé 3 gros.*

de quelque importance, pour être analysés dans le laboratoire du bureau des douanes par lequel s'effectuera l'importation, et à défaut, dans le laboratoire le plus voisin.

LES CONSCRITS DE LA SEINE AU POINT DE VUE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET SOUS LE RAPPORT DE L'INSTRUCTION. — Sur les 14 378 inscrits pour la conscription, 5608 ont été reconnus propres au service armé, 448 ont été ajournés à un an pour un nouvel examen physique (242 pour insuffisance de taille, 206 pour insuffisance de développement), 1946 ont été réformés pour infirmités. Celles qui ont motivé le plus de cas de réforme sont : la perte d'un membre, 505; la faiblesse générale de constitution, 187; les affections du système osseux, 180; les hernies, 85; la scrofule, 82; les affections du système nerveux, 80; les affections cutanées, 59; celles de l'ouïe, 43; la phthisie a été constatée 186 fois, soit une moyenne de 1 cas de phthisie sur 77.

Sous le rapport de l'instruction, 13 561 savent lire, écrire et compter; 180 savent lire et écrire; 249 savent lire seulement; 756 ne savent ni lire ni écrire. Pour le surplus, 1,931, on n'a pu vérifier le degré d'instruction.

et qui exige que la nourrice ne prenne pas de nourrisson avant cinq mois, je crois qu'elle a été faite non-seulement dans le but de protéger l'enfant, mais aussi le nourrisson.

M. *Devergie* fait remarquer que, d'après les idées de M. Blot, il faudrait préférer le lait âgé au lait jeune. Cette manière de voir est contraire aux lois de la nature et M. *Devergie* persiste à croire qu'il y a avantage à prendre une nourrice dont le lait se rapproche autant que possible de l'âge de l'enfant.

Quant à la loi Roussel, il est à même d'assurer que le terme de cinq mois a été fixé uniquement pour protéger l'enfant de la nourrice, et que la commission n'avait pas eu vue l'intérêt du nourrisson qu'elle pourrait allaiter après avoir servi son enfant.

PROPRIÉTÉS HYGIÉNIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DU MAÏS. — M. le docteur *Fua* (de Padoue) donne lecture d'un long mémoire sur les avantages du maïs comme aliment et comme médicament. L'auteur s'étonne qu'après tout ce qui a été dit par des savants éminents, le blé de Turquie soit aujourd'hui inconnu dans les hospices et hôpitaux de Paris. Il pense que l'usage de cet aliment peut calmer les passions et pourrait être employé avec avantage pour nourrir les aliénés dont le caractère est la violence; mais les arguments et les observations qu'il cite à l'appui de cette proposition sont loin d'être concluants.

M. *Fua* présente ensuite quelques considérations sur l'étiologie de la pellagre. La production de cette maladie a été attribuée à tort à l'usage du maïs; elle est due uniquement à la misère et à d'autres causes débilitantes. En somme, le maïs constitue un aliment très-sain qui peut rendre de grands services dans l'alimentation et la thérapeutique.

Société de biologie.

SÉANCE DU 11 NOVEMBRE 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

GLYCOSURIE DES NOURRICES ET DES FEMMES ENCEINTES : M. GUBLER. — APHASIE SUIVIE DE GUÉRISON. HYPERTROPHIE DE LA TROISIÈME CIRCONVOLUTION FRONTALE DU CÔTÉ DROIT : M. LUY. — ALCALOÏDE DU THAPSIA : MM. HARDY ET BOCHFONTAINE. — PHOTOGRAPHIE MICROSCOPIQUE : M. FAYEL. — PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE DU GRAND SYMPATHIQUE (RAPPORT DES CENTRES NERVEUX AVEC LA PARTIE CARDIO-VASCULAIRE) : M. COUTY. — RESPIRATION DES ANIMAUX AQUATIQUES : M. REGNARD.

M. *Gubler* a étudié depuis longtemps la glycosurie des femmes enceintes et des nourrices. Pour ces dernières, il est arrivé aux résultats suivants : la glycosurie des nourrices n'est pas constante; elle ne se produit que dans certains cas déterminés et même alors elle reste toujours peu abondante. Chez une nourrice saine dont le nourrisson tète bien, pas de glycosurie. Si la lactation est supprimée d'une manière prématurée, le sucre apparaît dans l'urine après un temps variable, à moins qu'on ne s'y oppose par des purgatifs ou des diurétiques. Si la nourrice devient malade, la glycosurie peut apparaître ou faire défaut, suivant que la maladie plus ou moins grave interromp ou non la sécrétion lactée (en admettant toujours que l'enfant ne tète plus). La glycosurie serait donc l'élimination supplémentaire du sucre sécrété en trop grande proportion et accumulé dans le sang. M. *Gubler* n'a jamais trouvé d'albumine dans ces circonstances: cela tient probablement à la décomposition du lait de la femme pauvre en caséum, et à la difficulté de l'élimination de l'albumine qui ne peut se faire que par un sein altéré. Chez les femmes enceintes, la glycosurie est fort rare et ne survient que dans les cas de sécrétion lactée prématurée et abondante.

— M. *Luy* présente le cerveau d'une femme devenue aphasique après une attaque apoplectique, et chez laquelle

ce symptôme disparaît au bout de huit mois. La troisième circonvolution frontale gauche est détruite et la circonvolution correspondante du côté droit hypertrophiée; il y a eu suppléance. M. *Luy* a constaté une hypertrophie des circonvolutions pariétales postérieures. Une discussion s'engage à ce sujet pour savoir si ces circonvolutions sont réellement hypertrophiées et si le cerveau a conservé le type primate : MM. *Luy*, P. Bert, Magnan, Laborie et Hamy y prennent part.

— M. *Hardy* communique le résultat qu'il a obtenu dans ses recherches faites avec M. *Bochefontaine* sur l'alcaloïde du thapsia. (Nous publierons cette communication dans notre prochain numéro.)

— M. *Duret* présente, au nom de M. le professeur *Fajel* (de Gaen), des plaques de photographie microscopique obtenues avec un nouveau procédé qui permet d'obtenir des images nettes à d'assez forts grossissements.

— M. *Couty* a continué, dans le laboratoire de pathologie expérimentale, ses expériences sur les rapports des organes nerveux intra-crâniens, et du système sympathique et cardio-vasculaire.

Après avoir montré, dans une précédente communication, que l'arrêt du sang dans l'encéphale détermine : 1° un ralentissement considérable du cœur; 2° une augmentation énorme de la tension, il étudie les voies de conduction de ces modifications.

Il a sectionné les pneumogastriques, et alors l'anémie encéphalique a déterminé immédiatement une accélération cardiaque: le même effet ayant été observé après la ligature de la moelle au-dessous de la première paire cervicale, il est établi que toutes les fibres modératrices fournies au cœur par l'encéphale sont contenues au cou dans les pneumogastriques, et qu'elles naissent de la moelle, après la première paire cervicale. Précisant davantage, M. *Couty* a lié la moelle au-dessous de la deuxième, au-dessous de la troisième paire, et alors il y a eu un ralentissement considérable: les deux racines spinales correspondantes contiennent donc un très-grand nombre de fibres encéphalo-cardiaques.

Dans toutes ces expériences sur les animaux dont on a sectionné soit la moelle soit les nerfs vago-sympathiques, l'augmentation de la tension artérielle s'est produite et a été considérable, soit 6, 10 et même 16 centimètres: d'où on peut conclure : 1° que les variations du cœur et de la tension, pouvant être dissociées par la section des pneumogastriques, sont complètement indépendantes; 2° que le méiocéphale est en rapport avec les vaisseaux périphériques par deux ordres de nerfs, nerfs crâniens et nerfs médullaires, une seule de ces voies de conduction suffisant à déterminer des variations considérables de la tension.

Ces résultats, s'ils confirment ceux obtenus par *Waller*, *Cl. Bernard*, *Brown-Séguard*, *Vulpian*, *Tarchanoff*, etc., contredisent au contraire les conclusions de *Schiff*, *Rutherford*, etc., etc.

— M. *Regnard* continue ses communications sur la respiration des animaux aquatiques: il expose les résultats d'expériences faites sur les mollusques, crabes, etc., et qui sont en tout conformes à ceux fournis par les poissons. Ces animaux aussi rendent moins d'acide carbonique qu'ils n'absorbent d'oxygène, et la proportion est à peu près la même que pour les poissons.

H. CHOUPEE.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 11 NOVEMBRE 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. OULMONT.

EMPLOI DE L'ALUN DANS LA GOUTTE : M. MAZZI. — POUFS VEINEUX PENDANT L'ANESTHÉSIE PAR LE CHLOROFORME : M. LENOËL. — ACCIDENTS DE NARCOTISME APRES L'EMPLOI DE PROTOXYDE D'AZOTE; ACTION CONGESTIVE DE CE GAZ; EMPLOI DU SULFATE DE QUININE : M. BORDIER. — PROCÉDÉ POUR ARRÊTER LES HÉMORRHAGIES : M. CRÉQUY.

M. C. Paul, en dépouillant la correspondance imprimée, signale dans diverses publications belges :

Un travail de M. Mazzi, qui recommande dans la goutte l'emploi de l'alun en friction sur les jointures douloureuses.

Un travail de M. Lenoël, qui a constaté sur plus de 50 sujets qu'à la fin de l'anesthésie par le chloroforme on observe le pouls veineux aux veines jugulaires interne et externe, à la veine faciale et à la veine axillaire : or, c'est à ce moment que survient la mort par le cœur.

— M. Bordier donne lecture d'une observation relative aux effets narcotiques constatés chez un jeune homme à la suite de l'emploi qui avait été fait du protoxyde d'azote par un dentiste.

Ce jeune homme avait été endormi ; la dent avait été arrachée et tout était rentré dans l'ordre. L'opéré avait regagné son domicile en parfait état de santé, lorsqu'environ une heure après il se met à pleurer à sanglots, puis tombe tout à coup dans un état de narcose complète.

Le sommeil était profond ; il a fallu les plus grands efforts pour le réveiller, même momentanément ; à peine lui avait-on arraché une parole qu'il se rendormait de suite. La face était assez rouge, chaude, les yeux injectés, les pupilles punctiformes, la respiration lente, superficielle et le pouls à 120. Ce sommeil, qui avait commencé deux heures environ après l'opération et qui avait surpris le malade déjà complètement rétabli, durait depuis trois heures lorsque M. Bordier fut appelé.

Se basant sur les signes non douteux de congestion encéphalique et de paralysie vaso-motrice, il prescrivit 50 centigrammes de sulfate de quinine dans une tasse de café noir, des révulsifs sur les jambes et de l'eau fraîche sur le front. Une heure après le malade sortait de sa torpeur ; le lendemain il était guéri et les pupilles étaient très-dilatées.

Se basant sur ce fait et sur plusieurs autres cas où des symptômes plus ou moins graves se sont montrés après l'emploi du protoxyde d'azote, l'orateur pense que l'action asphyxiante à titre de gaz inerte, démontrée par Jolyet et Blanche, par Paul Bert, etc., n'est pas la seule action du protoxyde d'azote ; il pense que ce gaz, improprement nommé hilarant, agit puissamment dans certains cas sur les centres nerveux, qu'il congestionne, et sur l'appareil vaso-moteur, qu'il paralyse.

Il ajoute que le sulfate de quinine et ses synergiques : digitale, ergot de seigle, etc., lui semblent indiqués dans les cas de ce genre.

M. Bordier distingue d'ailleurs les accidents immédiats produits pendant l'anesthésie même et ceux qui surviennent après. Les premiers sont mortels mais extrêmement rares, puisqu'on n'en connaît que 3 ; les autres sont beaucoup plus fréquents et, pour n'avoir pas produit la mort jusqu'ici, lui semblent assez effrayants néanmoins pour donner à réfléchir et pousser à limiter l'emploi d'une méthode aujourd'hui banalement employée.

MM. Moutard-Martin et Blondeau appuient ces conclusions.

— M. Créquy donne lecture d'une note sur un moyen d'arrêter les hémorrhagies.

Pour les épistaxis, il a fait faire une seringue longue de

6 centimètres et à jet récurrent. C'est avec cette seringue qu'il injecte du perchlorure de fer dans les narines.

Pour les hémorrhagies utérines, voici le moyen qu'il emploie : il taille un petit morceau de racine de gentiane qu'il enveloppe d'agaric ; il trempe le tout dans le perchlorure de fer et l'introduit ensuite dans le col ; un fil de soie attaché à l'appareil permet de le retirer. Ce moyen est généralement bien supporté ; il laisse l'appareil en place pendant deux jours.

A. B.

REVUE DES JOURNAUX

De la mort subite dans la fièvre typhoïde ; observations et réflexions par M. BUSSARD, aide-major au Val-de-Grâce.

Ce travail s'appuie sur cinq observations inédites, dont les deux premières appartiennent à l'auteur, et dont les autres lui ont été communiquées par MM. Bertrand et Laveran. Dans les deux observations dues à M. Laveran, l'examen histologique des muscles, et en particulier du cœur, n'a rien révélé d'anormal. Après avoir rappelé les explications données par Zenker, Griesinger et Feltz de ces accidents si redoutables, M. Bussard discute la théorie de M. Dieulafoy qui, on le sait, attribue la mort subite dans la fièvre typhoïde à une action réflexe qui aurait son point de départ dans les ulcérations de l'intestin, l'excitation se trouvant transmise au bulbe par les fibres du grand sympathique et réfléchié par les nerfs du mouvement. Il cherche à prouver que la lésion intestinale ne saurait être la seule cause des accidents observés. On ne peut non plus les expliquer en admettant, avec M. Hayem, que l'altération cardiaque suffit pour déterminer une syncope. Cette lésion n'est pas aussi constante que le suppose M. Hayem, puisque dans plusieurs observations, dans lesquelles l'examen histologique a été fait avec soin, elles n'ont pu être constatées. L'arrêt du cœur peut d'ailleurs être provoqué par des causes multiples, et parmi celles-ci il faut ranger, outre l'altération de la fibre musculaire du cœur, l'anémie cérébrale qui trouve la raison de sa production dans un changement brusque de position ou dans une émotion morale. De cette hypothèse découlent, comme indications thérapeutiques, le précepte de combattre la tendance à l'adynamie, de soutenir la nutrition générale, d'éviter les émotions vives, les mouvements brusques, les exercices violents, etc. (*Rec. des mém. de méd. militaire*, t. 32, p. 428.)

Un cas de monstre double autotaire, par M. le docteur BERJOAN (du Caire).

Ce monstre, examiné par M. le docteur Berjoan, trois semaines après la naissance, est issu d'un couple bédouin d'une force et d'une pureté de formes remarquables ; il présente deux têtes, deux poitrines, quatre bras, trois jambes et un unique abdomen percé d'un seul trou ombilical. A la base de l'abdomen, derrière les organes sexuels (mâle), on trouve un petit renflement caudal se dirigeant d'avant en arrière et obliquement de droite à gauche, percé d'une petite ouverture ronde à chaque extrémité. De ces deux ouvertures, qui ne ressemblent en rien à un orifice anal, une seule fonctionne, à ce que dit la mère. M. Berjoan soupçonne que la seconde pourrait bien être l'orifice d'un canal ulvo-utérin. Quelque rapide et incomplet qu'ait été mon examen, dit M. Berjoan, il ne m'a pas été difficile de reconnaître que j'avais en présence une monstruosité décrite par Is. Geoffroy Saint-Hilaire, sous le nom de *monstre double autotaire*, et rangée dans le premier ordre de sa deuxième classe. En effet, par l'exploration, j'ai acquis la certitude que les fonctions respiratoire et circulatoire sont parfaitement indépendantes les unes des autres

dans les deux cavités, et que les deux individus, après avoir concouru séparément à *tous les actes de la vie de nutrition*, trouvent une existence commune dans l'abdomen et dans les excréments des matières fécales et de l'urine qui s'effectuent par un seul orifice rectal et par un seul méat urinaire.

Ce monstre, âgé de vingt et un jours au moment de l'examen, jouit d'une santé parfaite, il tète, il dort, crie, et chacun des tronçons se livre à ces fonctions physiologiques indépendamment l'un de l'autre (*Recue médicale*, 1^{er} novembre 1876, n° 88).

BIBLIOGRAPHIE

De la structure des racines des nerfs spinaux et du tissu nerveux dans les organes centraux de l'homme et de quelques animaux supérieurs, par Pierre Roudanovsky; ouvrage traduit du russe par Mademoiselle Olga PODANOVSKY.—In-8 de 225 pages avec un atlas de 8 planches contenant 72 photographies. V. Delahaye et C^e, Paris, 1876.

La photographie peut-elle servir beaucoup pour l'étude de la structure histologique des tissus? Bien des micrographes pensent que non, et il faut avouer que dès que l'on dépasse un grossissement moyen, on bien tout se confond, ou bien c'est aux dépens de la vérité qu'on obtient des images nettes. Mais de là à repousser ce nouveau procédé d'investigation, il y a loin, et tout le monde reconnaît qu'en ne lui demandant que ce qu'elle peut donner, la photographie rend d'importants services. Un des meilleurs exemples que nous en puissions donner est l'ouvrage de Pierre Roudanovsky.

« La congélation du tissu nerveux, dit l'auteur, son exploration en plaques fraîches et humides, sans employer les colorations et les réactifs; enfin les différentes colorations des éléments histologiques et la photographie, tels sont les moyens qui m'ont servi dans mes études sur la structure du tissu nerveux. »

Voyons maintenant quels sont les principaux faits nouveaux constatés par l'auteur.

Disons tout d'abord qu'il consacre un long chapitre à l'exposé de sa méthode; il fait voir comment il a procédé pour étudier soit les éléments en place, soit chaque élément isolé et même les diverses parties qui entrent dans sa composition. Entrer dans l'analyse de ce chapitre serait en quelque sorte refaire l'histologie normale du système nerveux; nous nous bornerons donc à renvoyer à l'ouvrage lui-même. Mais cette manière de procéder est-elle préférable à celles employées par les autres anatomistes? M. Roudanovsky le croit, et c'est pour le démontrer qu'il expose en les critiquant les divers modes de préparation employés avant lui. On peut donc résumer toute cette première partie de l'ouvrage en disant qu'il s'agit d'un traité complet de technique histologique spéciale appliquée à l'étude du système nerveux central.

Au nombre des faits mis en lumière par le procédé technique de Roudanovsky, nous mentionnerons en première ligne son étude du cylindre axis dans les racines spinales. Revenant en quelque sorte à l'antique opinion de Haller, qui prétendait que les nerfs étaient composés de tubes creux dans lesquels circule un liquide, l'auteur avance que le cylindre axis n'est ni un filamen solide, unique, ni un faisceau de filements d'une excessive ténuité, comme le veut la plupart des histologistes; il nie encore l'existence des étranglements si bien décrits par M. Ranvier, et dont l'étude, poussée pour ainsi dire d'un seul coup à la perfection par le savant micrographe français, est venue éclairer d'un jour tout nouveau bien des points de physiologie du système nerveux; ainsi il fait table rase de toutes les opinions défendues par les savants. Qu'est-ce donc alors que le cylindre axis? c'est un tube creux dans lequel circule un liquide; Haller avait bien vu, il n'avait pas tout vu, voilà tout.

Mais, dira-t-on, sur quelles preuves s'appuie Roudanovsky? Nous les donnons d'après lui :

« 1^o Le double contour du cylindre axis, si celui-ci est examiné, dénudé des autres parties qui l'entourent, sortant d'un tube nerveux primitif, ou isolé dans une plus grande longueur;

« 2^o L'épaisseur inégale du cylindre axis, dans sa prolongation, dans une distension artificielle des tubes primitifs en dilacérant la pièce au moyen d'aiguilles, par suite de quoi cette dernière se présente quelquefois variqueuse, même en dedans du tube nerveux;

« 3^o Les élargissements inégaux, quelquefois en forme de cône, comme on les rencontre souvent dans divers cas pathologiques, explorant les cylindres axes sur des coupes et en les débarrassant des parties environnantes;

« 4^o Les contours en forme de chaînons avec les divers aspects des bords coupés dans l'examen en masse;

« 5^o Les ruptures pendant une congélation forte, qui s'expliquent au moyen des fentes irrégulières plus ou moins largement ouvertes. Ces ruptures dépendent probablement de la cristallisation du liquide que contiennent les cylindres d'axe. »

Ce sont là les principaux arguments de l'auteur, mais il en donne encore plusieurs autres, suivant lui, de moindre importance. Nous ne pensons pas que ce soit ici le moment d'entrer dans une discussion de fond sur l'opinion émise par Roudanovsky; nous nous bornerons à dire que si les procédés ordinaires de préparation ne sont pas à l'abri de toute objection, il ne nous paraît pas absolument démontré, par les raisons que donne l'auteur, que la congélation permette d'éviter toute cause d'erreur. Il ne suffit donc pas que l'examen de pièces congelées donne un aspect un peu en désaccord avec ce qu'on observe d'ordinaire, pour autoriser à déclarer *cæ proesso* que les opinions admises sont fausses, que les théories physiologiques doivent être modifiées et que, reculant de deux siècles, nous soyons forcés de nous ranger à une opinion qui n'aurait peut-être pas aujourd'hui d'adversaire plus convaincu et plus éloquent que Illustre Haller. A notre avis, les recherches de l'auteur auraient besoin de s'appuyer sur de nouveaux faits, sur de nouvelles preuves, pour détruire les importantes conquêtes faites par les histologistes, et en particulier par M. Ranvier, sur la structure des éléments nerveux.

Dans les racines spinales, comme dans les troncs nerveux, les éléments sont réunis au faisceau. Or, Roudanovsky pense que : « dans les racines antérieures et dans les racines postérieures, les différences anatomiques dépendent des propriétés des faisceaux qui entrent dans leur constitution. »

Les racines antérieures se composent de deux genres de tubes, mais qui tous sont gros : les uns et les autres se distinguent facilement comme tubes nerveux, même avec un faible grossissement. Il en résulte que les faisceaux des racines antérieures ont l'aspect que Roudanovsky désigne sous le nom de *faisceaux homotubulaires*.

Les racines postérieures, au contraire, se composent de quatre espèces de tubes différents, dont le diamètre varie; elles contiennent un très-grand nombre de tubes fins de deux variétés. Il en résulte qu'avec un grossissement un peu faible ces derniers ne sont pas visibles en tant que tubes nerveux. Aussi l'auteur désigne-t-il les faisceaux des racines postérieures sous le nom de : *faisceaux hétérotubulaires*. Les tubes fins, quoique placés au milieu des tubes gros, et rattachés au sein des faisceaux, constituent cependant, à un grossissement plus fort, de petits faisceaux distincts.

Nous nous sommes borné à signaler ces deux points dans l'histoire de la structure des racines spinales, mais nous devons cependant dire que tous les points sont longuement étudiés. La gaine de Schwann, quand elle existe, la myéline, les modifications qu'elle peut subir, sont analysés avec un

grand soin, de sorte que l'on trouvera dans toute cette première partie de l'ouvrage une excellente monographie des racines nerveuses. On a pu voir que les opinions mises en avant par Roudanovsky ne sont pas toujours à l'abri d'une critique fondée, et nous n'avons pas hésité à exprimer notre opinion au sujet des cylindres axes; mais l'examen est toujours bien fait, nous pouvons le dire, et nous ne serons pas soupçonné de partialité après avoir été plus d'une fois sévère.

Mais les racines nerveuses ne se composent pas seulement d'éléments nerveux, elles contiennent un tissu conjonctif qui leur sert de charpente, des vaisseaux lymphatiques et sanguins qui président à leur nutrition. Nous ne dirons rien de la névrogie, la description de l'auteur étant celle des histologistes; mais le système vasculaire est très-bien étudié.

Les vaisseaux sanguins sont répandus entre les faisceaux, sous forme d'un fin réseau, et pénètrent très-rarement dans le faisceau primitif. Il est probable que l'espace intertubulaire et les réservoirs servent de voie au plasma nutritif du sang pour pénétrer jusqu'aux tubes primitifs. Quant aux lymphatiques, fort mal connus, on comprend de reste qu'ils ont fourni matière à de nombreuses discussions, les uns leur attribuant les cavités périneurales, les autres regardant celles-ci comme absolument étrangères au système circulatoire.

Pour ce qui est des filets nerveux, *nervi nervorum*, destinés aux racines, Roudanovsky n'ajoute rien à la description donnée avant lui.

Dans la seconde partie de son ouvrage, l'auteur aborde l'étude de la structure du tissu nerveux des organes centraux, moelle et encéphale. Il fait tout d'abord remarquer à quelles difficultés s'expose l'observateur en distinguant les tubes nerveux primitifs des cylindres d'axe. Par l'application de sa méthode de congélation, il croit avoir évité bien des causes d'erreur, plus inséparables encore ici, que dans l'étude des racines, de l'emploi des liquides durcissants et des divers modes de coloration.

Dans la substance blanche de la moelle épinière, les tubes nerveux primitifs sont notablement moins volumineux que dans les racines spinales et surtout que dans les nerfs péripériphériques, mais le volume relatif de leur cylindre axe est plus considérable; c'est donc surtout la myéline qui manque, et c'est là, dit Roudanovsky, une particularité qui ne peut être bien observée qu'à l'état frais et sur des coupes faites après congélation. Ici, comme dans les racines, les tubes sont réunis en faisceaux entremêlés, les uns homotubulaires, les autres hétérotubulaires.

Après avoir assez longuement discuté les diverses opinions émises sur la structure de la névrogie, sur ses rapports avec les éléments nerveux, et montré que la congélation permet de constater des particularités qu'on observe mal par les autres procédés, Roudanovsky aborde l'étude des cellules nerveuses. Cet important chapitre a dû réclamer bien des soins, car non-seulement l'auteur indique les résultats de ses propres recherches, mais relate et discute les opinions des différents anatomistes. Pour lui, les cellules nerveuses ont une enveloppe propre dans quelques cas, dans d'autres elles en sont privées. Le noyau des cellules nerveuses n'est pas directement en contact avec le protoplasma de la cellule, il est contenu dans une sorte de cavité périnucléaire; mais il ne suffit pas à l'auteur d'affirmer la présence de cette cavité, il prétend qu'elle augmente de volume ou diminue, sous l'influence de certains agents toxiques ou médicamenteux. Nous ne pourrions que souhaiter de voir cette opinion de Roudanovsky confirmée, car il serait alors permis de prendre sur le fait les modifications que peuvent subir les éléments anatomiques sous l'influence des agents que nous possédons.

Nous nous arrêtons ici dans l'examen de cet ouvrage; il renferme le fruit d'un labeur sérieux, des aperçus nouveaux, souvent peut-être un peu ingénieux; mais dans les premiers

essais d'une méthode, il faut bien s'attendre à des généralités un peu prématurées, à un enthousiasme légitime qui es la véritable cause des recherches, dùt-il même, dans certains détails, aller trop loin et nécessiter des correctifs ultérieurs.

Mais c'est assez nous occuper du texte; que dire de l'atlas? On sait que la photographie a jusqu'ici un peu échoué pour reproduire les tissus histologiques, cela se comprend de reste: elle ne donne que des surfaces, et ne pénètre pas assez dans l'arrangement intime des éléments; cette critique s'adresse encore à l'atlas de Roudanovsky, cependant nous devons dire que les éléments sont d'une grande netteté, et qu'ils montrent toujours bien les particularités que l'auteur a obtenues dans ces préparations. Novateur sur plusieurs points, il tenait à ce que personne ne pût révoquer en doute les descriptions qu'il donnait, et on doit bien reconnaître que des épreuves photographiques obtenues au moyen des préparations défont toute critique. Nous ajouterons même que certaines coupes de nerfs sont assez belles, assez nettes pour permettre de bien y saisir, au premier coup d'œil, l'arrangement des éléments nerveux; comme conclusion, cet atlas est un des meilleurs que la photographie ait donnés jusqu'ici à l'histologie.

Quant à la traduction, si elle manque parfois un peu d'élégance, elle a le mérite d'être faite par une compatriote de l'auteur, et par conséquent elle a toute chance d'être d'une grande fidélité.

Pour résumer notre opinion, il s'agit ici d'un mémoire important que doivent avoir entre les mains tous ceux qui s'intéressent à l'anatomie, à la physiologie ou à la pathologie du système nerveux.

H. CH.

VARIÉTÉS.

Axenfeld

M. le docteur Olivier, en commençant le cours de pathologie interne qu'il est chargé de faire à la Faculté en remplacement d'Axenfeld, a payé au si regretté professeur un tribut d'hommage auquel nous sommes heureux de nous associer.

« Messieurs,

Je suis chargé parla Faculté de faire, pendant ce semestre, le cours de pathologie médicale.

Au souvenir du professeur éminent qui occupait cette chaire, je ne puis me défendre d'une profonde émotion. M. Axenfeld était pour moi non-seulement un maître, mais aussi un ami. Bien qu'il ait voulu, par modestie, qu'aucun discours ne fût prononcé sur sa tombe, on me permettra, non point de faire ici son éloge (une voix plus autorisée que la mienne pourrait seule s'acquitter de cette tâche), mais de dire en peu de mots combien il est regretté, combien il méritait de l'être et pourquoi il a laissé parmi ses amis, ses élèves, de si universels regrets, de si chers souvenirs.

J'ai pour cela un motif tout personnel. Je ne puis oublier que j'ai dû à sa bienveillante unité d'avoir pu lui succéder à l'emploi de bibliothécaire-adjoint à la Faculté. J'ai trouvé là, comme lui et après lui, avec un abri dans les jours difficiles, de précieux éléments de travail et le guide si sûr d'un maître vénéré, M. Raige-Delorme, qui met toujours au service de ceux qui aiment l'étude les trésors d'une érudition et d'une bienveillance également inépuisables.

M. Axenfeld était un professeur et un écrivain remarquable.

Comme professeur, il savait au plus haut degré attirer et retenir auprès de lui les élèves désireux de s'instruire. Convaincu que l'enseignement de la pathologie doit être avant tout méthodique et clair, puisqu'il s'adresse surtout à des jeunes

gens au début de leurs études, il ne cherchait point à faire devant eux étalage d'érudition, mais bien à leur présenter les éléments mêmes de la science. Il soumettait ces éléments à une critique sévère et son cours, qui, malheureusement pour les élèves, a duré trop peu de temps, était la meilleure préparation aux exercices pratiques, c'est-à-dire à la clinique.

M. Axenfeld était un écrivain dans le vrai sens du mot : il avait un style nerveux et souple dont la netteté n'excluait point l'élégance et la grâce. Parmi les travaux qu'il nous a laissés, je rappellerai spécialement son livre sur les *Névroses*, véritable modèle d'exposition et un des meilleurs traités classiques que nous possédions.

Le Rapport qu'il fit en collaboration avec M. le professeur Jules Bédard (*Rapport sur les progrès de la médecine en France, 1867*) fut très-remarqué à l'époque où il parut, au milieu d'œuvres remarquables écrites par des littérateurs distingués, par des maîtres de notre langue.

Sa conférence sur *Jean de Wier et la sorcellerie* est l'œuvre d'un érudit. C'est une protestation émue contre les supplices qu'un fanatisme ignorant faisait subir à de pauvres insensés. C'est un hommage rendu à cette science bienfaisante de l'aliénation mentale qui, si elle n'a pu encore guérir la folie, a su la faire tomber les fers dont, il y a moins d'un siècle, on chargeait encore des misérables, que l'on soigne aujourd'hui avec toute la commisération dont ils sont dignes.

Mais, Messieurs, ceux d'entre vous qui n'ont connu le professeur Axenfeld que par son enseignement ou par ses écrits n'ont vu qu'un côté de son caractère. M. Axenfeld joignait à un esprit plein d'éclat un grand cœur et une intelligence d'élite. Ses amis n'oublieront jamais la grâce de son esprit, sa conversation vive, enjouée, étincelante, qui les captivait et les tenait sous le charme.

Il poussa l'honnêteté jusqu'à la rigueur. Jamais il ne compromit la dignité de son caractère par des concessions blâmables. Les transactions entre le juste et l'injuste, les compromis que dictent l'ambition ou l'intérêt révoltaient cette âme honnête et loyal. Obligé jusqu'à l'abnégation, doux et aimable dans ses rapports quotidiens, il devenait tout à coup austère et inflexible si on lui demandait de se prêter à une injustice.

Dans l'exercice de la médecine, il poussa ces qualités jusqu'à l'extrême. Nul plus que lui n'eut horreur du charlatanisme, cette variété si méprisable d'intrigue.

Il fut comme homme ce qu'il était comme médecin; il n'acquiescent point ses convictions à la légère et il soutint noblement et sans préoccupations intéressées celles qu'il s'était formées.

Vous savez tous, Messieurs, dans quelles circonstances cruelles se termina si prématurément sa carrière. Il eut, comme médecin, la triste privilage de voir la mort en face pendant de longs mois, et de suivre, pour ainsi dire, jour par jour les progrès du terrible mal qui détruisait lentement sa belle intelligence. Deux consolations lui restèrent dans cette longue année, l'inépuisable dévouement d'un ami, la tendresse et les soins constants d'un frère.

Tel fut le professeur Axenfeld. Je serai heureux si j'ai pu faire revivre après de vous quelques traits de sa physionomie si originale, si sympathique à ceux qui l'ont connu, et rendre à ce maître regretté un affectueux hommage. »

ÉCOLE D'ANTHROPOLOGIE. — L'enseignement de l'École a été inauguré mercredi dernier, à l'École pratique, par une leçon de M. Broca. Cette leçon était une sorte de préparation à l'enseignement tout entier; elle a été consacrée à bien définir le mot d'anthropologie, ainsi que les caractères de la science anthropologique, et à tracer le programme qui devra être rempli par la nouvelle École.

Une assistance nombreuse a témoigné à l'éminent professeur les vives sympathies que lui inspirent également son grand savoir et son zèle ardent pour les intérêts de la science.

FACULTÉ CATHOLIQUE DE LILLE. — Voici la liste des professeurs répétiteurs et chefs de travaux jusqu'ici nommés:

Chimie organique, M. A. Béchamp. — *Chimie minérale*, M. Schmidt. — *Chimie analytique et toxicologie*, M. J. Déchamp. — *Physique générale*, M. Chataud. — *Physique médicale*, M. Winthreht. — *Botanique générale*, M. l'abbé Boulay. — *Zootologie*, M. Carot. — *Pharmacie*, M. Schmidt. — *Anatomie* (1^{re} année), M. César. — *Histologie générale (technique)*, M. Baltus. — *Anatomie et histologie normale*, M. Eustahe. — *Pathologie générale et séméiologie*, M. Desplats. — *Pathologie externe*, M. Bouchaud. — *Pathologie interne*, M. Papillon. — *Clinique interne*, M. Desplats.

Répétiteurs: Pour la *physique*, M. Witz, chef des travaux de physique. — Pour la *pathologie externe*, M. Guernonprez. — Pour la *clinique interne*, M. Challe, chef de clinique. — Pour la *clinique externe*, M. Briart, chef de clinique. — Pour l'*anatomie*, M. César, chef des travaux anatomiques.

NOTA. — Il n'a pas été pourvu encore aux chaires d'*histoire naturelle médicale*, de *matière médicale*, de *clinique externe*, ni aux places de répétiteurs pour la *chimie*, pour l'*histoire naturelle*, pour la *pathologie interne* et pour la *physiologie*. Nous croyons savoir que M. Jeannel, ancien pharmacien inspecteur des armées, sera prochainement nommé à une chaire de professeur, probablement celle de matière médicale.

COURS D'OTOLOGIE. — M. le docteur Gellé, ancien interne des hôpitaux de Paris, commencera le mercredi 15 courant, à 4 heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, un cours public et gratuit d'otologie.

Il traitera particulièrement, cette année, de l'*exploration de l'oreille*.

HÔTEL-DIEU. — M. Le Dentu, agrégé suppléant de M. le professeur Richet, commencera ses leçons de clinique chirurgicale le samedi 18 novembre, à neuf heures du matin, à l'Hôtel-Dieu, et continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. Visite tous les jours à huit heures et demie.

SUPPRESSION DU BUREAU DES NOURICES. — Le gouvernement vient de soumettre au Conseil d'Etat un projet de décret tendant à la suppression de la Direction municipale des nourrices de Paris en conformité avec les rapports de la direction de l'Assistance publique, et avec ceux de l'inspection des Enfants-Assistés. Des secours en argent et en nature seraient accordés aux familles et aux filles-mères indigentes du département de la Seine, pour faciliter les soins à donner aux nouveau-nés. Déjà le Conseil général est entré dans cette voie en ouvrant à son budget des crédits importants sous ce titre: *Secours pour prévenir les abandons*.

NÉCROLOGIE. — L'Angleterre médicale vient de perdre un de ses membres les plus éminents de la profession, le docteur H. W. Renssey, qui avait acquis une grande notoriété comme médecin légiste et hygiéniste.

M. Renssey a pris une part importante dans le développement de la *British Medical Association*. Il a publié un grand nombre de travaux sur l'hygiène et les sciences sociales. Il était, depuis 1863, membre du conseil général médical de la Grande-Bretagne.

SOMMAIRE. — PARIS. Société de biologie: De la photomicrographie. — Société des sciences médicales de Lyon: Appareil électrostatique destiné à la laryngoscopie. — De la coloration des viols par la fuchsine. — TRAVAUX ORIGINAUX. Pathologie externe: Plaque pénétrente de l'abdomen. Hernie des intestins. — CORRESPONDANCE. Fonctionnement des valves du cœur. — CONGRÈS SCIENTIFIQUES. Congrès international de Philadelphie. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Sociétés de biologie. — Société de thérapeutique. — REVUE DES JOURNAUX. De la mort subite dans la fièvre typhoïde. — Un cas de monnaie double autoshire. — BIBLIOGRAPHIE. De la structure des racines des nerfs spinaux et du tissu nerveux dans les organes centraux de l'homme et de quelques animaux supérieurs. — VARIÉTÉS. Axenfeld. — FEUILLETON. Propriétés médicinales.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOCQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 23 novembre 1876.

LA FIÈVRE TYPHOÏDE A PARIS PENDANT LES DERNIERS MOIS DE L'ANNÉE 1876. — LA LOI SUR L'ADMINISTRATION DE L'ARMÉE. — SYPHILIS VACCINALE. — INOCULABILITÉ DU TUBERCULE. — APPAREIL ÉLECTRIQUE POUR LA LARYNGOSCOPIE.

La fièvre typhoïde à Paris pendant les derniers mois de l'année 1876.

L'exacerbation épidémique estivo-automnale de la fièvre typhoïde a été, dans ces derniers mois, d'une intensité exceptionnelle. M. Ernest Besnier qui s'applique avec tant de soins et de distinction, dans ses rapports sur les maladies régnantes, à étudier les conditions de développement et la prophylaxie de cette maladie, vient d'appeler encore l'attention de la Société médicale des hôpitaux sur ce fait si important à bien préciser. C'est qu'en effet l'étude de la marche, naturelle des épidémies typhoïdes, celle des causes qui leur donnent naissance, la recherche des conditions accidentelles qui les aggravent peuvent dicter des mesures hygiéniques et prophylactiques capables d'éteindre les foyers de la maladie et peut-être un jour d'enrayer à jamais son développement. L'étude de ces mesures prophylactiques a donc une plus grande importance que celle des traitements que l'on peut opposer à une maladie presque toujours fatale dans son évolution et dont l'issue favorable ou funeste est si difficile à prévoir à l'avance. D'ailleurs, il est utile de rassurer, comme le fait remarquer M. Ernest Besnier, « nombre de praticiens qui pourraient supposer que leurs inspirations thérapeutiques n'ont pas été heureuses, ou à qui on pourrait reprocher des événements malheureux que la médecine est absolument impuissante à conjurer. » Nous nous efforcerons très-prochainement de traiter un peu plus complètement ce sujet en

résumant les considérations si judicieuses qu'a développées devant la Société des hôpitaux son éminent secrétaire général. Nous ne voulons aujourd'hui que citer quelques chiffres. Ceux-ci ne sont pas consolants. Nous en devons communication à l'obligeance de M. le docteur Jules Worms, médecin de la préfecture, qui dirige avec tant de zèle le service de la statistique médicale et qui vient de faire adopter un ensemble de propositions, sur lesquelles nous aurons aussi à revenir, et qui ont pour but d'assurer le fonctionnement régulier d'un nouveau service d'observations scientifiques et hygiéniques qui va être installé à Paris.

Pendant les années précédentes, l'épidémie estivo-automnale avait été assez bénigne. En 1875 surtout, le nombre et la gravité des cas observés pendant les mois de juillet, août et septembre avaient été inférieurs à la moyenne des années précédentes. Il en avait été de même pendant les deux premiers trimestres de l'année 1876. Les chiffres que nous fournit M. Jules Worms le prouvent très-nettement. C'est ainsi que durant les six premiers mois de l'année 1876, les chiffres de décès par fièvre typhoïde dans les vingt arrondissements de Paris avaient été les suivants :

Janvier.	Février.	Mars.	Avril.	Mai.	Juin.
91	54	68	72	15	53

En juillet, le nombre des décès n'avait pas dépassé 81. C'est au mois d'août que brusquement se manifeste l'exacerbation. Elle est considérable au mois d'août; on compte, en effet, 306 décès; en septembre, 265; en octobre, 187; enfin, pendant les quinze premiers jours de ce mois, ces chiffres atteignent 319 décès (171 du 3 au 9 novembre et 148 du 10 au 16), ce qui ferait 638 décès pour le mois de novembre si l'épidémie ne paraissait décroissante depuis quelques jours.

Le tableau que nous avons sous les yeux nous indique de plus quels ont été les arrondissements les plus cruellement atteints. Nous voyons ainsi que le 10^e arrondissement pré-

FEUILLETON

Curiosités médicales.

(Fin. — Voyez les numéros 44 et 46.)

III

Qu'est-ce à dire? Les médecins, au XIV^e siècle, occupaient-ils dans la société une position assez roturière pour que la noblesse ne voudt point s'unir à eux? Un document fort curieux, et qui fait partie de nos Archives nationales (J. J. 119, pièce 369, fol. 218, R^o) doit le faire supposer. Voici en quelques mots le fait :

Une veuve, Jehanne Oiseilleut, — feu son époux se nommait Jehan Le Rique, — eut le malheur, à Corbie, qu'elle habitait, de tomber malade « tant ou corps comme ou chief », c'est-à-dire que son affection, tout en frappant le corps, avait

aussi altéré les facultés intellectuelles. Plusieurs « phisiciens » (médecins) furent appelés pour la soigner; parmi eux se trouvait maître Pierre Hary, qui eut le bonheur de sauver sa cliente. Que se passa-t-il entre le disciple d'Esculape et la noble dame? Nul ne le sait. Toujours est-il qu'un mariage eut lieu entre eux. Cette union devait être la cause des plus terribles résultats. En effet, les parents de la jeune femme, scandalisés d'un mariage qui leur paraissait disproportionné quant aux qualités des deux conjoints, intentèrent un procès au médecin Pierre Hary, prétendant que ce dernier avait « autrement que deurement visité » sa cliente, et qu'il « l'avait attrait à son accord ». Pierre Hary gagna facilement son procès contre ses calomniateurs. Mais voilà qu'une nuit (c'était dans le mois d'octobre 1381), madame Pierre Hary, « pour la desplaisance qu'elle eut de ce que elle, qui estoit de si grand lignage, avoit esposé ledit phisicien », se pend et s'étrangla... La loi était formelle (dans ce temps-là, pour les suicides, qu'on assimilait à des assassins, à des empoison-

scnt un chiffre de 162 décès dans les 10 premiers mois de l'année; le 11^e arrondissement, 437; le 12^e, 403 décès, alors que le 14^e arrondissement n'en comporte que 20; le 16^e et le 20^e arrondissement que 26; le 6^e arrondissement, 32 décès seulement. Pendant les mois de juillet à octobre, on constate les chiffres suivants :

	Juillet.	Août.	Septembre.	Octobre.
10 ^e arrondissement... (Saint-Laurent.)	7 décès	41 décès	29 décès	22 décès.
11 ^e arrondissement... (Popincourt.)	40	61	29	0
12 ^e arrondissement... (Reuilley.)	8	53	24	0
14 ^e arrondissement... (Observatoire.)	3	2	5	2
16 ^e arrondissement... (Passy.)	2	2	7	11

En résumé, pendant les dix premiers mois de cette année, la mortalité de la fièvre typhoïde a atteint le chiffre de 1238 décès, chiffre supérieur de plus de un tiers à celui des années précédentes. Durant les trois derniers mois, le nombre des décès typhoïques a été de 758. Nous recherchons, dans un prochain article, à interpréter ces chiffres en résumé, à ce propos, le dernier rapport de M. Ernest Besnier.

L. L.

La loi sur l'administration de l'armée

Nous n'avons point voulu, avant qu'elle eût été adoptée par le Sénat, apprécier comme elle mérite de l'être la loi militaire qui va, dans un avenir très-prochain sans doute, assurer enfin l'indépendance et l'autonomie du corps de santé de l'armée. On annonçait que le ministre de la guerre se préparait à opposer aux conclusions de la commission un amendement dont l'importance n'échappait à personne. Nous ne commissions point les termes précis de cet amendement et nous n'ignorons pas qu'en matière législative les questions de rédaction ont souvent une grande valeur. La discussion à laquelle nous avons assisté ne nous fait nullement regretter notre réserve. Non-seulement, en effet, nous pouvons constater aujourd'hui que tous les orateurs se sont trouvés d'accord pour rendre hommage à la science, au dévouement et à l'honnêteté professionnelle des médecins militaires; mais nous pourrions montrer de plus que le ministre de la guerre

s'était mépris lui-même sur la gravité des modifications que son amendement introduisait dans la loi nouvelle. Séparer, en effet, la direction médicale ou technique de la direction administrative; supprimer l'article de loi qui autorise les médecins à donner « des ordres aux pharmaciens, aux officiers d'administration, etc. »; retirer aux médecins le droit de « surveiller le matériel et les magasins d'hôpitaux et d'ambulances » et celui « de rendre compte au commandement », n'était-ce point rétablir, sans grandes modifications, le régime actuel et rendre très-redoutable le règlement d'administration publique qui devra fixer, avec plus de détails, les attributions du personnel de santé de l'armée? Les médecins militaires avaient appris à leurs dépens, depuis 1865, ce qu'il fallait entendre par *direction technique*. Le règlement des hôpitaux militaires de 1865 établissait, en effet, que « en ce qui concerne la science et l'art de guérir, le service est dirigé par un corps d'officiers de santé militaire », ce qui n'avait pas empêché le ministre de placer les médecins « sous l'autorité des fonctionnaires de l'intendance » (art. 10) et de « les soumettre, en matière de discipline, d'exécution des règlements et de police des hôpitaux aux fonctionnaires de l'intendance chargés de la direction administrative de ces établissements » (art. 16). Or l'amendement de M. le ministre aurait pu facilement autoriser les mêmes modifications réglementaires, et dès lors la direction technique n'aurait plus été qu'une direction illusoire. Nous nous félicitons donc avec tous nos confrères de la franchise et de la loyauté avec lesquelles M. le général Berthaut, après avoir reconnu la nécessité d'affirmer l'indépendance et l'autorité des médecins de l'armée, s'est empressé de retirer son amendement. La loi votée par le Sénat comprend dès lors les articles suivants :

« Le directeur du service de santé dans les corps d'armée, ainsi que le chef du service de santé dans les hôpitaux et ambulances, sont pris parmi les membres du corps des médecins militaires. Les rapports de ces fonctionnaires entre eux et avec le commandement sont réglés par les articles qui précèdent.

» Ils ont autorité sur tout le personnel attaché d'une manière permanente ou temporaire à leur service. Ils donnent des ordres aux pharmaciens, aux officiers d'administration et aux infirmiers des hôpitaux et ambulances, ainsi qu'aux troupes des équipages militaires et aux autres momentanément détachés pour assurer le service de santé.

» Leurs prescriptions concernant le traitement et le régime des malades sont exécutoires par le personnel chargé de la

neurs ou à des possédés du diable; la mort volontaire entraînait la confiscation des biens du défunt; le corps du suicidé était ou pendu, ou brûlé, ou traîné sur la claie, ou placé dans un tonneau qu'on jetait à la rivière. On devine les efforts que firent les parents de la malheureuse suicidée pour éviter un aussi grand déshonneur à leur nom; ils adressèrent requête au roi, et Charles VI daigna leur octroyer ces *Lettres de rémission* ou de grâce :

« Charles, etc. Savoir faisons à tous présents et avenir, à nous avoir esté exposé de la partie des amis charniels de feu Jehanne Oiseille, femme de feu Jean Le Rigue, demourant à Corbie; que, comme la diete Jehanne, estant desja pieça grandement malade tant ou corps comme ou chief, certains phisiciens pour lui trouver remède et faute de sa diete malade se fussent trainés par devers elle à la requeste de ses amis, et entre les autres un appellé maistre Pierre Hary, qui la prist en cure; laquelle pendant, lui et la diete fen Jehanne, de leur gré et consentement, se espousèrent; dont les dits amis de la diete defunete, les quelz et elle aussi estoient et sont de grand et honorable lignée, prindrent grant desplaisir

pour ce qu'ilz leur semblaient que le diet maistre Pierre Hary n'estoit pas suffisant de avoir la diete damoiselle; et avoques ce l'en poursuyvent en disant qu'il l'avoit autrement que deurement visitée et l'avoit atraicte à son accord, tellement qu'ils voient espousé l'un l'autre. Sur quoy yeellui maistre Pierre se purga en la court du seigneur dudit lieu de Corbie; [et] est avint que entre samedi et dimanche derrenièrement passé, environ heure de minuit, pour la desplaisance que la diete damoiselle eust de ce que elle, qui estoit de si grant lignage, avoit espousé le dit phisicien, et que à ses dits amis desplaisait, par la temptation de l'ennemy se pendi par son col et estrangla, ainsi que yeelz amis charniels d'elle dient, suppliauz que considéré ce que dessus est dit et le lignage dont elle estoit, il nous plust otroier que son corps ne soit ars ou autrement exécuté pour la cause dessus dite. Pour quoy nous, en regard à ces choses, ans dix amis charniels de la diete defunete avons otroié et otroions par ces présentes, de nostre royale, plaine puissance et grace especial, que le corps defunete ne soit ars ne mis à exécution quelconque pour la dessus dite, ainçois puisse estre enterré comme il sera à faire. Si donnons en mandement.... Donné

gestion dans la limite des règlements et des tarifs. Ils peuvent, dans les cas urgents, prescrire, sous leur responsabilité même pécuniaire, des dépenses non prévues par les règlements; mais en ce cas ils donnent leurs ordres par écrit et en prévenant immédiatement le commandement.

» Ils surveillent le matériel et les magasins d'hôpitaux et d'ambulances; ils s'assurent que les approvisionnements sont au complet déterminé par le ministre, en bon état d'entretien et disponibles pour le service. Ils rendent compte au commandement. »

De plus, en augmentant les cadres des médecins militaires, la loi nouvelle réalise un progrès considérable. Elle décide la création d'un médecin inspecteur général, chef du service médical de l'armée. Elle porte à 88 au lieu de 80 le nombre des médecins principaux, à 270 au lieu de 260 celui des médecins-majors de 1^{re} classe, à 400 au lieu de 300 celui des médecins-majors de 2^e classe. Ces chiffres assurement le recrutement des médecins de l'armée en rendant accessible à des candidats beaucoup plus jeunes le grade de médecin-major de 2^e classe, qui correspond à celui de capitaine. On ne saurait donc trop louer l'intention qui les a dictés. Mais nous devons surtout signaler, à propos du recrutement, l'art. 37 de la loi. Il y est dit que « les médecins et pharmaciens aides-majors de 2^e classe se recruteront désormais parmi les élèves du service de santé militaire. » En supprimant ainsi les nominations directes au grade d'aide-major, en obligeant tous les candidats au titre de médecin de l'armée à passer par l'école du Val-de-Grâce, la loi qui vient d'être votée assure plus de garanties au bon recrutement du corps de santé en même temps qu'elle rend presque indispensable la création d'une ou de plusieurs écoles préparatoires de médecine militaire, et répond ainsi à un vœu que nous avons déjà exprimé à plusieurs reprises. Il n'importe plus donc maintenant que de compléter cette organisation en créant au ministère de la guerre une direction du corps de santé à la tête de laquelle se trouvera placé un médecin inspecteur. Les bureaux auxquels jusqu'à ce jour incombait la tâche de fixer la résidence de tous les médecins de l'armée, d'ordonner les mutations et de préparer les promotions ressortiraient nécessairement à cette direction. Il faut, de plus, que les différents personnels attachés à l'hôpital ou à l'ambulance, et en particulier les sections d'infirmiers, soient commandés par un officier d'administration dépendant du médecin en chef. Si, en effet, les sections d'infirmiers restent commandées par un officier d'administration n'ayant d'ordres à recevoir que du sous-in-

tendant militaire, il est à craindre que le chef du service médical n'éprouve les plus grandes difficultés à assurer le bon fonctionnement des services hospitaliers. Il importe enfin que les rapports qui devront exister entre les médecins en chef de corps d'armée et les officiers du train des équipages soient bien nettement définis. Le règlement d'administration publique qui interviendra pour fixer tous ces détails d'exécution aura donc une grande importance; nous ne doutons point qu'il ne soit rédigé conformément aux intentions qu'ont si nettement exprimées tous les orateurs qui, au Sénat, ont défendu l'indépendance et l'autonomie du corps des médecins militaires. Nous en doutons d'autant moins que l'honorable ministre de la guerre a donné la mesure de ce qu'il faut espérer de son esprit libéral en affirmant son intention de favoriser l'instruction pratique des médecins de régiment et de les autoriser à traiter leurs malades dans les salles militaires des hospices civils. Ces paroles nous permettent d'espérer que l'amendement Cornil, qui vient d'être accepté par la commission de la Chambre des députés aura bientôt force de loi. Ce sera là une réforme des plus avantageuses à tous égards et sur l'intérêt de laquelle nous avons déjà plusieurs fois insisté. La direction du service desanté ne comprendra donc ni l'ordonnancement, ni le contrôle, ni les approvisionnements, mais elle devra comprendre tout ce qui, en matière de discipline, d'exécution des règlements et de police des hôpitaux, était resté jusqu'à ce jour le monopole de l'intendance.

Quant aux intendants, c'est le ministre lui-même qui l'a déclaré, ils ne pourront désormais entrer dans les salles d'hôpital que pour faire des recensements de matériel ou des revues d'effectif; ils n'auront plus le droit de s'immiscer en quoi que ce soit dans la manière dont les malades sont traités ou dont les salles sont disposées et entretenues.

La tâche nouvelle que cette loi impose aux médecins chefs de service sera certainement assez lourde et difficile à bien remplir; mais nous ne doutons ni de la bonne volonté ni de l'aptitude administrative de nos confrères, et nous sommes bien convaincus que tout ira mieux le jour où le médecin ne sera plus obligé d'en référer à l'intendant pour toutes les questions d'hygiène militaire ou hospitalière. C'est pourquoi nous faisons des vœux pour que cette loi sur l'administration de l'armée soit rapidement adoptée par la Chambre des députés et aussitôt mise à exécution.

xxiij^e jour d'octobre, l'an de grâce MCCCCLXXVI et un, et le second de notre règne. »

IV

L'année 1423 va nous mettre en face d'un autre personnage. Celui-là est un charlatan de la pire espèce. Il se nomme Jean Dompreny; il a bien fait enrager la Faculté de médecine de Paris par ses annonces mensongères, la publication de ses cures merveilleuses et le bruit scandaleux qu'il a su élever autour de sa personne. Mais la patience la plus orgueilleuse a ses bornes, et la docte compagnie de la rue de la Boucherie a résolu de poursuivre cet homme qui se disait médecin, chirurgien, et qui, à la barbe d'Esculape, avait accaparé la plus belle clientèle de la bonne ville de Paris. Nous ne dirons pas tous les détails de ce procès, qui dura, selon la jolie habitude du temps, plus de six ans, et qui se termina par la condamnation du délinquant; mais l'on nous saura gré, ce semble, d ne pas cacher dans nos cartons une des pièces du dossier.

Nous ne savons quel nom lui donner dans le langage juridique; disons que c'est un exposé, fait évidemment par un homme de loi, des raisons formulées par chacune des parties et pour sa défense particulière.

« Entre maître Jehan de Dompreny, médecin et chirurgien, d'une part, et les doyen et maîtres en médecine de l'Université de Paris, et lad. Université d'autre part (1). Dompreny proteste de non vouloir injurier aucun, ne déroger aux privilèges de lad. université. Et dit qu'il a pratiqué XLII ans, et, avant qu'il venist à Paris, en la ville de Troies, et depuis il a demouré, conversé, et réparié avec les plus notables médecins et cyurgiens de ce royaume; et en nombre plusieurs.

» Et dit que pour ce qu'il avoit gairy mess. Guil. de Senz, président es Grans jours de Troies (2), il lui conseilla qu'il venist

(1) Du voit que l'Université avait pris fait et cause pour la Faculté de médecine. En cette année 1423 le doyen était Jean Warin. Il y avait en tout dix-sept docteurs régnais, c'est-à-dire dix-sept médecins légalement investis du droit d'exercer dans Paris.

(2) Les Grands Jours étaient des assemblées que des magistrats envoyés par le roi

On trouvera au compte rendu de la dernière séance de l'Académie de médecine des indications suffisantes sur le cas d'ulcération vaccinale présenté par M. A. Guérin, et auquel on pouvait être tenté d'attribuer un caractère syphilitique. Les remarques de MM. Gubler, Larrey et Depaul nous ont paru écarter entièrement cette hypothèse, à laquelle d'ailleurs M. A. Guérin lui-même n'était pas favorable.

— Nous ne dirons rien aujourd'hui de la lecture de M. le docteur Metzger, qui, pour la seconde ou la troisième fois, vient à la tribune de l'Académie combattre les doctrines de M. Villemin sur l'inoculabilité du tubercule. L'honorable et savant académicien finira sans doute par relever le gant. En attendant, nous devons dire que plusieurs allégations ou explications de M. Metzger nous ont paru, à l'audition, fort contestables. Mais, nous le répétons, notre but ici n'est que de signaler cette communication, qui, après tout, a une importance réelle.

Nous avons signalé dans notre dernier numéro un appareil destiné à faciliter, par un éclairage au platine, l'inspection du larynx et des fosses nasales. L'inventeur de cet appareil est M. le docteur J. Alvin et non M. Appia, comme on a imprimé par erreur.

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiologie pathologique.

OBSERVATION DE CYSTITES CHRONIQUES COMPLIQUÉE DE LA PRÉSENCE D'ORGANISMES INFÉRIEURS DANS LA VESSIE. RÉFLEXIONS par M. DU CAZAL, médecin-major.

Les altérations de l'urine abandonnée à elle-même en dehors de la vessie sont connues depuis longtemps. On sait qu'alors elle change d'odeur, se trouble et devient alcaline. Depuis quelques années, cette altération a pris place parmi les phénomènes de fermentation qui auraient pour agent un organisme inférieur, ou ferment, et les auteurs admettent même que cette fermentation peut avoir lieu à l'intérieur de la vessie par le fait de l'introduction accidentelle du ferment dans ce réservoir. Mais nos connaissances sont, sur ce point, beaucoup moins avancées.

L'attention des médecins fut attirée sur ce sujet par une observation faite *post mortem* par Traube. L'illustre clinicien

de Berlin, ayant trouvé des bactéries dans le pus provenant d'un homme âgé et mort avec des abcès du rein, en conclut que ces germes, introduits dans la vessie par une sonde mal nettoyée, étaient remontés par l'urètre jusque dans le rein, y auraient été arrêtés, s'y étaient multipliés et, agissant comme corps étranger, en avaient déterminé l'inflammation. Traube et tous ceux qui rapportèrent son observation en conclurent qu'il fallait, chaque fois qu'on en fait usage, passer à l'eau bouillante les sondes métalliques et ne se servir qu'une fois des sondes en caoutchouc (1).

Mais tout cet échafaudage étiologique édifié par Traube tombe devant ce fait affirmé par M. Gosselin à l'Académie des sciences et que chacun peut facilement contrôler : c'est qu'il n'est pas rare de trouver des bactéries dans le pus des abcès froids et chauds ; ce qui n'implique en rien, soit dit en passant, la notion de leur génération spontanée.

Dans sa dernière édition, voici ce que dit Niemeyer à ce sujet :

« Dans les éditions précédentes de ce livre, j'ai dit que le mucus sécrété en grande abondance agissait dans beaucoup de cas à la manière d'un ferment sur l'urine, et en déterminait la fermentation alcaline. Dans cette fermentation l'urée serait transformée en carbonate d'ammoniaque, et il se formerait des combinaisons ammoniacales. J'avais soin d'ajouter que le mucus mêlé à l'urine était loin d'agir toujours en qualité de ferment, et que dans beaucoup de cas de catarrhe vésical chronique et traîné en longueur j'avais trouvé l'urine constamment acide. Dans le cours des dernières années, une observation de Traube et des observations et expériences faites par moi-même m'ont donné la conviction que la fermentation alcaline de l'urine séjournant dans la vessie n'était pas produite par le mucus vésical, mais par des organismes rudimentaires qui probablement arrivent le plus souvent dans la vessie par l'application de sondes mal nettoyées. La preuve la plus frappante de la justesse de cette opinion m'a été fournie par l'observation très-intéressante d'une fille admise à ma clinique pour une paralysie de la vessie. Cette jeune malade, qui pendant des semaines entières avait été sondée avec un instrument malpropre, il s'était développé une fermentation alcaline très-prononcée de l'urine dans la vessie ; le liquide rendu par la malade avait une odeur fortement ammoniacale et contenait des cristaux d'urate d'ammoniaque et de grands cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien ; on y voyait en outre de nombreux vibrions et des cryptogames d'une organisation tout à fait rudimentaire ; mais il n'y avait ni mucus, ni éléments cellulaires en grande abondance. De plus, des renseignements anamnestiques, recueillis avec le plus grand soin, nous apprenaient que jamais la malade n'avait éprouvé les symptômes d'un catarrhe de la vessie. »

D'après Niemeyer donc, — et j'ai tenu, malgré sa longueur,

à Paris, et y vint ; et depuis a pratiqué et est appelé en collocation (1) avec feu M^r Guibert de Celsy (2) et autres notables médecins et chirurgiens quioyoient volentiers ses opinions, et a fait de très-belles cures.

» Mais au contempt de ce (3), et en especial de nouvel, pour ce qu'il a gairy une femme de cette ville, qui estoit grosse, les médecins en ont esté mal contents pour ce que longuement l'avoient visitée, et n'y veoyent remède que de faire ouvrir lad. femme pour sauver l'enfant (4) ; et toutes voies Domprémi l'a gairy, et est en bonne santé, et est vif son enfant.

tensient à certaines époques qui dans des circonstances solennelles pour la répression des crimes que les juges ordinaires étaient incapables à punir.

(1) Collocation pour consultation.

(2) Nous avons fait connaître autre part Guillaume de Celsy, qui fut une des illustrations de l'école de médecine de Paris, et qui devint le fondateur de l'église de Celsy (Marne), paroisse où il était né. Élu doyen en 1300, il mourut le 28 août 1300.

(3) Au mépris de ce.

(4) Allusion à l'opération césarienne.

» Dit outre, que le roy dernier trespassé (1) le fit retenir son chirurgien et le fist général visiteur des chirurgiens de ce royaume (2). Et néanmoins parlie l'a fait priver de scolarité, et lui ont défendu toute pratique, et ont défendu et fait défendre à herbiers et apothicaires (3) qu'ils ne lui délivrent herbes et apothecaires pour pratiquer, et l'ont de fait sans cause voulu fère excommunié, et ont fait fère par le prestov de Paris certaines dénoncées especiallement contre lui.

» L'advocat de l'université et de lad. Faculté...

» Dit que led. Domprémy se dit médecin, et si n'entend ne lit le latin, ne il ne sceit lire ; ainsi il ne peut estre médecin, car ce n'est mie science que on peut savoir par oir dire, et n'est mie médecin par art ne par nature, ne par révélation... Et quoy que die Domprémi, il n'a que ung remède pour toute maladie, qui est fait

(1) Charles VI, mort en décadence le 21 octobre 1422.

(2) Cette assertion de Domprémy doit être un mensonge. Je n'ai pas trouvé traces des qualifications qu'il se donne.

(3) Les apothicaires et les herboristes de Paris étaient sous la dépendance de la Faculté de médecine, devant laquelle ils prêtaient serment de bien et fidèlement exécuter les formules, etc.

à reproduire ce passage intégralement, — quelle que soit la durée d'un catarrhe vésical, quelle que soit son intensité, les urines restent acides tant qu'on n'y introduit pas le cryptogame en question; mais dès que celui-ci est introduit dans la plaie, alors même qu'il n'y a pas catarrhe, il se développe en transformant l'urée en carbonate d'ammoniaque, et les urines deviennent aussitôt alcalines.

Dans l'ouvrage de Vogel et Neubauer (*De l'urine et des sédiments urinaires*) nous trouvons ce qui suit :

« Au microscope, on observe des champignons et des infusoires dans toute urine qui a été pendant longtemps abandonnée à elle-même; mais on peut aussi en observer dans l'urine tout à fait fraîche, si celle-ci a déjà commencé à se décomposer dans l'intérieur de la vessie, comme cela a lieu assez fréquemment, par exemple dans le catarrhe des parois vésicales. »

Et plus loin :

« La conversion de l'urée en carbonate d'ammoniaque est due à la présence d'un ferment. On croyait autrefois que ce ferment était formé par le mucus des voies urinaires; mais des recherches récentes ont montré qu'il est probablement constitué par des champignons microscopiques.... Cette alcalinité de l'urine peut même, dans des conditions favorables, prendre naissance à l'intérieur des voies urinaires, et alors l'urine est évacuée avec une réaction alcaline.

» Cette apparition de l'ammoniaque dans l'urine encore renfermée dans les voies urinaires a une très-grande importance pratique, parce qu'il peut en résulter des conséquences très-graves: irritation et même inflammation de la membrane muqueuse des voies urinaires. Il doit, par conséquent, être très-important pour le médecin de prévenir cette altération de l'urine et d'en éloigner les causes. Plusieurs observations récentes ont montré que les sondes qui ne sont pas parfaitement propres peuvent, en introduisant le champignon dans la vessie, où il se développera ultérieurement, donner lieu à la décomposition de l'urée. »

Les observations que je donne plus bas infirment en partie ces assertions. Sans doute, les sondes mal nettoyées pourront introduire dans la vessie des germes qui s'y développeront dans certaines circonstances spéciales; mais ce qui est démenti par les faits, c'est le rôle que Neubauer et Vogel, aussi bien que Niemeyer, font jouer à ces germes sur le développement des altérations de l'urine.

A cela se bornent, à ma connaissance du moins, les indications bibliographiques sur ce sujet, et je donne ici place à l'observation qui fait l'objet de ce modeste travail et que je rendrai aussi courte que possible. Les faits qui y sont consignés ont été à plusieurs reprises contrôlés par mon confrère et ami, M. le docteur Justin Lemaître, ancien interne distingué

des hôpitaux de Paris et très-versé dans les recherches histologiques :

Obs. I. — X..., âgé de trente-quatre ans, bien constitué, tempérament lymphatique, entaché de diathèse herpétique prononcée et qui s'est, à diverses époques de sa vie, caractérisée par des manifestations non équivoques, a contracté, de dix-huit à trente ans, trois uréthrites, qui toutes ont eu une durée exceptionnellement longue, et ont présenté chaque fois des complications graves, en tête desquelles s'est toujours placée une cystite très-violente.

La dernière uréthrite, datant de 1871, laissée après elle un rétrécissement du canal de l'urètre, qui, l'année suivante, a été traité par la dilatation progressive avec un plein succès.

En mai 1875, X... eut une quatrième uréthrite, survenue à la suite d'excès vénériens, et qui se caractérisa par un écoulement purulent abondant, sans douleur aucune dans le canal au passage de l'urine, et par une cystite violente. Le repos, des bains généraux, des injections au vin et au tannin et quelques bols de copahu firent disparaître les symptômes aigus et diminuer rapidement l'écoulement; mais, malgré ces efforts, ils ne disparurent pas complètement: par la pression sur le canal on faisait apparaître plusieurs fois dans la journée une goutte de pus; de plus, le malade remarquait lorsqu'il urinaient que les dernières gouttes du liquide étaient complètement purulentes; en même temps il y avait des épreintes du col, mais qui disparurent bientôt sans que les caractères de l'urine fussent modifiés. Sans aucun résultat, X... prit successivement du copahu, de la térébenthine, du tannin; puis, découragé, et se portant du reste fort bien, il cessa tout traitement.

Au mois de février 1876, X... eut de nouveaux des rapports sexuels, et peu à peu il vit reparaître l'écoulement du canal, qui, tout en restant indolore, devint de plus en plus abondant. Sans me consulter cette fois, et tout en continuant le col, X... se remit aux injections astringentes, et un jour, le 15 février, ayant pratiqué deux fois le coit pendant la nuit, mon homme, voyant son écoulement augmenter, prit le matin une injection astringente, monta à cheval immédiatement après et partit pour une longue promenade. Dans la soirée éclatèrent les symptômes d'une néphrocytite aiguë: frisson violent, fièvre intense, douleurs lombaires, ténesme du col, urines excessivement chargées et très-acides. (Prescriptions: repos, bains, boissons émoullientes, suppositoires morphinés, eau de Vichy et, bien entendu, suppression des injections.) Nouvelle et rapide disparition de l'état aigu et retour à l'état premier, à savoir: léger écoulement de l'urètre et caractère purulent des dernières gouttes de l'urine. Au résumé: uréthrite et cystite chroniques.

Me demandant alors si ces symptômes et leur caractère de persistance ne tiendraient pas à un retour de la coarctation dilatée quatre ans auparavant, j'introduisis dans le canal, au mois d'avril, une bougie en étain de Benquet n° 46, qui passa sans aucune difficulté.

Dans les premiers jours de mai, X... observa que ses urines devenaient troubles et que leur odeur n'était pas celle de l'urine normale. Je les examinai au microscope, ce que j'avais déjà fait souvent, et je fus fort étonné d'y trouver, outre du pus, des bactéries et des vibrions en mouvement. Les bactéries étaient isolées ou en chapelets plus ou moins longs. Je fis quelques injections

de racines, de persil, d'aëche et autres herbes destrempées en un pot avec miel, et fait causer pour toutes maladies, ainsi qu'il dit sans rime et sans raison.

« Et ne se porta onques (1) comme médecin en habit ne autrement, et a accoustumé d'estre court vestu de robe partie descheiquete (2), en estai desprovouer de triade (3). Il n'a guères demouré à Paris, et vint à Paris l'an 1418, après l'entrée des Bourguignons et estoit armé, et se faisoit bien craindre, et frequentoit gens armés... Et maintenant il prent longue robe, et s'il se cognoissoit en apothecarie ou herberie, pour ce ne seroit-il mie médecin, et ne doit mie un apothecaire ou herberie estre médecin (4). Et s'il a en sou

hostel eaux et herbes, il y en a qui puent, et y chantent les grenouilles en esté, et a unguemens (1) dont il use pour toutes maladies, qui ne servent ne profitent, si ce n'est à casu et fortuna...

» La femme Yulher des Champs *peperit abortivum* par force de semonée baillée en trop grande quantité. Semblablement la femme de Jehan de Chanhy, chapelier devant le Palais, *peperit abortivum*, comme dessus, par l'imprécie due, de Dompreni.

» Récite en outre d'un tonnelier que Dompreni fist, contre les règles de médecine, segnier du pié en l'eau, *visa egritudine*, dont le tonnelier trespassa lendemain.

» Récite, en outre, d'un drapier que Dompreni visitoit, qui avoit devisé une récepte, dont il ne demandoit qu'un escu d'or, où il devoist tant de choses qui eussent cousté plus de III escus d'or.

» Récite de Marie Lyonne, qu'il gouverna tellement qu'elle trespassa; du maître du S. Esprit (2), qui trespassa de l'incision qu'il fist, et en cura le monde de son corps, et de plusieurs autres

(1) Jamais.

(2) Jeu de Jandun, dans son *Éloge de Paris*, écrit en 1322, ne ménage pas son admiration pour la science des médecins, « pour ces hommes que le Seignour a ordonné d'honneur comme d'autr créés par le Très-Haut pour nous secourre, se monstrant en si grand nombre, marchant dans les robes revestus d'habits précieux, la tête couverte d'un bonnet doctoral lorsqu'ils vont remplir les fonctions de leur art. »

(3) Epreuveur de miracles.

(4) On voit qu'au XV^e siècle comme aujourd'hui il y avait incoïnformité entre l'exercice de la médecine et celui de la pharmacie.

(1) Onguents.

(2) L'hôpital du Saint-Esprit fut fondé en 1302, en faveur des orphelins de Paris.

d'eau de goudron dans la vessie, mais je fus dès le troisième jour obligé de les interrompre, en raison de l'état de la muqueuse uréthrale.

Le malade reprit sa vie active habituelle et n'a été soumis à aucun traitement depuis.

Voici maintenant l'état actuel au moment où est prise l'observation (fin septembre) :

L'état général est très-satisfaisant, malgré un degré prononcé d'hypochondrie et d'énervernement. Le besoin d'uriner n'est pas plus fréquent qu'à l'état physiologique; le jet est plein et suffisamment fort, mais il ne s'arrête pas brusquement et se termine par l'écoulement prolongé d'une certaine quantité d'urine qui tombe goutte à goutte. Les urines sont et ont toujours été, depuis le début de la maladie, très-freusement acides. Elles sont très-troublées, lactescentes; leur odeur est forte et reçoissante; elles renferment une grande quantité de floccus muqueux. Elles ne se clarifient ni par le repos, ni par la chaleur, ni par l'addition de quelques gouttes d'acide azotique; en les examinant au microscope au moment même de leur émission, on y trouve une assez grande quantité de pus, de l'épithélium vésical et une prodigieuse quantité de bactéries isolées ou articulées, et douées de mouvements très-rapides; pas de tubes ni de cellules du rein. Les urines du matin présentent ces caractères à leur maximum d'intensité. L'écoulement par l'urètre a disparu complètement.

Dans cette observation, on voit que les bactéries se sont renouvelées dans la vessie, et en nombre très-considérable, pendant plus de cinq mois, sans qu'il en ait été introduit de nouvelles, puisque du mois d'avril au mois de septembre il ne fut pas introduit de sonde dans la vessie et sans que les urines aient jamais cessé d'être acides. Et pendant tout ce temps j'ai examiné ces urines au microscope, non pas une fois, mais plusieurs fois par semaine. Aux dépens de quels éléments se fait donc cette reproduction à l'abri de l'air et de la lumière, et ce phénomène de multiplication peut-il bien s'appeler une fermentation?

J'ai eu tout récemment, grâce à l'obligeance de mon ami M. le docteur J. Lemaître, l'occasion d'examiner les urines de trois malades de sa clientèle; voici résumés en quelques mois le résultat de cet examen et l'observation de ces malades, du moins en ce qui touche mon sujet.

Obs. II. — M. G. ..., âgé de soixante ans, porteur d'un rétrécissement de l'urètre, se soude depuis quinze ans plusieurs fois par jour. Depuis vingt jours seulement il urine sans le secours de la sonde. État général excellent. Ses urines sont troubles, foncées en couleur; leur réaction est fortement acide. On y trouve au microscope du pus, de l'épithélium vésical, des cellules épithéliales du rein et une grande quantité de bactéries et surtout de leptothrix.

Obs. III. — M. L. ..., âgé de soixante-six ans, eut, en mai 1875, un catarrhe vésical dépendant d'une hypertrophie de la prostate; actuellement il y a de la cystite du col, et le malade, qui vide incomplètement sa vessie, se soude depuis un an plusieurs fois par jour. Ses urines sont troubles, légèrement mais nettement acides,

et contiennent, outre du pus et de l'épithélium vésical, une grande quantité de bactéries douées de mouvements.

Obs. IV. — M. B. ..., âgé de quatre-vingt-deux ans, est affecté d'un rétrécissement de l'urètre remontant à 1825, et depuis plus de cinquante ans se soude plusieurs fois par jour. Malgré cette infirmité, et à part quelques accès de cystite aiguë, M. B. ... a toujours joui d'une excellente santé. Ses urines sont foncées en couleur, très-fortement acides, et contiennent, avec une certaine quantité de pus, des bactéries en très-grand nombre et très-viraces,

D'un autre côté cependant, il ne suffit pas pour qu'elles s'y développent que des bactéries soient introduites dans la vessie: il faut encore qu'elles y trouvent certaines conditions nécessaires à leur prospérité. Les deux observations suivantes sont bien de nature à le prouver:

Obs. V. — D. ..., soldat au 23^e bataillon de chasseurs, fit en novembre 1875 une chute à la suite de laquelle il eut une paralysie de l'intestin et de la vessie. D. ... resta à l'hôpital du mois de novembre 1875 au mois d'octobre 1876. Pendant ces onze mois il fut sondé ou se soude lui-même sans interruption deux fois par jour, soit avec la sonde de la salle, soit avec une sonde en gomme qu'on lui laissait entre les mains tant qu'elle pouvait servir et qu'il ne lavait jamais. Nous examinâmes ses urines, M. Justin Lemaître et moi, et nous n'y trouvâmes pas une seule bactérie. Le liquide obtenu au moyen de la sonde était foncé en couleur, légèrement acide, d'odeur normale, et contenait du pus en petite quantité, ou plutôt des globules de mucus, de l'épithélium vésical et des globules sanguins.

Il est évident que pendant ces onze mois, représentant 300 à 350 cathétérismes faits dans les conditions que je viens de dire, des bactéries ont été bien des fois introduites dans cette vessie, mais que, n'y trouvant pas un milieu convenable, elles ne se multipliaient pas et étaient expulsées.

Ma seconde observation prouvera que telle est bien l'interprétation des faits.

Obs. VI. — M. L. ... avait, dans les premiers mois de 1876, été traité pour un rétrécissement du canal de l'urètre. Au mois de juin, ayant remarqué que l'écoulement par le canal n'avait pas complètement disparu, et surtout que ses urines étaient habituellement troubles, il vint me consulter. Mon attention étant éveillée par les observations précédentes, j'examinai ses urines au microscope au moment même de leur émission et j'y trouvai très-peu de mucus, mais une prodigieuse quantité de bactéries, très-petites et très-vives, auxquelles il fallait certainement rapporter l'aspect trouble ou plutôt lactescent du liquide. J'annonçai à mon malade qu'il faudrait très-probablement en arriver à lui faire des injections intra-vésicales, mais qu'en raison de l'état inflammatoire de son canal il fallait remettre ce traitement à quelque temps. En attendant, je prescrivis deux bains de siège froids par jour et quelques bains de rivière. Après un mois de ce traitement, purement hygiénique, je revis mon malade: les bactéries avaient absolument disparu de ses urines, qui étaient redevenues complètement normales, et tous les accidents avaient cessé.

dont il ne se vante pas, et ne se vante pas de ceux qui échappent à l'aveugement de sa main.

» Domprény défend qu'il n'Galien, Ypocras, Advicenne et les autres docteurs en français; et, supposé qu'il ne seut lire, il a son fils avec lui, qui est bon clerc et bon apothicaire, qui a demeuré longtemps avec feu Jenson d'Éryp.

» Dit, outre, qu'il a guéri plusieurs que les médecins de Paris ont abandonné; spécialement lnd. femme grosse, que lesd. médecins voulaient faire ouvrir par leur mère et enfant, laquelle Domprény délivra d'une apotème (1), et le géry... Et a fait plusieurs autres enres: de la femme de feu M^r Philippe Vilate, qui se doutoit, laquelle fu jugée grosse par les médecins de Paris, et assez tost après list mander Domprény, qui jugea par son urine (2) qu'elle n'estoit mie grosse, et jugea qu'elle avoit une enlure au corps, et déclara les causes, qui furent trouvées véritablement telles, que Domprény avoit dit; dont les médecins de Paris furent

mout esmerveillés, espécialement, entre les autres, M^r Guillaume Boucher (1), qui avoit esté d'opinioe que ladite femme Vilate estoit grosse.

» De Andry Marchant, qui fu visité par M^r Jehan Lelièvre (2) et autres médecins, de la maladie d'encharhoule, et épidémies, lequel fut guiry par Domprény... Et de plusieurs autres à fait cures évidens, dont il ne preut que très petit salaire, et est content d'un franc ou d'un escu, dont les médecins ont accoustumé de prendre et demander L. ou 60 escus.

» Et n'est mie vray qu'il ait un onguement à toutes maladies, mais a plus d'apothicaires en son hostel à Paris, que en un hostel qui soit à Paris, et si Domprény a usé de scanonémie, il en a usé modérément, et congnoit bien sa vertu. Mais plusieurs y a desd. médecins, qui en font à leur guise et ne s'y congnissent; et est nagères avvenu que M^r Bernard Nivart (3) envoya uno recepte sur

(1) Apotème pour apotème, abeis.

(2) Urine pour urine. C'était à cette époque la grande source du diagnostic: un grand nombre de gravures du X^e siècle représentent des médecins, an lit des malades, examinant attentivement l'urine contenue dans une filee.

(1) Guillaume Boucher, ou Carrales, médecin de Charles V. et des ducs de Bourgogne, mourut le 6 juillet 1416, âgé de quatre-vingt ans.

(2) Jean Lelièvre (Jeanpays Leprieux) fut médecin de Charles VI. On le trouve docteur régent en 1395.

(3) Bernard Nivart fut reçu licencié en médecine le 16 juin 1418. Il était attaché

Ces deux observations prouvent donc que ce n'est pas à la présence de ces bactéries qu'il faut rapporter les altérations de l'urine, non plus que les lésions consécutives de la vessie : elles sont l'effet et non la cause !

L'observation même de Niemeyer viendrait encore à l'appui de cette thèse, puisque sa malade n'a jamais, malgré la présence des bactéries, éprouvé les symptômes d'un catarrhe vésical ; il est très-probable même que lorsque de nouvelles bactéries ont cessé d'être introduites dans la vessie celles qui s'y trouvaient ont été expulsées, et tout est rentré dans l'ordre. Il en est été autrement si, comme dans mes quatre premières observations, elles y avaient trouvé un catarrhe qui leur eût présenté les conditions de leur développement.

Mais si les bactéries ne sont pas responsables des altérations de la muqueuse vésicale, comme le disent Vogel et Neubauer, sont-elles du moins les agents de la transformation alcaline de l'urine, comme le veut Niemeyer ? Pas davantage.

J'ai examiné, dans le but de savoir si elles contiennent des bactéries, les urines d'un homme de soixante-deux ans qui n'avait jamais été sondé et qui entra à l'hôpital de Limoges pour un rétrécissement infranchissable ; ses urines, depuis longtemps très-chargées de pus, s'écoulaient du canal goutte à goutte et par regorgement ; elles ne contenaient aucune bactérie, bien qu'elles fussent fortement alcalines.

J'ai également, et à plusieurs reprises, examiné les urines d'un de mes confrères, parfaitement bien portant du reste et qui fut fort étonné d'y constater chaque fois les caractères suivants : urines très-troubles ; réaction fortement alcaline ; par l'addition de quelques gouttes d'acide nitrique elles font effervescence et se clarifient complètement : les recherches les plus attentives n'y font pas découvrir la plus petite bactérie, le plus léger ferment.

Il y a donc la décomposition de l'urée en carbonate d'ammoniaque à l'intérieur de la vessie sous une influence qui échappe absolument.

CONCLUSIONS. — Comme on le voit par les observations précédentes : 1° la transformation alcaline de l'urine peut se produire sans la présence des bactéries ; 2° celles-ci peuvent se multiplier, s'acclimater dans une urine qui ne cesse d'être acide, plus acide même qu'une urine normale ; 3° introduites dans une vessie, saine du reste, elles en sont évacuées après une reproduction temporaire, sans provoquer aucune altération du liquide ; tandis que, au contraire, introduites dans une vessie en suppuration chronique, elles s'y acclimateront et s'y reproduisent presque indéfiniment ; 4° enfin leur présence dans la vessie, et très-probablement dans les reins (obs. III et IV), en grand nombre pendant des mois et peut-être des années, ne provoque aucun accident ni local ni général.

Que conclure de ces faits ? Que depuis la découverte de ces germes par le microscope les cliniciens, ou plutôt les micro-

graphes, ont voulu leur faire jouer dans les phénomènes morbides un rôle très-important qui ne leur appartient pas ; c'est que très-probablement, je n'ose pas dire très-certainement, on reconnaîtra un jour que, dans le domaine des faits pathologiques du moins, ces éléments ne jouent qu'un rôle purement épiphénoménal et absolument secondaire.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Sur l'allaitement des jeunes animaux, à propos de la récente discussion académique sur l'allaitement des nouveau-nés.

Il ne paraît pas possible de laisser porter à la science zootechnique la responsabilité de ce qui a été récemment dit en son nom, à l'Académie de médecine, au sujet de l'allaitement des jeunes animaux. Cela fit-il exact, il y aurait encore eu lieu de se demander jusqu'à quel point on peut pratiquement comparer le régime du premier âge, chez des sujets dont la vie doit durer le plus longtemps possible, et chez d'autres qui terminent le plus utilement leur carrière dès qu'ils ont atteint l'état d'adulte, comme c'est le cas pour les animaux comestibles. Mais la vérité est que, pour ceux-ci comme pour les hommes, le régime du premier âge, le plus favorable, à quelque point de vue qu'on l'envisage, est un allaitement aussi copieux que possible et de tout point conforme aux conditions naturelles. Il est démontré, en zootechnie comme en hygiène humaine, qu'on s'écarte d'autant plus du but de l'exploitation des animaux, qu'on s'éloigne davantage de ces conditions. Et c'est là une des considérations sur lesquelles je m'arrête, pour mon compte, avec le plus d'insistance dans l'enseignement dont je suis chargé.

Pour l'appuyer, les faits ne manquent pas. Ils se produisent chaque année en grand nombre dans les troupeaux de divers genres que nous observons avec précision, en nous servant du contrôle de la balance. Il y a plus de vingt ans que, dans un mémoire sur la production des mulets en Poitou, j'en ai signalé un très-frappant. Dernièrement, un éleveur très-distingué, M. de Béhague, montrait aussi clairement, de son côté, que chez les jeunes moutons métis south-down-berriçhons qu'il produit et qu'il livre à l'âge de dix à onze mois, les plus forts poids étaient toujours atteints par ceux d'entre eux qui avaient eu les meilleures nourrices et avaient pu, par conséquent, être allaités le plus longtemps.

Mais nous avons en outre sur ce sujet des résultats d'expériences comparatives, dues au professeur Wilckens, de Vienne,

un apothécaire, qui le refusa à faire pour ce qu'il y faisoit mectre de la seamonné n'azur pour tuer un beuf.

» Et outre, offre Dompréni que on face visiter plusieurs malades pécieux par les médecins d'une part, et d'autre par Dompréni, et soient interrogés des causes des maladies, et sur le jugement des orines, et on trouvera par le rapport desd. pécies que Dompréni jugera aussi bien et aussi certainement que lesd. médecins, et qu'il est assez souffisant et expert.

» Dit, en continuant, qu'il n'est point et ne fu onques tisserand, et si est vray qu'il est bien espart, et guairy M^{re} Jehande Martrouy (1), qui estoit grieftment malade, dont il ne trouva remède que à Dompréni. »

Achille CUGÉREAU.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — Programme des prix et médailles d'encouragement. — La Société de Médecine de Toulouse rappelle qu'elle a proposé pour sujet de prix, pour l'année 1877, la question suivante : « De l'urine pathologique : déterminer les caractères physiques, chimiques ou microscopiques ; discuter les procédés d'analyse employés pour reconnaître ses altérations. » — Le prix est de 300 fr.

Elle propose pour sujet de prix, pour l'année 1878, la question suivante : « Quels sont les motifs qui, dans les derniers temps, ont fait abandonner les émissions sanguines dans le traitement de la plupart des maladies ? — La tendance à substituer les toniques aux antiplogistiques est-elle justifiée ? » — Le prix est de 300 fr.

Prix Jules Naudin. — Ce prix sera décerné, pour la deuxième fois, en 1877 ; la question proposée est la suivante : *Les eaux des Pyrénées françaises ?*

Les concurrents pourront adopter le cadre d'une étude complète et générale, ou se restreindre à la monographie d'une ou de plusieurs stations. — Le prix est de 300 fr.

au duc de Bourgogne. Je lis dans le registre I de la Faculté, p. 227 : « Decretum est quod Joannes Avenalige et Bernardus Nivard ad Hospitalium admittentur et si non possent probare tempus lectuorum suorum, ab edictum Ducis Burgundie, sub penis mortis, ne quis contra venire Parisiis, »

(1) Jean du Martrouy était docteur en 1395.

que je veux rapporter en détail. Par leur précision, ils sont de nature à lever tous les doutes.

Ces expériences ont été faites en 1865, sur des agneaux et sur des veaux. On en trouvera le compte rendu original dans le *Journal für Landwirthschaft*, de Ienneberg, même année, page 418.

Wilckeus a d'abord nourri deux agneaux, dont un mérinos et l'autre southdown-mérinos, le premier avec du lait, durant trente jours, et le second avec des aliments solides, à partir de la deuxième semaine; puis il les a tués le treizième jour et a mesuré comparativement leur poids vif, leur poids net et la capacité relative des divers compartiments de leur estomac. Il a constaté les faits suivants :

	AGNEAU ALLAITÉ	AGNEAU NOURRI D'ALIMENTS SOLIDES
Poids vif.....	17,50	20,50
Poids net.....	10,40	10,96
Rapport du poids net au poids vif.....	59 0/0	53 0/0
Pause.....	326 cc.	1832 cc.
Réseau.....	19	206
Feuille et caillotte.....	610	803
Rapport de la caillotte à la pause.....	1:0,51	1:2,28
Rapport de la caillotte au réseau.....	1:0,33	1:0,28

L'ensemble de la caillotte et du feuillet de l'agneau allaité était, à celui de l'agneau nourri d'aliments solides, dans le rapport de 1:1,25, tandis que la pause du premier était à celle du second comme 1:5,60. La constitution anatomique de l'estomac, chez les deux agneaux, présentait aussi une grande différence, quant aux organes d'absorption. Les villosités de la pause du dernier étaient longues de 4 millimètres; à la grande courbure en particulier, elles avaient de 2,5 à 3 millimètres, tandis que les plus longues, dans celle de l'agneau allaité, ne dépassaient pas 1 millimètre. La hauteur des alvéoles, dans le réseau, mesurait chez le premier 1 millimètre au plus, tandis qu'elle atteignait chez l'autre jusqu'à 1,5 millimètres. Les lames du feuillet, à leur plus grande courbure, avaient une hauteur de 15 à 17 millimètres chez celui-ci, et seulement de 12 millimètres chez l'agneau de lait. La hauteur des plis de la caillotte de ce dernier mesurait, à sa plus grande courbure, de 7 à 12 millimètres. Cet organe, chez l'agneau nourri exclusivement de lait, avait une surface d'absorption considérablement plus grande que celle de la caillotte de l'agneau nourri d'aliments solides.

Deux autres agneaux, tous les deux southdown-mérinos, eette fois, furent ensuite nourris, l'un pendant quatre-vingt-cinq jours avec du lait exclusivement, l'autre durant quatre-vingt-dix avec de l'herbe de prairie, du foin et de la paille, en outre du lait de sa mère. On les abattit le même jour. Voici les résultats comparatifs de leur examen :

	AGNEAU DE LAIT	AGNEAU NOURRI D'ALIMENTS SOLIDES
Poids vif au jour de l'abatage.....	11950 gr.	11350 gr.
Poids net.....	6450	5290
Rapport du poids net au poids brut.....	54 0/0	44 0/0
Poids des parties isolées :		
Peau.....	1570	1485
Tête.....	675	680
Viscères thoraciques.....	405	330
Viscères abdominaux.....	2120	3515
Parmi ces derniers :		
Foie et vésicule biliaire.....	219	209
Estomac.....	210	330
Volume de la pause et du réseau.....	1040 cc.	3110 cc.
— du feuillet et de la caillotte.....	615	590
— de la vésicule biliaire.....	0,05	1
Rapport du feuillet et de la caillotte à la pause et au réseau.....	1:1,7	1:5,3

	AGNEAU DE LAIT	AGNEAU NOURRI D'ALIMENTS SOLIDES
Longueur de l'intestin grêle.....	16,53 mètres	21,51 mètr.
— du cœcum.....	0,15	0,22
— du gros intestin.....	0,35	0,67
— du rectum.....	2,62	3,58
— de l'intestin entier.....	19,65	26,04
— de la laine de la base de la queue.....	0,027	0,019
Poids de l'humérus, du radius et du cubitus séchés à l'air.....	45,7 gr.	47,6 gr.
Dot :		
Substance organique.....	47,2 0/0	44,7 0/0
Chaux.....	28,5	29,4
Acide phosphorique.....	22,7	23,8

Une autre recherche sur deux veaux a conduit à des résultats analogues. L'un, qui était mâle, né le 14 juillet 1865, pesait 41^h,300 et est resté avec sa mère jusqu'au matin du 2 août, puis sevré. Au 31 juillet, on le laissait têter seulement trois fois par jour, et à partir de ce moment il a été pesé exactement chaque fois avant et après. Il en est résulté qu'il prenait chaque jour au delà de 10^h,500 de lait. Le matin du 2 août il pesait 55^h,500. Il fut séparé de sa mère et placé dans une stable sur du sable. A partir de ce moment il a été tenu éloigné de tout aliment solide, ainsi que de toute litière autre que le sable. Jusque-là il avait gagné avec sa mère en dix-neuf jours 14 kilogrammes, par conséquent 736 grammes par jour. On avait eu le soin de veiller à ce qu'il ne pût prendre aucun aliment solide (durant tout le temps qu'il était resté avec sa mère. Du 2 au 26 août il reçut, en trois rations journalières, en tout 287^h,500 de lait sortant des mamelles de la vache. Dans ces vingt-cinq jours le veau a gagné 23^h,660, par conséquent 946 grammes par jour. Il avait donc fallu pour 1 kilogramme d'accroissement 12 kilogrammes de lait. Le 26 août, il fut abattu. Il avait alors 79^h,250 de poids vif et 48^h,250 de viande nette. Le rapport du poids brut au poids net était donc comme 1:0,615. Le veau avait été nourri durant quarante-quatre jours exclusivement avec du lait.

La capacité de ses estomacs était :

Pause et réseau.....	6430 ^{cc}
Feuille et caillotte.....	5075
Total.....	11 505 ^{cc}

Le rapport des 1^{er} et 2^e aux 3^e et 4^e estomacs était ainsi = 1:0,79.

L'autre veau, né le 14 juillet 1865, était femelle et pesait 42 kilogrammes. Il était resté jusqu'au 28 août avec sa mère, qu'il tétait à volonté, et il a mangé en outre avec elle des aliments verts et du foin. Au sevrage il pesait 75 kilogrammes. Il avait en quarante-huit jours augmenté de 33 kilogrammes, par conséquent de 700 grammes par jour en nombre rond. Par des pesages exacts, on avait constaté le 31 juillet qu'il prenait 8^h,500 de lait de sa mère par jour. Du 28 août au 12 septembre il n'a plus reçu de lait, mais des aliments solides et mous. Le 12 septembre il fut abattu ; il pesait vif 80 kilogrammes et il a rendu 40^h,625 de viande nette. Le rapport était donc = 1:0,509.

La capacité de ses estomacs fut :

Pause et réseau.....	15 000 ^{cc}
Feuille et caillotte.....	7820
Total.....	22 820 ^{cc}

Le rapport des 1^{er} et 2^e aux 3^e et 4^e estomacs était ainsi = 1:0,52.

Le poids initial étant considéré comme égal chez les deux veaux, car la faible différence de 750 grammes est négligeable, on voit que le rendement net du veau de lait a été à celui du veau ayant consommé des aliments solides comme 1:0,84. La capacité totale des estomacs du dernier a été à celle des

estomacs du premier comme 1 : 0,50; la panse et le réseau du veau nourri d'aliments solides à ceux du veau de lait comme 1 : 0,43; le feuillet et la caillotte du premier à ceux du dernier comme 1 : 0,65.

Il ressort de là que le développement, en ce qui concerne la capacité de l'estomac entier, est en raison inverse du poids net de viande, c'est-à-dire de la chair, de la graisse et des os, à l'exclusion de la peau, de la tête et des viscères. Il résulte, en outre, des nombres rapportés plus haut que plus est faible la différence de capacité entre la panse et le réseau d'un côté, et le feuillet et la caillotte de l'autre, plus s'élève le rendement en viande nette, et inversement.

D'où la conclusion plus générale que le développement des jeunes animaux est d'autant plus favorisé qu'ils reçoivent une alimentation plus conforme aux exigences de leur âge, c'est-à-dire d'autant plus concentrée ou plus riche en protéine qu'ils sont plus jeunes. Sous ce rapport, aucune ne peut être comparée au lait, car aucune, même à richesse égale, ne présente pour l'estomac en sa première jeunesse un coefficient de digestibilité aussi élevé. Tant que la première dentition n'est pas achevée, aucun aliment ne peut donc être utilement substitué au lait. Dans le temps où la zootechnie était encore dominée par les conceptions empiriques, on a pu croire le contraire; mais maintenant qu'elle est constituée à l'état de science fondée sur la physiologie expérimentale, je ne connais pas en Europe un seul homme au courant de cette science qui soutienne sur ce sujet une doctrine autre que celle confirmée par les expériences de Wilckens.

Les médecins et les hygiénistes peuvent donc demeurer convaincus qu'il n'y a point dissidence entre eux et les zootechnistes à l'égard du régime alimentaire qui convient le mieux durant la première période de l'existence des êtres vivants dont ils s'occupent. Ils se trouvent les uns et les autres en face d'une loi naturelle, à laquelle sont également soumis tous les mammifères, sans aucune exception.

André SANSON,

Professeur de zoologie et zootechnie à l'école de Grignon.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Congrès International de Philadelphie.

(Suite et fin)

VI. — Section d'ophtalmologie.

PRÉSIDENCE DE M. LE DOCTEUR BRUNNELL CARTER.

Principales questions à l'ordre du jour : 1° valeur comparative des caustiques et des astringents dans le traitement des maladies de la conjonctive; 2° la myopie progressive et le staphylome postérieur sont-ils dus à une disposition héréditaire ou à des troubles de la réfraction par l'intermédiaire des muscles ciliaires?

Première question. — Le rapporteur, M. le docteur H. Williams, présente les conclusions suivantes qui sont adoptées par la Section après avoir été légèrement modifiées :

1° Dans un grand nombre d'affections passagères de la conjonctive et dans le ptérygion, l'emploi des caustiques et des astringents n'est pas nécessaire.

2° Lorsque la maladie n'occupe qu'une portion limitée de la conjonctive, dans l'inflammation phlycténulaire, par exemple, les stimulants et astringents légers suffisent habituellement.

3° Dans les formes aiguës et chroniques de la conjonctivite, les astringents sont en général plus sûrs et aussi efficaces que les caustiques, et doivent être préférés à ces derniers.

Deuxième question. Etiologie de la myopie et du staphylome postérieur. — Voici les conclusions proposées par le rapporteur, M. le docteur E. Loring (de New-York) :

1° La fréquence de la myopie chez les enfants dont les parents sont atteints de la même affection, l'augmentation de la myopie qui correspond avec la tension de l'œil, permettent de conclure que l'hérédité est une des causes principales de cette affection.

2° Le muscle ciliaire n'exerce par lui-même qu'une très-faible influence sur la production de la myopie.

La première conclusion est adoptée à l'unanimité par la Section, la seconde à la majorité de 17 voix contre 7.

Plusieurs mémoires importants ont été communiqués à cette Section. Parmi les plus importants, nous citerons : *De l'anévrisme orbitaire et de l'exophtalmie pulsatile*, par le docteur Williams; *Tumeurs du nerf optique*, par le docteur Knapp; *Hygiène oculaire des écoles*, par le docteur Agnew.

VII. — Section d'otologie.

PRÉSIDENCE DU DOCTEUR CLARENCE BLAKE (DE BOSTON).

Questions à l'ordre du jour : 1° importance du traitement immédiat des maladies de l'oreille, particulièrement de celles qui reconnaissent pour cause des exanthèmes; 2° surdité des enfants, de l'instruction des enfants atteints de surdité partielle.

Première question. — M. le docteur Albert Buck, rapporteur, présente les conclusions suivantes qui sont adoptées par la Section :

1° L'otorrhée chronique est une affection très-commune, et qui est due, dans la grande majorité des cas, à l'absence de traitement pendant la période aiguë.

2° C'est une affection qui présente des dangers sérieux.

3° Elle peut être prévenue, du moins chez les sujets bien constitués.

4° La paracentèse de la membrane du tympan, si elle est pratiquée de bonne heure et dans des conditions voulues, constitue le meilleur traitement et s'oppose d'une manière à peu près certaine au passage à l'état chronique.

Deuxième question. Surdité chez les enfants. — Le rapporteur, M. Blake, communique un long mémoire dans lequel il expose les causes de la surdité partielle chez les enfants et les moyens d'en connaître le degré. Il propose les conclusions suivantes qui sont adoptées par la Section :

1° La fréquence de la surdité partielle chez les enfants, pendant la période scolaire, est de plus en plus fréquente, et il est urgent de prendre quelques mesures pour la prévenir et faciliter l'instruction de ces enfants.

2° Il importe avant tout de connaître le degré de l'affection, ce qui peut être obtenu à l'aide de discours-épreuves (*speech tests*).

3° Lorsque l'affection n'est pas assez prononcée pour qu'une instruction spéciale soit nécessaire, il est préférable de laisser les enfants dans les classes ordinaires au milieu de ceux dont l'ouïe est intacte.

4° Les enfants atteints d'une surdité partielle assez prononcée seront réunis dans une classe particulière pour y recevoir une instruction spéciale.

VIII. — Section d'hygiène.

PRÉSIDENCE DU DOCTEUR STEPHEN SMITH.

Questions à l'ordre du jour : 1° Des quarantaines, principalement dans leurs rapports avec le choléra et la fièvre jaune; 2° Etat actuel de la science sur la production des maladies par les germes.

Première question. — Après avoir communiqué l'intéressant mémoire sur le sujet, le rapporteur, M. Woodworth, présente les conclusions suivantes, qui sont adoptées par la Section :

1° La surveillance de l'Océan doit être pratiquée en tous temps dans les ports aussi bien qu'en mer.

2° Un système de surveillance devrait être adopté pour chaque point et chaque pays avec les modifications rendues nécessaires par la nature du port, la période d'incubation de la maladie, et la durée de la traversée.

3° Dans quelques pays, la détention des voyageurs et de l'équipage d'un navire de provenance infectée est nécessaire, mais cette détention ne doit pas excéder la durée de la période d'incubation de la maladie à compter du jour où le navire a quitté le port infecté.

4° Reconnaissant que les maladies infectieuses étendent souvent la zone vigilante surveillance, on ne saurait trop insister sur la nécessité des mesures sanitaires administrées à l'intérieur.

5° Il est permis de croire que les formes épidémiques du choléra et de la fièvre jaune peuvent être atténuées par des mesures sagement dirigées. Mais il serait nécessaire que les nations intéressées s'unissent pour obliger les peuples négligents et dangereux à prendre les mesures qui commandent l'hygiène et la sécurité publique.

Deuxième question. Des maladies qui prennent naissance par les germes. — Le rapporteur, M. E. Sutherland, communication un long mémoire dans lequel il étudie : a, les bactéries, leur classification et leur diagnostic; b, les poisons fluides des maladies infectieuses, leurs propriétés physiques et les particules solides qu'ils contiennent; c, les poisons spéciaux de certaines maladies, telles que la variole, le choléra, le charbon, le typhus et la diphtérie, dans leurs rapports avec les organismes microscopiques.

Les conclusions du rapporteur ont été adoptées par la Section, après avoir été légèrement modifiées; elles se résument ainsi :

1° D'après les dernières recherches scientifiques, il est permis de croire que dans un certain nombre de maladies infectieuses, le germe se présente sous une forme moléculaire et n'est pas une substance soluble.

2° En ce qui concerne la septicémie, la fièvre purpurale, l'érysipèle, la pourriture d'hôpital, la fièvre typhoïde, la diphtérie, etc., rien ne prouve que ces affections aient pour cause des organismes microscopiques appartenant au règne végétal.

3° La nature et la cause de ces affections ne sont pas encore connues.

IX. — Section de psychiatrie.

PRÉSIDENCE DU DOCTEUR S.-P. GRAY.

Principales questions à l'ordre du jour : 1° Simulation de la folie par les aliénés; 2° responsabilité criminelle des aliénés.

Première question. — M. le docteur Hughes (de Saint-Louis), rapporteur, ouvre la discussion par la lecture d'un mémoire dont nous extrayons quelques passages.

La simulation de la folie est possible par une personne saine, mais la possibilité d'une semblable simulation de la part d'un individu déjà aliéné semble difficile à admettre. On en possède cependant quelques observations authentiques. La simulation doit être motivée et implique un certain degré de raison, ce qui n'est pas absolument incompatible avec certaines formes de folie. Dans les intervalles d'une manie périodique, dans quelques cas de manie générale chronique et dans certaines formes de manie hystérique, la simulation est possible. Mais elle est absolument impossible dans la démence générale avancée et dans la manie générale aiguë. La simulation est surtout praticable dans les formes d'aliénation qui atteignent les facultés affectives et laissent l'intelligence plus ou moins intacte.

La simulation chez l'aliéné a souvent pour but d'éveiller la sympathie et l'attention, mais, dans beaucoup de cas, elle a lieu sans aucun motif appréciable. Les questions de responsabilité qui se rattachent à la simulation de la folie par les fous sont très-épineuses et ne peuvent être actuellement résolues.

Deuxième question. Responsabilité criminelle des aliénés. Le rapporteur, M. Isaac Ray, ouvre la discussion par les remarques suivantes :

Il existe une grande différence d'opinion parmi les médecins, les magistrats et les gens du monde, sur la responsabilité des aliénés. La doctrine de lord Hale, qui considère la folie partielle (*partial insanity*) comme insuffisante pour excuser les crimes, est généralement adoptée par les tribunaux anglais et américains. Mais elle doit être combattue par les médecins, car il est difficile d'établir le degré de folie d'un individu et plus difficile encore de dire, dans un cas donné, où commence et où finit la folie. La législation actuelle s'appuie donc sur un principe faux lorsqu'elle s'appuie sur les degrés de l'aliénation pour punir ou acquitter.

Les deux conclusions suivantes ont été votées par la section :

1° Il y a actuellement une tendance générale à considérer les aliénés comme responsables de leurs actes;

2° Cette tendance est injuste, anti-philosophique et contraire aux enseignements de la médecine qui nous montre clairement que la folie n'est que l'expression d'un état pathologique.

D^r LUTAUD.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE COMPARÉE. — M. Milne Edwards présente à l'Académie la première partie du tome XII de son ouvrage sur la physiologie et l'anatomie comparée de l'homme et des animaux. Dans ce volume, il s'est occupé de l'audition et de l'organisation de l'appareil de la vue dans la série animale.

CHOLÉRA. — M. Després adresse, de Saint-Quentin, divers documents relatifs à un mode de traitement du choléra. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

PANSEMENT PAR L'ACIDE PICRIQUE. — M. J. Chéron adresse une réclamation de priorité au sujet de la méthode de pansement des plaies par la solution aqueuse d'acide picrique. L'auteur rappelle que ce mode de pansement, présenté à l'Académie le 30 octobre dernier, par M. Eug. Curie, avait déjà fait l'objet d'un mémoire dont il a lui-même donné lecture au Congrès international des sciences médicales siégeant à Bruxelles le 25 septembre dernier. Un résumé de cette lecture a été inséré dans les *COMPTES RENDUS DU CONGRÈS*, p. 312. (Renvoi à la section de médecine et chirurgie.)

EXISTENCE DE L'ASPARAGINE DANS LES AMANDES DOUCES. Note de M. L. Fortes. — Les expériences ont surtout porté sur les amandes fraîches. En opérant sur 11 kilogrammes de graines provenant de 100 kilogrammes de fruits, l'emploi d'alcool à 90 degrés m'a permis d'extraire une trentaine de grammes de cristaux. Avec l'alcool absolu et la graine privée d'épisperme, le rendement est de 4,3 à 4,5 pour 1000. Cette matière est de l'asparagine, comme il résulte des expériences faites par M. L. Prunier et par l'auteur sur sa solubilité dans les différents véhicules, sa composition centésimale, sa forme cristalline et son pouvoir rotatoire.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. CHATIN.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transfère à l'Académie : a. Le compte rendu des épidémies qui ont régné en 1875 dans le département de Var et dans l'arrondissement de Lyon. (*Commission des épidémies*). — b. Un rapport de M. Lapeyre sur un épidémie qui a sévi en 1875 dans le 12^e régiment d'infanterie. (*Même commission*). — c. Le rapport de M. le médecin inspecteur des eaux d'Évans (Grosjeu) pour 1874. (*Commission des eaux minérales*). — d. Des pièces relatives à l'exploitation des sources d'Ilassou (Arlèche). (*Même commission*).

M. le préfet de la Somme adresse deux exemplaires du COMPTE RENDU des travaux du conseil de ce département pour 1875.

L'Académie reçoit : a. Des lettres de candidature de MM. les docteurs : *Planchon*, pour la section de pharmacie; *Fournier, Maurice Haynaud et Buequet*, pour la section du pathologie médicale; *Luzs et Pavlet*, pour la section d'anatomie et de physiologie; *Sarney*, pour la section des correspondants nationaux. — b. Une note de M. le docteur *Berard*, relative à un projet de *ferme d'été* construit pour les nouveaux-nés. (*Commission d'hygiène de l'enfance*). — c. De la part de M. le docteur *Fau*, un échantillon du vrai persicac du sud. — d. De la part de M. le docteur *Moulié*, le tableau des vaccinations pratiquées dans la 35^e régiment d'infanterie.

Ouvrages présentés à l'Académie : a. M. *Larrey*, au nom de M. le docteur *Castex*, un brochure sur l'influence de la consommation des boissons alcooliques sur la santé publique. — b. M. *Wurtz*, au nom de M. *Labbé*, une brochure sur la *fachisme*. — c. M. *Pidoux*, au nom et au nom de M. *C. Paul*, la quatrième édition du *Traité de Pharmacie et de Matière Médicale*.

PUSTULES VACCINALES. — M. *Alph. Guérin* présente un enfant qui a été vacciné deux jours après sa naissance et qui est atteint d'une pustule qui revêt tous les caractères d'un chancre induré.

Le virus du vaccin de cet enfant a servi à vacciner son frère, âgé de sept ans, et celui-ci n'a présenté aucun accident. Il y a aujourd'hui sept semaines qu'il a été vacciné, et aucun symptôme constitutionnel ne s'est manifesté. Il y a donc lieu de croire qu'il ne s'agit pas ici d'un ulcère syphilitique, mais d'une manifestation struense.

M. *Gubler* dit qu'il y a beaucoup de cas analogues à la Maison municipale des nourrices. C'est surtout chez les enfants vaccinés de très-bonne heure que les pustules vaccinales prennent un grand développement, d'où résultent des ulcérations profondes ayant un très-mauvais aspect. Il a cri d'abord à des accidents syphilitiques, mais il a dû renoncer à cette idée, n'ayant observé aucun autre symptôme.

M. *Larrey* a vu des accidents analogues chez des jeunes soldats revaccinés. Les ulcères présentaient des symptômes comparables à ceux dont il est question. Ils étaient dus à la fatigue prématurée des bras chez les jeunes soldats.

M. *Dépaül* a examiné cet enfant avec intérêt, et il pense qu'il ne s'agit pas, en effet, d'un ulcère vénérien. Il aurait néanmoins désiré connaître l'origine de cette affection et connaître quelques détails relativement à l'enfant vaccinifère.

M. *Alph. Guérin* reconnaît qu'il y a, en effet, quelque obscurité sur ce point, mais il communiquera de nouveaux renseignements à l'Académie s'il peut en obtenir.

NON INOCULABILITÉ DE LA TUBERCULOSE. — M. le docteur *Metzger* donne lecture d'un mémoire qui fait suite aux travaux qu'il a déjà communiqués à l'Académie sur ce sujet. On produit par l'inoculation de différentes substances et du tubercule en particulier des nodules pulmonaires que l'on peut confondre avec les tubercules vrais. La distinction à une certaine période de l'évolution des nodules est impossible à établir entre les deux productions. Le seul moyen d'arriver à un diagnostic certain est de laisser vivre les animaux. Si l'on étudie avec soin les phénomènes ultimes de l'inoculation, on voit qu'ils se réduisent à une hyperhémie due aux thromboses résultant de la section des veineules aux points d'inoculation, à une irritation produite sur les tissus par la substance employée, puis à de l'inflammation consécutive à des transports emboliques par les voies veineuses et lymphatiques, non-seulement des particules, mais encore et surtout des débris de caillots; ces petits bouchons, lancés dans la circulation, échouent dans le poumon, et là se reproduit une véritable

auto-inoculation, où la série des phénomènes se reproduit en passant par les mêmes phases, c'est-à-dire hyperhémie, déchirure vasculaire ou infarctus, irritation, phlogose ou pneumonie alvéolaire, abcès interlobulaire et enfin résorption.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. LABROUÈRE.

DISCOURS PRONONCÉ SUR LA TOMBE D'ÉMILE ISAMBERT, PAR M. CADET DE GASSICOURT. — EMBOLIE PULMONAIRE. — MALADIES RÉGÉNÉTES, FIÈVRE TYPHOÏDE. — HISTOIRE GÉNÉRALE DU TALEAUX CHEZ L'HOMME.

M. *Cadet de Gassicourt* est invité à lire le discours qu'il a prononcé aux obsèques du savant collègue dont la mort a été si vivement sentie par le corps médical des hôpitaux. Il s'exprime en ces termes :

Messieurs,

C'est au nom de la Société des médecins des hôpitaux de Paris que je prends la parole, et permets tous les amis d'Isambert! moi, le plus ancien et le plus intime, j'ai été chargé d'exprimer ici les regrets de tous et ma profonde douleur.

Quand hier, au début de la séance, j'ai apporté la fatale nouvelle, on pouvait lire sur tous les visages la violente émotion, la tristesse poignante qu'y répandait l'annonce de ce coup imprévu, et jager, en voyant nos collègues, de l'estime, de l'affection qu'ils portaient à celui qui venait de nous être si brutalement arraché.

L'estime, l'affection! quels autres sentiments pouvait-on éprouver pour ce cher ami? Moi qui le connaissais depuis son enfance, moi qui l'ai vu jeune homme et qui l'ai suivi dans sa vie d'époux et de père, je sais combien il était digne de les inspirer. Les années ne faisaient que resserrer les liens qui nous unissaient, or les années me montraient sans cesse quels trésors de bonté, de dévouement et de courage renfermait ce noble cœur. Il a cessé de battre, au moment où Isambert allait recueillir le fruit de ses travaux et de ses fatigues; car il a lutté, car il a souffert; et c'est au prix d'énergiques efforts qu'il était parvenu à surmonter les obstacles dont est semée notre laborieuse carrière. Son but était atteint, sa position conquise, et, soutenu par la confiance de ses collègues et de ses confrères, il pouvait marcher hardiment vers l'avenir. A peine quelque nuage veillait-il encore cet horizon si beau, et son nuage même eût disparu, le jour où l'on aurait compris que son enseignement pédagogique, si utile, si pratique, si fort goûté de ses nombreux auditeurs, devait être transmis en enseignement public et officiel.

C'est été là un acte de justice et comme le éprouvement de cette carrière qu'il avait embrassée avec réflexion et par amour de la science, abandonnant à vingt-trois ans la diplomatie, où son honneur indépendant se trouvait enchaîné; sa nature franche et loyale, parfois même un peu brusque, avait besoin de grand air et de liberté.

En effet, Messieurs, il y avait en lui deux hommes : l'homme de travail et de recherches patientes, l'homme de voyage et d'imprévu. Et dans cette double voie, il a laissé sa trace, là par ses travaux de médecine, ici par ses études d'esthétique, d'histoire et de géographie. Son active intelligence embrassait avec ardeur tous les sujets, possédait dans tous les sens ses investigations, et dépassait, sans compter, les forces vives de son esprit toujours en mouvement.

Mais! ce n'était pas l'esprit seul qui s'épuisait à ce labeur sans trêve; le corps, jaloux si vigoureux, débilitait à son tour. Mais son courage lui donnait l'apparence de la force, et il fallait l'œil attentif de la tendresse inquiète pour découvrir les traces du mal caché qui allait l'abatre.

C'est dans la lutte contre ce mal qu'il a succombé, et, fidèle à lui-même, il est mort debout... Il laisse inachevé son principal ouvrage, sa main s'est arrêtée en en traçant les lignes, cette main loyale que nous ne serons plus jamais. Il a disparu, mais son souvenir reste parmi nous; sa famille le pleure, mais elle en est fière; et sa noble compagne, soutenue par l'affection, le respect de ses proches et de ses amis, le maintiendra en exemple aux deux chers enfants qu'il laisse après lui.

Ce discours est accueilli par des marques unanimes de sympathie.

— M. *Duguet* présente des pièces anatomiques recueillies à l'autopsie d'une femme qui, atteinte d'un corps fibreux de l'utérus, succomba subitement à une embolie de l'artère pulmonaire.

— M. E. *Besnier* lit le compte rendu des *maladies régnantes* pour le troisième trimestre de 1876, et développe surtout ce qui est relatif à l'épidémie de fièvre typhoïde que nous traversons encore en ce moment.

La mortalité générale des hôpitaux et hospices de Paris a été de 3129 décès (2605 pour les hôpitaux, 524 pour les hospices). Ce chiffre très-élevé dépasse de 490 décès la moyenne de la mortalité du trimestre correspondant des quatre dernières années. Nous avons donc dépassé la phase des *constitutions médicales bénignes*.

M. E. *Besnier* établit d'abord, par des chiffres, la fréquence et la gravité des affections des voies respiratoires et l'atténuation saisonnière de la diphtérie, atténuation relative seulement, puisque le nombre des cas et la proportion des décès sont restés supérieurs à la moyenne de ce trimestre pour les sept dernières années. Cette proportion si grande de la diphtérie doit être mise sur le compte de la déplorable promiscuité des enfants atteints de diphtérie avec les autres enfants malades, ainsi que les chiffres fournis par M. *Labric* en sont une nouvelle preuve : sur 41 angines connues traitées dans le service de ce médecin, 2 seulement sont venues du dehors, 9 ont été contractées dans les salles et ont fourni 7 décès; M. E. *Besnier* montre ensuite que la variole a suivi une marche légèrement décroissante pendant ces trois mois, et que la contagion hospitalière continue toujours, quoiqu'on en ait dit, à faire des victimes dans des proportions déplorables, là où on n'a pas organisé l'isolement. A l'Hôtel-Dieu de Rouen, il y a eu, de 1855 à 1876, 621 varioleux traités, sur lesquels 132 avaient pris la variole dans l'hôpital (soit 21 pour 100), et sur les 119 décès, ces derniers malades en ont fourni 34 (soit 28 pour 100 de la mortalité totale, ainsi qu'il résulte des chiffres recueillis par M. *Ledeut*.

Enfin le savant rapporteur entre dans l'histoire de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi avec une gravité exceptionnelle à Paris, puisqu'elle a produit dans la ville entière une mortalité double du chiffre moyen de la même période des quatre années précédentes (655 décès pendant ce dernier trimestre, tandis qu'il n'y en avait eu que 256 en 1872, 309 en 1873, 286 en 1874, 220 en 1875).

La statistique des hôpitaux civils qui permet seule de juger l'accroissement du nombre des malades et, par conséquent, la proportion relative des décès, fournit les chiffres suivants : le mouvement moyen de la fièvre typhoïde, pour le troisième trimestre des années antérieures, a été de 363 malades, le chiffre des décès de 93, et la mortalité de 25 pour 100, tandis que cette année le mouvement, dans les hôpitaux, donne 714 typhoïques et la mortalité s'élève à 35 pour 100. Cette gravité générale de l'épidémie impose une grande réserve dans les conclusions thérapeutiques.

Pendant le trimestre que nous venons de passer, on observe constamment à Paris et dans les villes où la fièvre typhoïde existe en permanence, une exacerbation plus ou moins accentuée, et cela presque toujours d'une manière brusque et imprévue. Rien, dans la marche antérieure de la maladie, ne peut faire pressentir le paroxysme épidémique et son degré de gravité. Ce fait qui s'observe invariablement est absolument propre à la fièvre typhoïde et tout à fait inconnu pour les autres fièvres-typhus. La fièvre à rechutes est indépendante des saisons; c'est un mal de famine ou de misère. Le typhus est sans aucun rapport avec les saisons, l'été le dissipe au lieu de l'aggraver, parce que pendant cette saison la vie à l'air libre et la ventilation des demeures sont plus faciles. Pour la fièvre typhoïde, les choses se passent d'une tout autre manière : l'élevation de la température et toutes les conditions de fermentation intra ou supra-tellurique, en quelque lieu que ce soit, amènent un paroxysme épidémique.

Pour le prouver, M. E. *Besnier* étudie les conditions atmosphériques du deuxième et du troisième trimestre, et il arrive à démontrer une corrélation évidente entre l'exacerbation épidémique et la sécheresse accompagnée de chaleur. Dans ces conditions, il y a abaissement de la nappe d'eau souterraine et fermentation facile des foyers putrides mis à découvert : c'est là une cause typhogénique qu'avec *Pettenkofer* M. E. *Besnier* admet comme absolument vraie, mais ce ne peut être la cause unique.

Si les conditions générales de l'atmosphère ont partout une influence universelle sur les paroxysmes épidémiques saisonniers, il faut reconnaître que pour produire ces paroxysmes à un haut degré il leur faut le concours d'autres conditions qui se trouvent réalisées dans une région, une ville, une maison. En un mot, les épidémies de fièvre typhoïde sont locales, et leurs exacerbations sont également locales. Si l'on compare la marche de la fièvre typhoïde à Paris avec celle qu'elle affecte dans les autres villes, Lyon, Bordeaux, Rouen, Le Havre, Caen, alors que les conditions atmosphériques sont égales dans toutes ces villes comme à Paris, on constate une différence des plus nettes dans les exacerbations épidémiques : telle ville subira un paroxysme exceptionnel moyen, tandis qu'à Paris ou ailleurs ce paroxysme prendra des proportions des plus graves. Cela semble bien démontrer que la constitution atmosphérique n'influe pas seule et que c'est dans un concours de conditions étiologiques que doit se trouver la véritable théorie du développement et des phases de la maladie.

À Paris, l'épidémie permanente de fièvre typhoïde ne présente que des différences peu considérables dans les divers arrondissements de la ville, tant au point de vue du nombre qu'à celui de sa gravité, étant donné qu'il faut tenir compte, dans la statistique, de la différence du chiffre de la population dans chaque arrondissement. Au moment des paroxysmes, l'égalité relative, entre les arrondissements, est détruite : quelques-uns n'ont qu'une aggravation insignifiante, d'autres sont atteints avec intensité, ce qui s'explique par l'influence des conditions partielles. Dans ces trois mois, par exemple, on trouve 100 décès pour le XI^e arrondissement (Popincourt) et 9 seulement dans le XIV^e (Observatoire). Dans l'appréciation de ces différences, il faut toujours tenir grand compte de l'agglomération plus ou moins dense de chaque région et rapporter le chiffre de la mortalité à un chiffre toujours égal d'habitants. Il faut également envisager le rapport du nombre des habitants à la superficie de chaque arrondissement; d'autre part aussi, noter l'altitude du sol, le degré de richesse ou de pauvreté de la population, si l'on veut arriver à pénétrer plus avant dans la conception des diverses épidémies.

Un tableau important que nous ne pouvons tracer ici indique le chiffre de la mortalité typhoïde dans les vingt arrondissements, rapporté à l'altitude, à la population absolue et spécifique, à la richesse ou à la pauvreté de chacun d'eux pour les quatre dernières années et pour 1876.

Entrant dans le détail, M. E. *Besnier* fait remarquer que l'épidémie actuelle a été grave, non-seulement par le nombre des cas, mais aussi par leur caractère pernicieux, par la fréquence des morts subites, même dans des cas en apparence bénins, par leur début insidieux, leur marche irrégulière, la puissance contagieuse plus élevée. Il cite les différents rapports partiels adressés par MM. *Sirodey*, *Lereboullet*, *Laveran*, *Champenois*, *Cadet de Gassicourt*, *Bucquoy*, *Laboulbène* et *Moissenet*. L'espace nous inane pour analyser ces documents qui tous s'accordent à reconnaître la gravité de l'épidémie et la stérilité des moyens thérapeutiques mis en œuvre dans les cas graves. On peut y remarquer une sorte de répugnance dans l'emploi de la méthode de *Brandt*, dont la plupart paraissent redouter l'action au point de vue des complications pulmonaires; les lotions vinaigrées froides sont plus appréciées dans les cas à température élevée.

Pendant ce trimestre, la dysenterie s'est également montrée

assez fréquente et en quelques points à l'état épidémique local (Mont-Valérien), tout en conservant une bénignité générale.

L'état sanitaire des femmes en couches a été des plus satisfaisants.

Ce nouveau et très-remarquable rapport de M. E. Besnier se termine par un aperçu des maladies régnantes dans les principales villes de France pendant cette période. Le manque de place nous oblige à passer sous silence les détails parfois fort intéressants que nous donnent nos confrères les plus zélés de la province.

M. Laitier fait remarquer à M. E. Besnier qu'il serait probablement fort intéressant de savoir quel rôle la profession a exercé dans l'étiologie des cas de fièvre typhoïde : les terrassiers, par exemple, ont-ils été plus que d'autres atteints par l'épidémie ?

M. E. Besnier répond que cette partie de la question étiologique fera l'objet de ses recherches ultérieures. Il indique que les individus non encore acclimatés, les ouvriers arrivés depuis peu de temps à Paris, ont payé un tribut énorme à l'épidémie.

M. Laboulbène termine sa communication relative à l'histoire générale des ténias.

Il examine les caractères de l'échinocoque et du cysticerque chez l'homme, qui sont aujourd'hui bien connus, puis l'origine, la migration et les transformations de ces entozoaires. M. Laboulbène aborde ensuite l'étude du botriocéphale et des autres variétés plus rares des ténias; enfin, il termine sa communication par la revue des meilleurs tannicides, et exprime le regret que les chimistes n'aient pas encore pu tirer, des substances actives nettement définies comme les alcaloïdes, sur l'action desquels on puisse se fier tant au point de vue du mode d'administration qu'au point de vue de la constance des effets.

Nous engageons nos lecteurs à se reporter au mémoire *in extenso* que M. Laboulbène doit publier, car ils y trouveront des détails fort intéressants qu'il eût été trop long de reproduire dans nos comptes rendus.

Dans le cours de cette séance, il est procédé à la nomination de deux membres nouveaux : MM. Dieulafoy et Straus sont élus à l'unanimité.

A. LEGROUX.

Société de biologie.

SEANCE DU 18 NOVEMBRE 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. CL. BERNARD.

GLYCOSURIE DES NOURRISES : MM. GUBLER, DE SINTÉY. — MORT SUBITE À LA SUITE DE LA THORACOCENTÈSE : MM. LEVEN, CHARCOT, TRASBOT. — DES FONCTIONS DES NERFS DÉTERMINÉES PAR LES COURANTS ÉLECTRIQUES : M. ONIMUS. — ALCOOLISME CHRONIQUE : M. MAGNAN. — RAPPORTS ENTRE L'OXYGÈNE ET LE SUCRE DU SANG : M. DASTRES. — DISPOSITION DES MUSCLES DU PÉRINÉE : M. CADIAU. — RECHERCHES SUR LA DISPOSITION DES VAISSEAUX SANGUINS : M. CADIAU. — ÉPIDÉMIE DE TÉTANIE : M. REGNARD.

M. Gubler, à propos de ce qu'il a dit dans la précédente séance, à savoir : que la glycosurie transitoire des nourrices peut être enrayée par une perturbation (purgatifs, diurétiques, etc.), cite un cas dans lequel un vésicaloire appliqué pour une névralgie intercostale arrêta brusquement une glycosurie jusque-là très-prononcée.

M. de Sintéy a entrepris de rechercher la nature exacte du sucre contenu dans l'urine des nourrices glycosuriques. Jusqu'ici il a déjà constaté que le sang de la veine mammaire est dans ce conditionnement moins riche en sucre que le sang d'une artère pris en même temps, ce qui tendrait à prouver que ce sucre ne se forme pas dans la mamelle. Des expériences

qu'il poursuit en ce moment lui donnent l'espoir de pouvoir bientôt trancher définitivement cette question.

M. Leven cite un nouveau cas de mort subite à la suite de la thoracocentèse. Dans ce cas on ne peut expliquer la mort par aucune des causes invoquées jusqu'ici. Il arrive par exclusion à penser qu'il y a eu dans ce cas une irritation bulbaire due à l'influence du contact de l'air sur les extrémités du nerf vague, qui ne l'éprouvait plus depuis longtemps.

M. Charcot rapporte des cas de malades tombant brusquement à la suite d'une quinte de toux, ce qu'on pourrait peut-être expliquer par une sorte de vertige d'origine laryngée.

M. Trasbot dit qu'il n'est pas rare d'observer la mort subite sur le cheval à la suite de la thoracocentèse sans congestion des poumons. Ces cas se rapprochent de l'observation de M. Leven et sont susceptibles de la même explication.

M. Onimus rappelle que pour obtenir l'excitation électrique d'un nerf sensitif ou d'un nerf moteur, on fait passer dans ce nerf, en une seconde, un nombre d'excitations à peu près égal au nombre des vibrations qu'y produit l'excitation d'origine cérébrale. Le nerf fonctionne donc alors sous l'influence de l'électricité, à peu près dans les conditions où il fonctionnerait sous l'influence de la volonté. Le présentateur croit que ce rapport est nécessaire pour que l'action de l'électricité sur un nerf puisse servir à déterminer son action physiologique.

Or, quand on électrise le nerf pneumo-gastrique avec un courant induit ordinaire, on ne reproduit pas le rôle que ce nerf (branche anatomique du spinal) remplit par regard au cœur : on n'agit pas sur lui en simulant son excitation physiologique, mais on y produit une perturbation. Dans de telles conditions l'arrêt du cœur par l'électrisation des nerfs vagues représente-t-elle le vrai rôle physiologique de ces nerfs ?

M. Onimus a fait passer dans les nerfs vagues des courants interrompus toutes les secondes, ou plus souvent, ou moins souvent ; or dans de telles conditions, au lieu de produire l'arrêt diastolique du cœur on provoque, au contraire, une contraction à chaque passage du courant électrique, à cette condition cependant que le nombre des interruptions soit à peu près égal à celui des contractions du cœur à l'état physiologique. On peut augmenter un peu le nombre des contractions, mais dans des limites très-restreintes.

Le nerf pneumogastrique serait donc un nerf comme les autres nerfs.

L'auteur a obtenu des résultats analogues pour les mouvements péristaltiques de l'intestin.

M. Magnan présente les pièces provenant de l'autopsie d'un homme atteint d'alcoolisme chronique.

M. Dastres, faisant respirer des animaux alternativement dans l'air libre et dans l'air confiné, a dosé le sucre qui se trouve dans le sang dans ces diverses conditions, et il a constaté qu'il existe un rapport inverse entre la proportion d'oxygène et celle de sucre.

M. Paul Bert fait observer que pour énoncer ce rapport il faut partir de l'état physiologique, car dans la suroxygénation du sang le sucre diminue, cet état diminuant les combustions. De plus, il faudrait se débarrasser de l'acide carbonique produit.

M. Claude Bernard fait remarquer que ces expériences ne prouvent pas que le sucre se détruit dans le sang par un phénomène de combustion. Quant à lui, il a toujours vu là une action vitale.

M. Cadiat termine sa communication sur la disposition des muscles du périnée (voy. *Gaz. hebdom.*, juillet 1876) et fait voir que ces faisceaux en apparence enchevêtrés sans ordre sont en réalité disposés suivant un type bien déterminé.

M. Cadiat a fait des injections qui démontrent qu'il y a

entre les artères et les veines de la pie-mère d'autres communications que les capillaires.

— *M. Regnard* communique, au nom de *M. Jules Simon* et au sien, le fait suivant : il existe en émoiement une véritable épidémie de *tétanie*, sévissant dans une école de petites filles à Chantilly. Une école de garçons voisins ne présente rien de semblable. Chez aucune des malades on ne trouve les causes habituelles de la *tétanie*. Il s'agit peut-être d'une épidémie par inoculation.

H. CHOUTPE.

REVUE DES JOURNAUX

Action de la guanidine, par GENGÈS.

L'auteur démontre, par l'expérience suivante, que la guanidine a, chez la grenouille, une action excitante sur la moelle, se traduisant par des contractions coordonnées des membres. L'animal, après des tractions de l'encéphale, fut appliqué sur l'appareil de Tiégl, puis empoisonné par une injection de 5 centigrammes de chlorhydrate de guanidine; les courbes des contractions des deux gastrocnémiens sont ensuite enregistrées sur un tambour en rotation.

Or les deux courbes sont absolument identiques, et après la destruction de la moelle, les mouvements du levier sont subitement arrêtés. L'auteur n'a donc rien à changer à sa théorie sur l'action de la guanidine, admise aussi par Baumann. L'hypothèse de Putzeys et Swain, d'après laquelle ces concentrations musculaires dépendraient des tremblements fibrillaires dus aux courants dérivés, tombe devant l'examen de la courbe (*Archiv für die Gesamte Physiologie*, t. XIII, p. 507).

ERRATUM. — Le cas de *monstre autositaire* dont il est question dans notre dernier numéro (*Revue des journaux*, p. 733) est extrait de la FRANCE MÉDICALE et non de la REVUE MÉDICALE.

BIBLIOGRAPHIE

Maladies chirurgicales du pénis, par J.-N. DEMARQUAY. Ouvrage publié par les docteurs G. VOELKER et J. CYR. In-8° de 600 pages. — V.-A. Delahaye et C^e, Paris, 1877.

Tous ceux qui ont connu Demarquay savent qu'il préparait depuis longtemps les matériaux d'une monographie qu'il espérait achever; dans ses derniers moments, Demarquay s'est préoccupé d'assurer la publication posthume de ces documents, et il en a chargé deux de ses élèves, MM. Voelker et Cyr, qui connaissent la pensée de leur maître regretté, et ils ont pu mener à bonne fin l'exécution d'un livre qui, sans représenter complètement celui que Demarquay eût voulu publier, nous en fait en quelque sorte apprécier la substance. La division du sujet est très-simple : un premier livre comprend les lésions physiques du pénis, un second les lésions inflammatoires, les deux autres les tumeurs et lésions organiques et enfin les anomalies. Nous allons rapidement passer en revue les principaux chapitres.

Parmi les lésions physiques du pénis, à côté d'observations dont bon nombre prêtent à une narration tout au moins piquante, mais qui n'offensent pas des oreilles médicales, nous devons signaler un chapitre très-complet sur les corps étrangers du pénis et les moyens de les extraire.

Les lésions inflammatoires qui sont, en général, décrites très-succinctement dans les traités classiques de chirurgie; ont fourni des observations très-intéressantes; le pénis est enflammation du pénis, la gangrène du pénis sont étudiés

avec soin, et Demarquay en rapporte plusieurs exemples très-instructifs. Mais la partie la plus importante du livre est consacrée aux tumeurs et lésions organiques. Les articles sur les affections éancréuses ont pour base une étude critique et plus particulièrement clinique de 134 observations; on y trouve, par conséquent, réunis les documents les plus variés sur le cancer du pénis. Les procédés d'ablation du pénis ont été examinés, discutés, critiqués par un chirurgien d'expérience. Demarquay, après avoir montré les défauts qui présentent la plupart des procédés au point de vue de la réparation de l'urèthre et de la reconstitution d'un orifice convenant à la miction, expose son procédé : pour prévenir le rétrécissement ultérieur de l'urèthre, Demarquay a proposé de faire la section de l'urèthre un peu en avant de celle des corps caverneux, d'insérer l'urèthre en haut eten bas et de le rétrécir ensuite à la peau du pénis. L'opération est ainsi plus compliquée que dans les autres procédés, mais le résultat obtenu est véritablement remarquable: on n'a plus à craindre la rétraction de l'urèthre, le méat urinaire est tout formé, il est constitué par les parois de l'urèthre fendu qui, fixées sur les bords du moignon du pénis, forment comme une petite valve au centre de laquelle s'ouvre le canal urétral.

Cette histoire du cancer du pénis renferme des enseignements cliniques dont tous les chirurgiens apprécieront la valeur. Nous n'insisterons pas davantage sur les autres sujets traités dans l'ouvrage, parce qu'il nous suffit de citer les anomalies du pénis, l'élephantiasis, les rétrécissements, pour montrer l'étendue de la tâche que Demarquay s'était imposée et qu'il avait déjà en grande partie remplie. Il y eût sans doute ajouté des observations nouvelles, et probablement, malgré tous leurs soins, ses élèves n'ont pu retrouver tous les faits que Demarquay aurait pu citer de mémoire. Par exemple, nous avons examiné chez Demarquay une pièce d'ossification (du pénis de l'homme, ou, pour mieux dire, un cas de calcification; nous en avons encore une préparation; mais nous n'avons pu retrouver, au chapitre de l'ossification du pénis, l'indication de ce fait; et puisque nous sommes amenés à penser aux lacunes que la mort de Demarquay a laissées dans cette œuvre, il nous sera permis de regretter qu'une part plus large n'ait pas été accordée à l'étude histologique des tumeurs du pénis que Demarquay aimait à poursuivre dans le laboratoire de la Maison Municipale; nous aurions retrouvé avec plaisir, dans les notions préliminaires sur l'anatomie du pénis, la trace des recherches que nous avons commencées ensemble et qui la guerre interrompues. MM. Voelker et Cyr, d'ailleurs, ne se sont pas dissimulé les difficultés de cette publication, et nous n'avons nullement l'intention de leur faire un reproche de n'avoir pas complété les chapitres laissés incomplets par Demarquay; nous constatons, au contraire, l'importance de l'ouvrage telle qu'ils ont pu la reconstituer.

A. HÉROQUE.

VARIÉTÉS

LES FACULTÉS DE MÉDECINE DE BORDEAUX ET DE LYON

Nous avons, récemment encore, en parlant du voyage entrepris par M. le ministre de l'Instruction publique, exprimé le vœu que des centres universitaires fussent créés à Lyon et à Bordeaux, et souhâit que les Facultés de médecine de ces deux villes fussent prochainement constituées. Nous avons compté dans les idées au moins singulières du Conseil municipal de Lyon. Voici, en effet, que sur un rapport de M. Gailleton, le Conseil, dans sa séance du 9 novembre dernier, ajourne le vote du projet qui lui était présenté et invite le préfet du Rhône à transmettre au ministre les vœux contenus dans ce rapport et à poursuivre une prompt solution de l'affaire dans le sens des intérêts du Conseil. Nous n'avons

point à examiner la question de savoir si le Conseil municipal de Lyon a été bien inspiré en cherchant à imposer au ministre de l'instruction publique tout un plan de réformes tendant à modifier l'organisation de l'enseignement des Facultés de médecine. Peut-être le ministre serait-il en droit de décliner, en pareille matière, la compétence d'une assemblée qui n'est pas en majorité composée de médecins, ni surtout de professeurs. Nous ne voulons que rechercher si les considérants de la délibération du Conseil municipal sont admissibles. Or, M. Gaillon, après avoir déclaré « qu'il est du devoir du Conseil d'indiquer à M. le ministre les réformes que commandent les conditions particulières dans lesquelles se trouve placé, à Lyon, l'enseignement médical... que la condition essentielle d'un bon recrutement du personnel est d'assurer aux maîtres une rémunération suffisante... que le traitement des professeurs, fixé à un taux uniforme, est insuffisant pour les professeurs de science pure, etc. », demande dans son exposé des motifs que le traitement des professeurs d'anatomie, de physiologie, d'anatomie pathologique, d'histologie et de médecine expérimentale et comparée soit porté, grâce à une indemnité pour direction de laboratoire, à 10 000 francs; que, pour le même motif, le traitement des professeurs de chimie, de physique, d'histoire naturelle et de pharmacie soit porté à 8000 francs; enfin, que le traitement des professeurs de médecine proprement dite ou de chirurgie (clinique, pathologie interne et externe, médecine opératoire, hygiène, thérapeutique, etc.) soit abaissé à 5000 francs et toujours maintenu à ce chiffre. Nous ne discuterons pas la valeur de ces amendements, qui ont la prétention de régénérer l'enseignement médical. Nous nous bornerons à faire remarquer combien il est singulier de voir que, dans une Faculté de médecine, ce soient précisément les professeurs de médecine proprement dite qui touchent les appointements les plus modérés, et nous ne féliciterions pas le Conseil municipal de Lyon d'avoir pensé pouvoir bien recruter le personnel enseignant de sa nouvelle Faculté en cherchant à imposer au ministre de l'instruction publique l'obligation d'offrir à ses professeurs la moitié du traitement qu'il donne à leurs collègues de Nancy, Montpellier, Lille ou Bordeaux.

Le Conseil municipal de Bordeaux a été moins exclusif. Il a répondu aux demandes du ministre en mettant au concours le projet de construction d'une Faculté de médecine. Il s'est dit, en effet, qu'en faisant tous les sacrifices possibles pour assurer aux professeurs de sa nouvelle Faculté, tout au moins des appointements suffisants pour bien vivre, mais encore des laboratoires bien installés, et surtout bien outillés, il pourrait espérer l'appui et le concours des hommes de talent et de dévouement. Il n'a pas cru devoir imposer au ministre des taxes d'appointements inférieures à celles qui lui étaient soumises. Il a préféré compter sur la bonne volonté des maîtres pour attirer les élèves, et s'est dit que, pour avoir des professeurs distingués, il ne fallait pas leur offrir la somme dérisoire que Lyon leur propose. Cinquante et un concurrents ont répondu à l'appel de la municipalité de Bordeaux et ont envoyé des plans. Dans un long et très-intéressant article qu'il a consacré à l'étude de ces divers projets, l'un de nos confrères de Bordeaux, qui se cache sous le pseudonyme de docteur Smith, discute ceux qui lui paraissent les plus dignes d'attention, et fait voir combien il sera facile à la municipalité bordelaise d'arriver à ses fins en créant une Faculté modeste.

Il nous paraît difficile de penser que, de ces deux manières de faire, le ministre de l'instruction publique ne préfère la seconde.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret du Président de la République, en date du 7 novembre 1876, rendu sur la proposition du ministre de la marine et des colonies, ont été promus

ou nommés dans le Corps de santé de la marine, à la suite du concours ouvert dans les ports :

Au grade de médecin de 1^{re} classe : MM. les médecins de 2^e classe : Talmy (J.-B.-H.-M.), Anhe (H.-P.-M.-M.-T.), Bohan (A.-H.), Dorvan (F.-H.), Maissin (L.-E.), Lécuyer (F.-A.), Mahéo (F.-S.), Mourson (J.), Barot (F.), Bellamy (F.-A.), Crévaux (J.-N.), Carpentier (G.-A.), Maget (G.-A.), Bestion (M.-J.-G.), Brindejonc-Tréglotte (Y.-M.), Dubois (C.-J.-B.), Cotrel (P.-L.-M.), Etienne (C.-J.-J.), Saffre (J.-M.-S.), Bocharl (G.), Kernierant (G.-H.-V.-J.-C.), Breton (J.-F.), Beaulieu (J.-B.), Brémard (P.).

Au grade de médecin de 2^e classe : MM. les médecins auxiliaires de 2^e classe et les aides-médecins : Coquiard (A.-V.-A.), Bodet (D.-M.), Hercouet (C.-T.-L.), Roux (G.-F.-L.), Kieffer (A.-J.), Maget (L.-G.), Jannet (L.-J.), Auvray (J.-E.-A.), Neis (P.-M.), Le Moyné (A.-M.), Destrem (M.-A.), Gallierand (G.-A.), Artigues (J.-B.-F.-E.), Canoville (E.-H.), Lacroix (D.), Bourat (J.-A.), Léo (H.-A.), Delricu (M.-L.-M.), Dhusse (P.-L.-G.), Phillip (J.-A.), Briant (L.-M.), Reynaud (M.-J.-A.), Lussault (J.-A.), Guégan (P.-M.-H.), Cavasse (J.), Nivard (J.-H.), Griès (G.-P.-P.), Palmade (J.), Priina (F.), Bommesucelle de Lespinois (F.-G.-P.); Bottsac (C.-J.), Lidin (L.-A.-G.), Navarre (P.-J.), Primet (G.-M.), Coppini (F.-C.-A.), Dubut (A.-L.), Arnaud (E.-J.-M.), Drou-Ducand (J.-E.), Thou (P.), Follet (M.-M.-M.), Hamon (G.-M.-F.), Boyé (G.-J.-E.), Baisade (E.-P.-A.), Pélissier (G.-G.), Le Jollec (J.-M.), Reynaud (J.-B.-F.), Simond (H.-M.-E.), Peyron (J.), Le Demmat (J.-M.).

Au grade d'aide-médecin : MM. les étudiants : Hénaff (F.-H.), Mercie (L.-L.-G.), Le Ménicier (A.-M.-A.), Mortreuil (D.-S.-N.-A.), Vergos (E.-G.), Marévéry (L.), Feraud (L.-M.-P.), Sauvaget (P.-J.-A.), Nicolas (H.-M.), Castellan (H.-L.), Gauzier (J.-M.-F.), Jan (A.-P.-M.), Cotuzy (E.-F.-L.), Hanton-Dufourgray (J.-M.), Bouché (J.-L.-L.-B.), Rialax (C.-A.), Touillet (L.), Mondon (L.-C.), Vergos (P.-M.-E.), Bizareil (J.-G.-M.), Parnet (E.-L.-M.-F.), Thiemoi (F.-M.), Lassou (L.-G.-E.), Plagneux (L.-E.-G.), Fougère (E.-C.-M.), Ludger (H.-E.-G.), Gallher (D.-E.), Le Golleur (L.-G.), Duvau (O.-J.-F.), Mialaret (T.-A.), Aubry (P.-M.-J.), Bertrand (H.-V.-V.), Ginnell (F.-A.-M.), Landour (J.-B.-M.), Pallardy (F.-M.-T.), Mignon (P.), Parés (P.-E.-J.-A.), Ernault (L.-V.-E.), Foutaud (J.-M.-H.), Devot (F.), Cartier (A.-M.), Clavier (M.-A.-P.-H.), Couteaud (P.-B.), Gébriéris de Boissé (J.), Fournier (H.-F.-L.), Peyromont de Lafonville (J.-G.-H.-A.), Lullien (J.-L.), Le Conte (J.-L.-A.), Carade (A.-J.), Toir (J.-T.-F.-de-P.-B.), Aubert (J.-L.-J.-A.), Pnuc (E.-P.), Candé (J.-P.), Touren (E.-T.), Cousteux (L.-M.), Lombard (F.), Marchandon (A.-A.), Couturier (M.-H.), Medelschi (G.-A.-E.), Faucon (A.-L.-M.), Pozzo di Borgo (M.), Narbonne (E.-L.).

UNE MACHINE PARLANTE ET SOURDS-MUETS. — Nous lisons dans *l'Indépendance belge* : « Une machine parlante (*sprach machine*) est en ce moment à Bruxelles; M. le professeur Faber en est l'inventeur. Le premier qui ait eu l'idée de la machine parlante, après Molière qui nous en donne tous les principes dans le *Bourgeois gentilhomme*, est un professeur français, mais il n'a pas réussi. M. Faber travaille depuis vingt ans au perfectionnement de sa machine et est arrivé à un joli résultat. La machine a trois organes essentiels : le poumon, un soufflet mû par un levier manœuvré au moyen du pied; le larynx, qui n'a qu'une membrane tandis que nous en avons deux; et la bouche, qui est énorme, avec une latigae en proportion. La personne qui fait parler la machine appuyée avec le doigt sur quatre leviers qui portent chacun le signe d'une lettre. Par la combinaison de ces leviers deux par deux, on obtient les douze lettres restantes.

La véritable utilité pratique de la machine est d'apprendre à parler aux sourds-muets. Ils voient les mouvements que fait la langue pour prononcer les différents sons, et tâchent d'imiter ces mouvements, qui, vu la grandeur de l'organe, sont faciles à observer.

COMMISSION MÉDICALE EXTRA-PARLEMENTAIRE. — La réunion extra-parlementaire des médecins faisant partie du Sénat et de la Chambre des députés a repris ses séances, sous la présidence de M. Laussedat. Les questions à étudier ont été mises tout de suite à l'ordre du jour. Parmi celles qui seront prochainement soutenues à la Chambre se trouve d'abord le projet de loi concernant *les médecins étrangers et les gradués des Universités étrangères*. Sur le rapport de M. Spuller, la Commission d'initiative a opiné à la prise en considération de cette utile proposition, formulée par M. Roger-Marvaise. Le projet est commenté et complété par MM. Laussedat, Bernard-Lavergne, Tiersot, Lomonnier, Cornil, Mollien, Massot,

La proposition faite par M. Liouville, de comprendre les pharmaciens parmi ceux qui doit protéger si justement la nouvelle loi, est unanimement acceptée. Les membres de la réunion sont décidés à la défendre dans les bureaux qui nommeront prochainement la Commission parlementaire.

M. Tiersot a donné des renseignements sur les travaux de la Commission chargée d'examiner une proposition de M. Plessier, concernant la *composition des conseils d'assistance publique*.

M. Cornil a développé un programme de réformes à introduire dans l'enseignement de la médecine.

La réunion a décidé que les séances auront lieu le mercredi à Paris.

La commission s'est, en effet, réunie mercredi dernier, et voici le résumé de la séance, tel qu'il nous est communiqué :

« M. Laussedat expose l'état des travaux relatifs aux questions médicales soumises aux délibérations de la Chambre des députés. Deux rapports vont être prochainement déposés :

1° Celui concernant le projet d'assistance publique dans les campagnes (Th. Roussel, Richard Waddington);

2° Celui concernant les services hospitaliers dans les hôpitaux militaires (rapporteur, docteur Marnolain).

La Commission parlementaire doit entendre à cet égard, MM. les ministres de la guerre et de l'intérieur. On sait que le précédent ministre de la guerre, M. le général de Cissey, avait consenti à d'importantes modifications.

— M. Liouville communique à la réunion l'amendement qu'il va déposer, relativement à l'utilisation des médecins de l'armée territoriale dans certains hôpitaux militaires.

— M. Testelin insiste sur la situation déplorable faite jusqu'à ce jour au corps de santé militaire.

— M. Laussedat indique également l'état des travaux de la Commission des eaux minérales.

— M. Tiersot donne des renseignements sur les travaux de la Commission nommée pour examiner le projet de loi concernant les Commissions administratives d'assistance publique (projet Plessier).

— M. Moreau appelle l'attention sur la situation de la pharmacie dans les hôpitaux de province et sur les réformes à y introduire pour faire observer les prescriptions de la loi.

— M. Mollien parle à son tour de l'exercice illégal de la médecine. Diverses observations sont échangées à ce sujet entre MM. Laussedat, Testelin et Liouville.

— M. Lemonnier dépose un travail émanant de la Société des médecins de la Sarthe, concernant diverses questions d'intérêt général. »

Le secrétaire : LIOUVILLE.

ÉTABLISSEMENTS DE BIENFAISANCE. — Par une circulaire du 26 juin 1876, à tous les préfets, le ministre de l'intérieur a décidé, de concert avec le ministre de la guerre, que les inspecteurs généraux des établissements de bienfaisance, dans la tournée de 1876, étendraient leur inspection à la visite de tous les hospices civils où la moyenne des malades militaires dépasse habituellement 12 par jour. En prenant cette décision, le ministre de l'intérieur a eu pour but de se rendre compte, d'une manière précise, des mesures que pourrait nécessiter la réorganisation des services hospitaliers de l'armée, dont un projet de loi, destiné à régler les conditions du traitement des malades militaires dans les hospices civils, a été soumis à l'examen d'une Commission parlementaire.

HOPITAUX DE LYON. — Le concours de l'internat vient de se terminer par la nomination de MM. Paul Cassin, Georges Cassin, Milson, Petit, Larrivé, Brochat, Nodet, Bonnet, Sincclair, Rodet, Cognard, Giroude, Morel, Cartier, Ratier, Revillet, Bruyère, Bouzol.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Vient d'être nommés : MM. le docteur Charpy, chef des travaux anatomiques; le docteur Contarin, chef de clinique obstétricale; Redon, préparateur des cours d'histoire naturelle.

JURISPRUDENCE PHARMACEUTIQUE; ALCOOL CAMPHRÉ. — La loi du 24 juillet 1843 a affranchi des droits ordinaires établis sur les alcools les esprits dénatrés de manière à ne pouvoir être consommés comme boisson. L'alcool camphré doit-il être compris dans cette exception? Telle était la question posée au tribunal civil de la Seine, dans son audience du 6 mai, par l'opposition d'un sieur R... à une contrainte délivrée contre lui.

Le tribunal a jugé que l'opposition était mal fondée et que l'al-

cool camphré était soumis aux droits. « Attendu, dit son jugement, qu'à supposer que le camphré ait quelques-uns des caractères d'une huile essentielle, il diffère des huiles que l'ordonnance de 1844 a eues en vue, en ce qu'il se présente sous une forme concrète, et que l'évaluation du rapport, dans la proportion d'au moins deux dixièmes, d'un volume solide mélangé avec un volume liquide, n'est pas une opération dont le service de la régie puisse se rendre compte, dans les termes de l'article 3 de ladite ordonnance; qu'au surplus la loi n'a voulu affranchir des droits ordinaires que des esprits dont la dénaturation est telle, qu'ils ne peuvent pas servir ultérieurement de boisson et qu'il n'est pas possible de les revivifier dans des conditions qui permettent de les offrir ensuite à la consommation. Or, il est constant pour le tribunal, d'une part, que le camphré ajouté, soit à l'alcool, soit à l'eau-de-vie, ne la dénature pas de manière que les liqueurs camphrées ainsi obtenues ne puissent plus régénérer de l'alcool pouvant être consommé comme boisson, et, d'autre part, que les frais de la régénération, en égard à la différence des droits qui dépasse 140 fr. par hectolitre, laisseraient encore un bénéfice important à celui qui pratiquerait cette opération. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Farabeuf, agrégé, suppléant de M. le professeur Ch. Robin, a commencé le cours d'histologie le samedi 18 novembre, à cinq heures du soir, et le continuera les mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, à la même heure.

MALADIES DE LA PEAU ET SYPHILIS. — M. le docteur Vérité a commencé son cours sur les affections de la peau et la syphilis, le mercredi 22 novembre, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera les samedis et mercredis suivants à la même heure.

COURS PUBLIC DES MALADIES DES YEUX. — Le docteur Galewzowski a commencé ce cours le jeudi 23 novembre, à huit heures du soir, à l'École pratique, amphithéâtre n° 2, et le continuera les mardis et jeudis suivants à la même heure.

NÉCROLOGIE. — M. le docteur Gaspar-Théophile Lestiboudis, membre correspondant de l'Institut, ancien député, ancien conseiller d'État, commandeur de l'Ordre de la Légion d'honneur vient de mourir à l'âge de quatre-vingts ans.

État sanitaire de Paris :

Du 3 au 9 novembre 1876, on a constaté 1083 décès, savoir :
 Variole, 3. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 0. — Fièvre typhoïde, 171. — Erysipèle, 2. — Bronchite aiguë, 22. — Pneumonie, 62. — Dysentérie, 1. — Diarrhée cholériforme des enfants, 5. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 27. — Group, 24. — Affections puerpérales, 5. — Autres affections aiguës, 249. — Affections chroniques, 428, dont 175 dus à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 42. — Causes accidentelles, 25.

Du 10 au 16 novembre 1876, on a constaté 1114 décès, savoir :
 Variole, 5. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 3. — Fièvre typhoïde, 150. — Erysipèle, 3. — Bronchite aiguë, 37. — Pneumonie, 76. — Dysentérie, 8. — Diarrhée cholériforme des enfants, 2. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 16. — Group, 41. — Affections puerpérales, 3. — Affections aiguës, 233. — Affections chroniques, 460, dont 175 dus à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 30. — Causes accidentelles, 17.

SOMMAIRE. — PARIS. La fièvre typhoïde à Paris pendant les derniers mois de l'année 1876. — La loi sur l'administration de l'armée. — Syphilis vaccinale. — Inoculation du tubercule. — Appareil électrique pour la laryngoscopie. — TRAVAUX ORIGINAUX. Physiologie pathologique : Observation de cystite chronique compliquée de la présence d'organismes inférieurs dans la vessie. — CORRESPONDANCE. Sur l'allaitement des jeunes animaux, à propos de la récente discussion académique sur l'allaitement des nouveau-nés — CONGRÈS SCIENTIFIQUES. Congrès international de Philadelphie. — Sociétés savantes. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Sociétés médicales des hôpitaux. — Société de biologie. — REVUE DES JOURNAUX. Action de la guanidine. — BIBLIOGRAPHIE. Maladies chirurgicales du pélois — Variétés. Les Facultés de médecine de Bordeaux et de Lyon. — FRUITEUX. Curiosités métriques.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOCCQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 30 novembre 1876.

Société médicale des hôpitaux : LA FIÈVRE TYPHOÏDE A PARIS PENDANT LES DERNIERS MOIS DE L'ANNÉE 1876. — *Académie de médecine* : LOCALISATIONS CÉRÉBRALES : M. PROUST. — DIVERSES COMMUNICATIONS.

La fièvre typhoïde à Paris pendant les derniers mois de l'année 1876.

(Deuxième article.)

En même temps que nous signalions le remarquable rapport lu à la Société des hôpitaux par M. Ernest Besnier, notre collaborateur M. A. Legroux le résumait avec tant d'exactitude et de clarté (*Gaz. hebdom.*, p. 748) que nous n'aurions plus à revenir sur l'étude de l'épidémie typhoïde, si nous ne pensions que, en raison de son actualité et de son importance, ce sujet mérite d'être envisagé à différents points de vue. Mais, après ce qu'en a dit M. Legroux, nous n'avons plus à reproduire les chiffres cités par M. Ernest Besnier, ni à appeler l'attention sur les rapports qui peuvent exister entre la mortalité typhoïde et les conditions diverses dans lesquelles se trouvait placée la population parisienne. Nous ne développerons donc qu'une seule des nombreuses questions soulevées par M. Ernest Besnier, celle de l'influence qui paraît avoir été exercée par la chaleur et la sécheresse de l'été dernier sur la genèse et le développement de la maladie.

Durant les mois qui ont précédé l'époque du paroxysme épidémique, on avait pu, en effet, constater une extrême sécheresse.

Pendant le mois de juillet, dit M. Besnier, alors qu'il ne tombe que 25 millimètres de pluie et que la sécheresse continue, la température, jusqu'alors assez basse, s'élève brusquement. En août, la sécheresse est absolue et l'évaporation devient excessive. Le 18 août, la période torride est close et les pluies commencent. En septembre, « la masse totale des réceptacles multiples et variés du germe de la fièvre typhoïde n'est pas encore recouverte, mais les *plus dangereux*, sinon les plus féconds, ceux qui ne sont découverts qu'*accidentellement*, sont de nouveau dissimulés.

« Ainsi donc, à l'inverse de ce qui se passe pour le typhus et pour la fièvre à rechutes, l'*élévation de température* et toutes les conditions de fermentation intra ou supra-tellurique que la chaleur apporte aux germes putrides, malgré la vie à l'air libre, sur une colline aussi bien que dans une vallée, dans un camp mal gouverné au point de vue de l'hygiène comme dans une caserne mal dirigée sous le même point de vue, dans une ferme isolée aussi bien que dans une agglomération, voilà une des conditions positives qui favorisent le

2^e SÉRIE, T. XIII.

développement des épidémies typhoïdes ou qui gouvernent leurs paroxysmes. »

L'exacerbation épidémique de la fièvre typhoïde a, il est vrai, coïncidé au début avec la sécheresse et la chaleur, et la mortalité a été considérable pendant le mois d'août (306 décès). Elle a diminué pendant les mois de septembre (265 décès) et d'octobre (187 décès); mais elle s'est accrue de nouveau pendant les quinze premiers jours de novembre (319 décès), et s'il est vrai que l'épidémie soit aujourd'hui en pleine décroissance, il demeure bien difficile d'expliquer cette recrudescence durant la première quinzaine de novembre. Aussi demeure-t-il presque impossible de donner une théorie quelconque du développement de la maladie.

On sait qu'elle naît spontanément et qu'elle se propage surtout par contagion; on sait de plus que les saisons ont partout la même influence sur le développement de la maladie, et que l'exacerbation automnale est la règle. Lombard à Genève, Murchison à Londres, M. Ernest Besnier à Paris ont, à cet égard, fourni des chiffres indiscutables. On suppose que la transmission de la maladie se fait par les selles intestinales. C'est du moins ce qu'affirment Giel, Ricke, et surtout W. Budd, Biermer et Liebermeister (1). Dans un ouvrage récent, analysé par M. Vallin (p. 244), W. Budd soutient même que les égouts et les conduits de vidange « qui sont la continuation directe de l'intestin malade » sont la source constante de la fièvre typhoïde en versant leurs principes nuisibles dans l'atmosphère ou dans l'eau des boissons. Une seule maison, un seul malade, dit W. Budd, pourraient infecter toute une ville, à la condition que les égouts recussent les selles typhoïdes, et l'air ne peut infecter que s'il contient de la poussière d'eau souillée par celles-ci. Il est vrai que Budd observait en Angleterre et que, à Londres en particulier, presque toutes les fosses d'aisances communiquent directement avec les égouts et que, malgré les soupapes dont a parlé M. Guéneau de Mussy, l'infection des eaux où elles se déversent est toujours excessive. En France, les fèces sont élevées avec plus de soin, mais il n'en importe pas moins, si l'on veut entraver la propagation de la maladie et modérer son développement, de veiller avec soin à la destruction de toutes les déjections des malades et à la désinfection de tous les objets dont ils se sont servis. Toutefois ces précautions ne suffisent point. La maladie naît, en effet, et se développe alors même que la contagion n'augmente pas dans des proportions considérables le nombre des individus atteints. On a dû chercher, dès lors, dans les influences météorologiques la cause du développement de la fièvre typhoïde.

Griesinger, qui a étudié avec tant de soin toutes ces questions d'épidémiologie, déclare, contrairement à l'opinion

(1) Nous empruntons la plupart des documents dont nous avons fait usage à la deuxième édition du TRAITÉ DES MALADIES INFECTIEUSES de Griesinger, ouvrage qui paraîtra prochainement et qui devra à M. le professeur Vallin de nombreuses corrections et surtout des notes complémentaires du plus grand intérêt.

généralement admise, que les longues pluies suivies d'une diminution notable de la chaleur favorisent le développement de la maladie et qu'on l'observe plus souvent alors qu'après une élévation notable de la température. Cependant, Griëssinger avait révélé lui-même ce fait que pendant les années les plus sèches (1857-59) les épidémies locales avaient été plus nombreuses que durant les années froides et humides (1829-31). Depuis cette époque, Liebermeister et ses élèves ont constaté qu'une chaleur exceptionnelle favorisait le développement de la fièvre typhoïde; Virchow est arrivé à la même conclusion; enfin nous venons de voir que telle est aussi l'opinion des épidémiologistes français et en particulier de MM. Léon Colin et Ernest Besnier. Mais comment expliquer cette influence de la chaleur jointe à une extrême sécheresse? Les observations si patientes et si précises de Buhl et de Pettenkoffer permettent de la comprendre jusqu'à un certain point. Buhl a remarqué qu'à Munich le nombre des décès par fièvre typhoïde restait faible quand le niveau de la couche d'eau souterraine se maintenait rapproché de la surface du sol; les décès et les cas de fièvre augmentaient au contraire aussi longtemps que cette couche d'eau restait basse. Pettenkoffer arriva, à la suite de nombreuses observations, à des résultats analogues. Toujours il vit, sur ses courbes, « les montagnes (fièvre typhoïde) coïncider avec les vallées (niveau de la couche d'eau). » Ce fait, s'il est aussi constant que le prétendent ces épidémiologistes, comporte deux interprétations. Lorsque le niveau de l'eau s'abaisse, toutes les matières en voie de décomposition dont le sol se trouve infecté peuvent s'écouler par une sorte de drainage naturel dans les puits et les réservoirs d'eau alimentaire, les infecter et propager ainsi la maladie. Lorsque des pluies abondantes ont fait monter le niveau de la nappe souterraine, toutes ces matières sont diluées, noyées par la masse liquide, et leur fermentation se trouve entravée. Telle est l'opinion défendue par Liebermeister, Buchanan, Rensy, etc. Buhl et Pettenkoffer soutiennent, au contraire, que lorsque l'eau est basse, les couches poreuses du sol laissent filtrer et se dégager dans l'atmosphère les gaz ou les miasmes résultant de la décomposition putride; les maisons, dont l'air intérieur est presque toujours plus chaud que l'air extérieur, font l'office de ventouse et pompent en quelque sorte les gaz du sol sur lequel elles reposent. Il y aurait donc infection de l'air consécutive à une série de fermentations telluriques et non infection par l'intermédiaire de l'eau. Cette dernière théorie est loin d'être acceptable. A On allègue, dit M. Vallin, que le principe transmissible n'est vraisemblablement ni un gaz, ni une vapeur, mais bien plutôt quelque particule solide, quelque poussière venant des débris desséchés, des selles typhoïdes, par exemple, et dans ce cas on demande comment de semblables particules peuvent être entraînées des couches profondes du sol dans l'atmosphère sans être retenues par une véritable filtration. » En résumé, écrit encore M. Vallin, dans l'état actuel du débat, on peut dire :

« 1^o Que la coïncidence de l'extension épidémique et de l'abaissement du niveau de l'eau souterraine n'est pas aussi absolue qu'on l'avait cru d'abord, qu'elle est néanmoins habituelle ;

« 2^o Que l'infection, le développement, la transmission de la fièvre typhoïde peuvent avoir lieu à la fois par l'expansion des gaz et des vapeurs contenues dans le sol et aussi par le passage dans l'eau des puits, des canaux et même des rivières, des liquides corrompus ou contaminés que laissent filtrer les couches supérieures du sol. »

Telle est aussi à peu près la conclusion de MM. Ernest Besnier et Léon Colin. L'abaissement de la nappe souterraine met à nu toute une série de foyers putrides; la température excessive en provoque la fermentation et en favorise la diffusion. Ce fait, le seul que l'on puisse affirmer dans l'état actuel de la science, n'est pas indifférent à signaler; on peut, en effet, en conclure que dans une même localité la genèse et le développement de la fièvre typhoïde pourraient être étudiés avec plus de soin, si l'on s'appliquait à rechercher toutes les conditions telluriques ou atmosphériques qui la précèdent ou qui l'accompagnent. Un très-grand nombre d'observations seraient nécessaires pour arriver à ce but.

Il ne suffirait pas d'indiquer, comme on le fait à Bruxelles et comme l'a proposé M. Guéneau de Mussy, la marche de l'épidémie et la manière dont elle peut se circonscrire à un quartier ou à une série de maisons. Bien que ces mesures soient excellentes en elles-mêmes, il faudrait pouvoir de plus analyser la composition de l'air, les gaz du sol, les eaux potables, etc., etc., rechercher en un mot, à l'aide de tous les moyens d'investigation dont on peut disposer, si dans le foyer même de l'épidémie il existe une adulation quelconque du sol, de l'air ou de l'eau, qui ait pu lui donner naissance. C'est pourquoi nous applaudissons à la mesure que, sur un rapport de M. le docteur J. Worms, vient de prendre le Conseil municipal de Paris. Désormais, sous la haute surveillance du directeur de l'Observatoire de Montsouris, seront installées dans l'intérieur de Paris vingt-deux stations où l'on étudiera l'état hygrométrique et électrique de l'atmosphère, la météorologie, l'ozone, et toutes les variations que pourra présenter la composition normale de l'air. Une station météorologique et hygiénique sera créée au centre des travaux nécessaires pour le percement de l'avenue de l'Opéra; dans une autre station, on s'occupera des perturbations de l'atmosphère qui peuvent être engendrées par l'industrie des Halles. D'autres stations seront établies dans l'une des rues les moins aérées du quartier Poissonnière et dans la rue Pavée au Marais, où la densité de la population est extrême. On étudiera l'influence que peut exercer sur la composition de l'air le voisinage de l'Hôtel-Dieu ou celui du Jardin des Plantes, celui de la Bièvre, celui de divers cimetières ou des abattoirs, etc., etc. Ces diverses stations ne seront provisoirement pourvues que d'un petit nombre d'instruments; les recherches météorologiques et hygrométriques paraissent devoir y être surtout faites avec soin. Nous ne doutons point toutefois que l'utilité de multiplier et de varier les expériences et les observations ne soit bientôt comprise. Et lorsque l'on sera menacé d'une épidémie grave, lorsque les médecins signaleront le danger, nous espérons bien que dans tous ces observatoires on se mettra à l'œuvre pour essayer de découvrir quelques-unes des causes de la maladie. Le programme des recherches à entreprendre ne sera point difficile à tracer; et les résultats à obtenir sont d'une trop grande importance pour qu'on néglige ce qui peut faire espérer le succès.

L. LÉREBOULLET.

Localisations cérébrales.

L'étude des localisations cérébrales tend chaque jour à élargir le cercle des connaissances de la pathologie cérébrale. On est loin aujourd'hui de l'époque où Sandras pouvait écrire, dans sa thèse d'agrégation (1829), que les lésions de la sub-

stance cérébrale ne s'accompagnaient d'aucun symptôme caractéristique. Depuis les travaux de Türk, de nombreux mémoires ont été publiés, et déjà, grâce à la clinique et à l'expérimentation, on peut localiser certaines lésions, comme l'hémichorée et l'hémi-anesthésie, par exemple (voy. *Gaz. hebdom.*, n° 40, 23, 25; 1876); on peut donc espérer que, avant peu de temps, sous l'habile direction des professeurs Charcot et Vulpian, auxquels on doit véritablement ce qu'on sait sur ces questions délicates, on arrivera à la localisation des lésions non-seulement de la portion centrale du cerveau, mais aussi de la portion périphérique. Malgré les recherches de Fritsch, d'Ilitzig, de Ferrier, de Broca, les lésions de la périphérie sont moins connues. On comprend, en effet, combien délicate est alors l'expérimentation lorsqu'il s'agit de ramener au cerveau de l'homme les expériences faites sur des animaux dont les circonvolutions ne sont plus équivalentes : les causes d'erreurs sont alors trop nombreuses pour qu'on puisse s'étonner des résultats différents obtenus par les divers expérimentateurs. La clinique, en étudiant les symptômes que l'autopsie rattachera à une lésion, évite ces causes d'erreur.

Ces réflexions nous sont suggérées par une observation que M. le docteur Proust a communiquée à l'Académie de médecine dans la dernière séance. Elle offre un intérêt particulier tant au point de vue du diagnostic de la lésion que du traitement à employer dans des cas semblables. Voici ce dont il s'agit :

Un jeune homme de dix-neuf ans reçoit sur la tête un coup de sabre à la suite duquel il perd connaissance; emmené à la prison de Mazas, il en sort neuf jours après dans un état tout à fait satisfaisant; ce n'est que le onzième ou douzième jour que les accidents céphaliques apparaissent: M. Proust constate à sa visite, comme seuls phénomènes symptomatiques d'origine nerveuse, une parésie du membre supérieur droit, une hémiplegie faciale droite (la paralysie est limitée aux muscles innervés par le facial inférieur), et enfin de l'aphasie et de l'hébétéude. Les pupilles sont égales, la température est normale, il n'y a aucun trouble de la circulation. Comme lésion, M. Terrillon constate avec M. Proust: « un enfoncement de forme quadrilatère à bords nets, d'une étendue d'un centimètre carré et demi environ: le fragment est repoussé vers le cerveau et la table externe de ce fragment semble précisément au niveau de la table interne des parties voisines restées en place. Le fragment paraît légèrement mobile, mais enclavé profondément; il paraît un peu dépressible. » D'après ces signes physiques, d'après les symptômes signalés plus haut et la lenteur de leur apparition, M. Proust pense que la compression ou l'impression étaient le résultat d'une inflammation secondaire provoquée par l'enfoncement des esquilles du crâne. M. le docteur Terrillon proposa l'application d'une couronne de trépan à la partie supérieure de la plaie, en arrière et au-dessus de la portion enfoncée et empiétant légèrement sur la partie lésée pour rendre l'extraction des fragments osseux plus facile: cette opération, faite le lendemain, donna issue à quelques gouttes de sang et de pus, et fut suivie d'une amélioration immédiate: amélioration qui progressa peu à peu les jours suivants jusqu'à la complète guérison, malgré un érysipèle qui vint retarder cette issue.

Bien que cette observation ne soit pas accompagnée d'autopsie, elle offre néanmoins une importance très-grande au point de vue des localisations, grâce aux recherches entreprises par MM. Proust et Terrillon pour limiter exactement le point central lésé par les fragments osseux.

Tel était en effet le fait le plus important à élucider; comme le dit excellemment M. Proust, « le diagnostic trouve sa confirmation ou son infirmation dans les résultats de l'autopsie. On a observé des phénomènes symptomatiques pendant la vie, on constate des lésions après la mort, et le rapprochement des uns et des autres permet de tirer des déductions importantes sur le rôle des organes et le siège des fonctions. » Pour arriver à ce résultat, il fallait procéder par comparaison: c'est ce qu'ont fait MM. Proust et Terrillon, et le résultat obtenu par leurs recherches permet de préciser d'une façon « presque mathématique » le point de la circonvolution cérébrale qui avait été directement lésé.

Prenant un crâne de dimensions identiques avec celui du malade, fixant tout d'abord le point correspondant au siège de l'enfoncement osseux, MM. Proust et Terrillon déterminèrent la distance qui séparait ce point des différentes sutures qui réunissent le pariétal aux os voisins, et appliquant la couronne de trépan sur les trois sujets qui servirent à cette étude, ils tombèrent constamment sur la circonvolution pariétale ascendante au niveau de la seconde circonvolution frontale, près du sillon de Rolando. Ils étaient donc en droit de conclure, comme ils l'ont fait, que chez leur malade la partie du crâne enfoncée correspondait exactement à la circonvolution pariétale ascendante à la hauteur de la seconde circonvolution frontale.

Bien que la méthode employée pour cette mensuration diffère de celle décrite par M. Paul Broca (*Société anat.*, 1861, 2^e série, t. VI, p. 350), puis par M. Charles Feré, dans un très-intéressant article sur la topographie du cerveau (*Archives de physiologie*, 1876, n° 3, p. 259), les résultats obtenus par ces divers procédés ont été cependant les mêmes. Ce mode d'expérimentation permet donc de préciser avec certitude la lésion qui a déterminé les symptômes observés chez le malade. Voilà un fait important qui vient élargir le cercle de nos connaissances sur les fonctions de la substance grise du cerveau, sur les circonvolutions cérébrales, où M. Ferrier (1873 et 1874) avait déjà localisé les centres moteurs de la face et des membres autour du sillon de Rolando. (Voir thèse Lépine, *De la localisation dans les maladies cérébrales*, p. 31.) L'observation de M. Proust vient donc apporter non-seulement une preuve nouvelle aux faits avancés par M. Ferrier, mais encore montrer l'importance d'une intervention chirurgicale dans les cas de compression cérébrale, à la suite des fractures du crâne avec enfoncement des fragments, compression plus facile à diagnostiquer aujourd'hui, depuis cet heureux résultat, alors même que les accidents nerveux, parésie du membre supérieur, hémiplegie faciale et aphasie, seraient dus uniquement à une fracture de la table interne, sans fracture de la table externe, comme on en trouve des exemples dans le travail de M. Sédillot.

J. M.

Les Académies sont le contraire des fleurs: elles fleurissent en hiver et languissent en été. La nôtre, l'Académie de médecine, commence à reprendre de la vie, et la dernière séance a été riche en communications. Nous signalons plus haut celle de M. Proust. Il n'est pas dû un moindre intérêt à celle de M. Koerberlé (de Strasbourg) relative à l'hémostasie définitive par compression à l'aide de pinces hémostatiques, qui lui a donné l'occasion d'annoncer que sur soixante-cinq d'otorrhée pratiquées par lui dans le cours de la dernière année, il a obtenu cinquante-six succès. La faiblesse d'organe avec laquelle a été lu le mémoire ne nous permet pourtant pas

d'en risquer l'appréciation complète, et nous attendrons pour cela le rapport de la commission nommée.

M. le docteur Gairal (de Carignan) a présenté ensuite, avec de longs développements, un appareil de son invention, l'*aérophore pulmonaire*, destiné à l'insufflation des poumons dans l'asphyxie, et qu'il oppose au spirophore de M. Woillez.

Puis est venue une courte communication de M. Pasteur, que nous résumons plus loin (voy. p. 759).

Enfin l'Académie, en comité secret, après la lecture de deux rapports sur les concours de prix, a discuté la question de sa nouvelle installation. Le débat a été renvoyé à quinzaine.

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiologie pathologique.

DE LA DÉGÉNÉRESCENCE KYSTIQUE DES REINS CHEZ L'ADULTE, par A. LAYERAN, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

La plupart des auteurs s'accordent à reconnaître la fréquence des kystes séreux des reins, mais, à les en croire, ces productions n'offriraient guère d'intérêt qu'au point de vue de l'anatomie pathologique; il existe cependant une forme de dégénérescence kystique des reins qui entraîne fréquemment la mort, et qui mérite d'avoir sa place marquée dans le cadre nosologique; ayant eu l'occasion d'observer deux cas de dégénérescence kystique des reins chez l'adulte, j'ai pensé qu'il serait intéressant de réunir les faits analogues, déjà nombreux dans la science, et de résumer l'histoire de cette *maladie*, dont jusqu'ici on n'a guère décrit que les *lésions*.

Je ne m'occuperai ni de la dégénérescence kystique des reins des nouveau-nés, qui a été étudiée par Virchow, ni des kystes hydatiques des reins, ni des kystes secondaires qui se développent presque constamment à la suite de la néphrite interstitielle, ni enfin de l'hydronéphrose.

HISTORIQUE. — On trouve dans le JOURNAL DE HUFELAND une observation de dégénérescence kystique sous le nom de *dégénération enkystée* des reins; d'autres observations sont rapportées par Fabricé de Hilden, Howship, Bouillaud, Scheffer, Darles (cités par Rayer, *Traité des maladies des reins*, I, III, p. 513-514); mais il faut arriver jusqu'à Rayer pour trouver une description exacte de la dégénérescence kystique ou enkystée des reins. Rayer a représenté dans son ATLAS un type de cette dégénérescence, dont il rapporte cinq observations (Rayer, *Traité des maladies des reins*, loc. cit. — Atlas, pl. XXVI, fig. 1 et 2). Voici, en quelques mots, le résumé des observations de Rayer :

ONS. I. — Dégénérescence kystique des deux reins chez une femme atteinte d'un cancer utérin; symptômes cérébraux, délire, coma. Mort.

ONS. II. — Une maladie entrée à l'hôpital pour une affection légère de l'estomac est prise tout à coup d'accidents cérébraux que l'on attribue à une méningite. À l'autopsie, pas de trace de méningite, mais dégénérescence kystique des reins.

ONS. III. — Dégénérescence kystique des reins. Accidents cérébraux. Mort.

ONS. IV. — Dégénérescence kystique des reins. Dyspnée, rétention d'urine. Urines purulentes rendues par le cathétérisme qui est suivi de convulsions et de coma. Mort vingt-quatre heures après; quelques-uns des kystes sont purulents.

ONS. V. — Dégénérescence kystique des reins, attaques convulsives répétées. Mort.

Je ne cite pas l'observation VI de Rayer qui ne me paraît pas rentrer exactement dans l'histoire de la dégénérescence kystique des reins : le rein droit était sain et le rein gauche, *atrophie*, ne renfermait que deux kystes.

Crucilhier a représenté, dans son ATLAS D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE (livraison 6, planche IV), un bel exemple de dégénérescence kystique des reins.

Le BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE contient de nombreux exemples de cette altération remarquable des reins, malheureusement les détails cliniques font souvent défaut.

En 1835, M. Lebert présente des reins atteints de dégénérescence kystique provenant d'un sujet de soixante-deux ans. (*Bulletin de la Soc. anat.*, 1835, p. 41.)

En 1840, M. Tavignot présente deux reins atteints de dégénérescence kystique provenant d'une femme morte à l'hôpital Cochin dans un état comateux, après avoir éprouvé des convulsions et d'autres symptômes cérébraux qui ne s'expliquaient par aucune lésion matérielle des centres nerveux. A cette occasion, M. Vigla rappelle qu'en 1837 il a présenté à la Société de semblables reins et que depuis la Société anatomique a encore vu d'autres cas analogues dans lesquels la mort est survenue au milieu d'accidents cérébraux. M. Hervey dit aussi avoir observé un fait semblable à celui de M. Tavignot (*Bulletin*, 1840, p. 78).

En 1851, M. Verucini présente des reins atteints de dégénérescence kystique, et M. Lebert fait remarquer que ce développement de kystes n'a aucune analogie avec la maladie de Bright; « l'affection kystique peut être assez étendue, dit-il, pour former un grand nombre de locules comparables à la maladie kystique des ovaires ». (*Bulletin*, 1851, p. 374.)

En 1854, M. Jessé présente un exemple remarquable de kystes multiples des reins trouvés chez une femme de soixante-huit ans, morte de pneumonie; pendant la vie, on sentait une tumeur à la région lombaire (*Bullet.*, 1854, p. 44).

L'année suivante, M. Boarrier présente des reins atteints de kystes multiples trouvés chez un sujet affecté d'hypertrophie du cœur et de dilatation de l'aorte (*Bulletin*, 1855, p. 83).

En 1857, MM. Bordes et Blachez présentent des exemples de dégénérescence kystique des reins. Dans le cas cité par M. Blachez, les deux reins avaient plus que doublé de volume, en dehors du rein droit existait un vaste foyer purulent (*Bulletin*, 1857, p. 24 et 369).

En 1864, présentation par M. Liouville de reins kystiques provenant d'une femme de quatre-vingt-deux ans, morte de ramollissement cérébral sans aucun symptôme d'une maladie des reins (*Bulletin*, 1864, p. 55).

En 1867, présentation par M. Chantreuil du foie et des reins d'une femme de trente-neuf ans, morte de phthisie. On remarque à la surface et dans l'intérieur du foie une grande quantité de kystes, la plupart miliaires, contenant un liquide d'aspect séreux; les deux reins présentent une dégénérescence kystique générale (*Bulletin*, 1867, p. 439).

En 1869, un nouvel exemple de dégénérescence kystique du foie et des reins est présenté à la Société anatomique (*Bulletin*, 1869, p. 243). Pendant la vie, on avait constaté une tumeur à la région épigastrique et de l'œdème des membres inférieurs. L'un des kystes du foie était un kyste hydatique, mais les autres avaient une structure toute différente.

En 1874, plusieurs présentations de reins kystiques sont faites par MM. Liouville, Joffroy, Frey, Bousseau et Lorey.

Dans le cas de M. Joffroy (*Bulletin*, 1874, p. 231), il s'agit d'une femme de quarante-six ans, morte de pneumonie dans le service des aliénés à la Salpêtrière; cette femme avait présenté pendant la vie une teinte cachectique qui avait fait penser à une affection cancéreuse; à l'autopsie, on trouva une dégénérescence kystique du foie et des reins.

Le malade de M. Frey, mort de pneumonie cancéreuse, avait présenté une teinte bronzée, et on trouva à l'autopsie que la capsule surrénale du côté gauche était malade; les deux reins avaient subi la dégénérescence kystique (*loc. cit.*, p. 390).

L'observation de M. Bousseau se résume ainsi : accidents urémiques à forme dyspnéique. Mort. Dégénérescence kystique des deux reins. Le diagnostic d'urémie avait été porté pendant la vie par M. Fauvel dans le service duquel se trouvait le malade (*loc. cit.*, p. 391).

Dans le cas de M. Lorey (*loc. cit.*, p. 534), il s'agit d'un

homme de cinquante-deux ans, albuminurique, mort à la suite d'une épistaxis très-abondante sans phénomènes nerveux urémiques; les reins avaient quintuplé de volume, et la substance propre du rein avait presque complètement disparu; il y avait, en outre, des lésions goutteuses des articulations.

On trouve aussi, dans les TRANSACTIONS OF PATHOL. SOC., plusieurs observations de dégénérescence kystique des reins.

Le docteur Marsham (*loc. cit.*, année 1858, p. 334) donne l'observation suivante: un homme de quarante-huit ans est atteint, au milieu de la santé la plus parfaite, d'une attaque d'apoplexie et meurt au bout de deux heures; à l'autopsie, on constate l'existence d'un foyer hémorragique dans l'encéphale et une dégénérescence kystique des reins qui pèsent l'un 788, l'autre 512 grammes.

Bristow (*ibid.*, p. 309) cite, d'après Wilks, l'observation d'un phthisique chez lequel le foie et les reins présentaient la dégénérescence kystique. Le même auteur rapporte également le fait suivant: un cordonnier, âgé de cinquante-trois ans, est pris de douleurs dans le côté droit et à l'épigastre; au bout de cinq semaines, surviennent des hématuries qui entraînent la mort; à l'autopsie, on trouve des reins très-volumineux qui pèsent ensemble quatre livres et qui sont infiltrés de kystes à contenu colloïde (cité par Rosenstein, *Traité des maladies des reins*, p. 489).

M. le docteur Lancereux est sans contredit un des auteurs qui ont le mieux compris l'importance de la dégénérescence kystique des reins; il a figuré dans son ATLAS D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE (planche XXXV) un spécimen de cette altération, et dans l'article *Rein* du DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES (3^{me} série, t. III, p. 294), il a fait une place à la dégénérescence kystique du rein des adultes.

Parmi les auteurs qui ont étudié les kystes des reins au point de vue spécial de l'anatomie pathologique, il faut citer: Beckmann (Virchow's *Archiv. f. Pathol. anat.*, Bd. IX, p. 221); Forster (*Path. anat.*, p. 351); Virchow (*Traité des tumeurs*, t. I, p. 270); Erichsen (*Ueber Nierenysten*, Virchow's *Archiv.*, Bd. XXX); Herz (*ibid.*, Bd. XXXIII); J. Klein (*ibid.*, Bd. XXXVII); Ranvier (*Journal d'anatomie*, 1867, p. 445); Rindfleisch (*Traité d'anatomie pathol.*, p. 520); Cornil et Ranvier (*Manuel d'anatomie pathologique*, p. 4084); Rosenstein (*op. cit.*); Lecorché (*Traité des maladies des reins*, p. 643).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les reins sont généralement atteints tous les deux par la dégénérescence kystique et ils se présentent avec des caractères macroscopiques impossibles à méconnaître.

Les reins sont augmentés de volume et de poids; un seul rein pèse assez souvent 400 à 500 grammes, et on en a vu qui pesaient davantage. La surface est inégale, elle présente des bossures arrondies de grosseur variable; il est facile de s'assurer qu'il s'agit de kystes dont on voit le contenu par transparence. La capsule est souvent adhérente sur quelques points, et en essayant de la détacher on ouvre les kystes les plus superficiels. Nous étudierons successivement: 1° la disposition des kystes et la structure de leur paroi; 2° le contenu des kystes; 3° le parenchyme rénal intermédiaire aux kystes.

1° *Kystes.* — Les kystes ont un volume très-variable; généralement leurs dimensions varient de celle d'une noix ou d'une noisette à celle d'un grain de millet et de chènevis; leur forme est arrondie, quelquefois allongée ou inégale; anfractueuse, par suite de la réunion de plusieurs poches voisines en une seule. La dégénérescence kystique est presque toujours beaucoup plus avancée dans les couches corticales que dans les pyramides; les kystes développés dans les pyramides ont fréquemment une forme allongée, le grand axe de l'ovale étant parallèle à celui des tubuli.

Les parois kystiques sont lisses, minces, transparentes; on aperçoit au travers la substance propre du rein et quelquefois les veines voisines remplies de sang; çà et là on trouve des

traces de cloisons sous forme d'éperons plus ou moins sail-lants, il est facile de comprendre le mode de formation de ces cloisons au moment où plusieurs kystes se confondent par rupture des membranes intermédiaires.

Le microscope permet de constater que la surface interne des kystes est tapissée par une couche d'épithélium cylindrique aplati, analogue à celui que l'on rencontre dans les tubes collecteurs des reins; cette couche d'épithélium ne repose pas sur une paroi distincte, elle est doublée seulement d'un peu de tissu conjonctif qui se confond sans ligne de démarcation avec celui de la glande.

Dans les kystes les plus anciens ou dans ceux qui ont suppuré, il arrive qu'on ne retrouve plus l'épithélium; l'inflammation peut se propager du kyste suppuré aux parties voisines, et donner lieu à de la périépiphrite ou à de la néphrite suppurée (obs. II).

L'existence, à la surface interne des kystes, d'un épithélium analogue à l'épithélium rénal semble indiquer que les kystes se forment aux dépens des tubuli. On parvient quelquefois à découvrir dans la substance corticale de petits kystes constitués par l'accumulation d'un liquide muqueux ou colloïde sous la capsule de Bowman; les glomérules, faciles encore à distinguer, sont aplatis contre la paroi (Beckmann, Klein, Ranvier. Observation I de ce travail).

La présence de kystes au milieu des pyramides montre que les glomérules ne sont pas toujours le point de départ de ces productions.

2° *Contenu des kystes.* — Les kystes renferment tantôt une sérosité transparente, parfaitement limpide, incolore ou légèrement jaunâtre, tantôt une matière brunâtre ou jaunâtre et gélatiniforme; souvent à côté des kystes, dont le contenu est séreux, transparent, on en trouve d'autres qui renferment un liquide épais, brunâtre; quelquefois, enfin, le contenu est purulent.

La sérosité claire des kystes est plus ou moins fortement albumineuse, contrairement à ce qui a lieu pour les kystes à échinocoques; plusieurs observateurs ont signalé l'existence de l'urée dans les kystes séreux des reins (Gallois, *Gazette hebdom.*, 1856, p. 444), mais généralement les éléments de l'urine font défaut (Lecorché, *op. cit.*).

Lorsqu'on examine au microscope le liquide trouble ou la matière gélatineuse des kystes, on trouve, outre des corpuscules sanguins, des leucocytes en plus ou moins grand nombre et de la matière colloïde, amorphe, de petits corps très-bien caractérisés par leur forme et remarquables par la constance avec laquelle ils se présentent dans les kystes des reins; ils ont été signalés par la plupart des auteurs qui ont fait une étude spéciale des kystes rénaux.

Beckmann a trouvé constamment ces corpuscules qu'il rapporte à la leucine; Virchow et Klein signalent l'existence dans les kystes des reins de nombreux corpuscules d'aspect singulier concentriquement stratifiés et ayant en même temps des stries radiales (Virchow, *loc. cit.*, p. 270).

Ranvier, qui décrit également ces corps, pense qu'il s'agit de petites masses globulaires infiltrées de sels calcaires analogues à celles qu'on trouve dans le plexus choroïde (*Note sur un cas de kyste athéromateux des reins*, *loc. cit.*); M. Joffroy en fait des *amas de substance albuminoïde* (*Bulletin de la Soc. anat.*, *loc. cit.*); M. Lancereux qui a figuré quelques-uns de ces corps (art. *Rein*, *Dictionn. encyclop.*) estime que ce sont *probablement* des masses cristallines de leucine.

Ces corps sont généralement arrondis, ils mesurent de 10 à 50 millièmes de millimètre de diamètre, ils présentent des stries concentriques et des stries radiales visibles surtout à la circonférence, tandis que la partie centrale semble granuleuse; plusieurs corpuscules primitifs peuvent être réunis sous des couches concentriques communes. La circonférence présente souvent de petites échancrures ou fentes en nombre variable; lorsqu'on écrase ces corps entre le couvre-objet et

le porte-objet, ou les voit se réduire en fragments anguleux qui restent reconnaissables à cause des stries.

Ces corpuscules ne se colorent ni par le carmin, ni par l'iode, ou du moins ils ne prennent avec ce dernier réactif qu'une teinte jaune pâle et non une teinte d'un rouge acajou comme la matière amyloïde; ils s'altèrent et disparaissent au bout de quelques heures de séjour dans l'alcool.

Ces corpuscules sont identiques à ceux qui ont été figurés par Ferriehs dans son ATLAS DES MALADIES DU FOIE (planches II et III, 1^{er} cahier), sous le nom de *leucine*. Je suis donc très-porté à croire qu'il s'agit de cette substance; malheureusement il n'y a pas de réactif microchimique de la leucine.

Dans un cas (Obs. I), j'ai trouvé ces corpuscules en grand nombre, non-seulement dans les kystes, mais dans le parenchyme rénal lui-même; peut-être ces boules de leucine jouent-elles un rôle important dans la formation des kystes en venant obstruer les tubuli. Dans l'autre cas, la présence des corpuscules n'a été constatée que dans les kystes. (Obs. II.)

3^e Parenchyme rénal. — Dans certains cas, les kystes sont si nombreux que le rein est réduit à l'état d'un tissu vasculaire dans lequel on distingue à peine quelques lambeaux du parenchyme normal; la planche de l'ATLAS de CRUVEILLIER (livraison 6, pl. IV) offre un bel exemple de cette disposition; en général, les kystes sont séparés par du tissu rénal qui se présente avec tous les caractères de l'état sain, surtout dans les pyramides qui sont moins atteintes par la dégénérescence kystique que la substance corticale. La surface du rein dans les intervalles laissés entre les kystes est lisse, on ne trouve pas les granulations qui caractérisent la néphrite interstitielle; la coloration de la substance propre des reins est normale.

Au microscope on constate ce qui suit: dans le voisinage immédiat des kystes les éléments du rein sont aplatis par suite de la compression exercée par les kystes; il peut y avoir des traces de néphrite interstitielle autour des poches kystiques, mais, dès qu'on s'en éloigne, les traces d'inflammation disparaissent; il est évident que la dégénérescence kystique des reins est parfaitement indépendante de la néphrite interstitielle. L'épithélium des tubuli peut être granuleux, tuméfié, comme dans la néphrite parenchymateuse; en général, il se présente avec des caractères normaux. Il n'y a pas non plus de dégénérescence amyloïde.

Les éléments propres du rein semblent parfois hypertrophiés, il s'agit sans doute d'une hypertrophie de compensation, un certain nombre de tubuli et de glomérules ayant été étouffés entre les kystes.

Dans le cas où j'ai trouvé des globes de leucine dans le parenchyme rénal, ces corps identiques à ceux décrits plus haut étaient surtout abondants dans la substance corticale où ils formaient de petits amas dans le voisinage des kystes.

Lorsqu'un kyste suppure, l'inflammation peut se propager au parenchyme rénal et donner lieu à une néphrite interstitielle diffuse suppurée, ainsi que cela eut lieu chez un de mes malades (Obs. II).

L'observation suivante servira de complément à la description des altérations des reins atteints de dégénérescence kystique.

Obs. I. Tuberculose. Dégénérescence kystique des reins. — C..., soldat dans un régiment de ligne, âgé de vingt-trois ans, entre à l'hôpital militaire Saint-Martin le 13 décembre 1869, se disant malade depuis deux mois. On constate les signes de la tuberculose pulmonaire. Le malade succombe le 15 février 1870 sans s'être jamais plaint d'aucun symptôme pouvant faire soupçonner une altération des reins.

L'autopsie révèle l'existence de tubercules dans les pommons, dans les plèvres, le péritoine, le foie et la rate; la muqueuse stomacale présente plusieurs ulcérations tuberculeuses; mais l'altération la plus remarquable siège dans les reins.

Les deux reins sont criblés de kystes. Le rein gauche, très-volumineux, a une surface inégale par suite de la saillie que font

les nombreuses poches kystiques. Les plus petits kystes sont gros comme des têtes d'épingles. Les plus gros comme des noix; tous ne font pas saillie, il en est qui sont de niveau avec la surface du rein et alors il n'est pas rare d'apercevoir de minces cloisons à l'intérieur. La plupart des poches renferment une sérosité limpide, mais le contenu de quelques-unes est brunâtre, trouble et plus ou moins épais.

En pratiquant une coupe du rein de la convexité vers le hile, on ouvre un grand nombre de kystes qui siègent plus particulièrement dans la substance corticale et qui lui donnent l'aspect d'une éponge. Les kystes qui ont pris naissance dans les pyramides ont une direction parallèle à celle des tubuli; les kystes de la substance corticale sont en général arrondis.

Les parois kystiques sont lisses, minces, transparentes, on aperçoit au travers la direction des tubuli et quelquefois des veines.

Le rein droit présente des altérations tout à fait semblables à celles du rein gauche.

Liquide des kystes. Le liquide limpide des kystes séreux est fortement albumineux; traité par la chaleur ou par l'acide nitrique, il se prend pur ainsi dire en masse.

Le liquide brunâtre renfermé dans un certain nombre de kystes contient un grand nombre de petits corps très-caractéristiques; ce sont des éléments arrondis ou ovales, dont les plus gros mesurent 50 μ et les plus petits 10 μ environ; on distingue très-nettement des stries concentriques à la périphérie et d'autres stries qui irradient de la partie centrale; plusieurs de ces corps sont englobés sous des couches concentriques communes; ils ne se colorent pas par l'iode; lorsqu'on les presse un peu fortement entre le couvre-objet et le porte-objet, ils se cassent, se fragmentent comme feraient de petites concrétions calcaires.

Dans le liquide limpide des autres kystes on trouve aussi un certain nombre de ces corpuscules.

Examen histologique du parenchyme rénal. En dehors des kystes, le parenchyme rénal est sain, il n'y a pas de néphrite interstitielle, pas d'altération de l'épithélium des tubuli.

Dans le parenchyme des reins, on trouve un certain nombre de corpuscules analogues à ceux décrits plus haut, ils sont surtout abondants dans la substance corticale où ils forment de petits amas dans le voisinage des kystes.

Dans la substance corticale, outre les kystes véritables, on trouve de petites cavités qui correspondent aux capsules de Bowmann, les glomérules de Malpighi sont atrophiés, aplatis contre la capsule et entourés de liquide; tel paraît avoir été également le mécanisme de formation d'un certain nombre de kystes plus volumineux. Les glomérules épargnés par la dégénérescence kystique sont vivement injectés.

En même temps que la dégénérescence kystique des reins, on trouve souvent d'autres altérations, d'un ordre tout différent, comme la tuberculose dans l'observation qui précède, ou qui semblent avoir un lien plus ou moins étroit avec la dégénérescence rénale.

C'est ainsi que dans un certain nombre de cas on a noté une dégénérescence kystique du foie coïncidant avec la dégénérescence kystique des reins (observations de M. Chantreuil, de M. Joffroy, de Bristow, etc.); les kystes du foie, en général petits et très-nombreux, renferment le plus souvent un liquide séreux.

D'après M. Lancereaux, les vésicules séminales et le corps thyroïde peuvent être aussi envahis par la dégénérescence kystique.

Dans plusieurs observations, une hypertrophie notable du cœur coïncidait avec la dégénérescence kystique des reins; plusieurs fois aussi il y avait des foyers hémorragiques dans l'encéphale.

Notons enfin que M. Lancereaux a trouvé des altérations des muqueuses stomacale et intestinale.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

DE L'ÉCHANGE DES GAZ DANS LA CAISSE DU TYMPAN; CONSIDÉRATIONS PHYSIOLOGIQUES ET APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES. Note de M. *Lawewberg*. — En cas d'obstruction de la trompe d'Eustache, cause très-fréquente de surdité, la quantité d'air contenue dans la caisse et ses annexes subit une diminution qui force la membrane du tympan, et avec elle la chaîne des osselets, à s'enfoncer en dedans d'une façon sensible. On est unanime à attribuer cette diminution de l'air à une *absorption*; or, selon l'auteur, une simple absorption ne saurait avoir lieu que si le sang était dépourvu de gaz; mais comme, au contraire, il en contient considérablement, il doit y avoir *échange par diffusion*, ayant pour conséquence la diminution du volume des gaz contenus dans l'oreille moyenne.

L'auteur utilise ces considérations physiologiques pour proposer deux procédés nouveaux destinés à prévenir la diminution de l'air, ou du moins à la retarder : 1° l'insufflation d'air ayant été inspiré et expiré, alternativement quatre ou cinq fois, lequel doit rester inerte en présence des gaz du sang; 2° l'insufflation d'hydrogène. Ce gaz est éminemment réfractaire à l'échange respiratoire des poumons et peut servir également pour obtenir le but que poursuit l'auteur. Les résultats thérapeutiques confirment les prévisions de l'auteur et corroborent, par conséquent, ses vues physiologiques. (Renvoi à la section de médecine et chirurgie.)

SUR LA CURATION DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR LA MÉDICATION PARASITIGÈNE PHÉNÉTIQUE. Note de M. *Declat*. — Il faut : 1° empêcher l'élévation de la température autant que possible en tuant ou du moins en empêchant l'évolution du ferment typhoïde qui produit la chaleur; 2° empêcher la température de s'élever à 42 degrés en soustrayant mécaniquement la chaleur; 3° introduire dans le sang un agent, non nuisible, qui, en le liquéfiant momentanément, facilite la circulation dans les capillaires d'une part, et d'autre part le contact de l'antiferment avec le ferment dans le sang lui-même.

Ces trois indications seront remplies : la première par l'introduction de l'antiferment, *acide phénique*, en boissons et en injections sous-cutanées; la deuxième, par les *lacements* et par les *bains froids*; la troisième par le *phénate d'ammoniaque*. (Renvoi à la section de médecine et chirurgie.)

NATURE DE LA SPHILIS ET SON TRAITEMENT SANS MERCURE, par M. *J. Hermann*. — D'après l'auteur, la guérison de milliers de cas de maladies mercurielles prouve que les iodures éliminent le mercure de l'économie, et que l'iodure de potassium doit être considéré comme le médicament antimercuriel. C'est une confirmation de la théorie et des expériences publiées par M. *Melsens* en 1849. (Renvoi à la commission des arts insalubres.)

CHOLÉRA. — M. *Renoir* adresse un complément à son mémoire sur les lois du choléra et des autres maladies épidémiques. (Renvoi à la section de médecine et chirurgie.)

SUR UN PROCÉDÉ DE RECHERCHE DE LA FUCHSINE DANS LES VINS. Note de M. *Fordos*. — Voici le procédé de l'auteur :

« Je prends, j'it-il, 10 centimètres cubes de vin, que j'agite vivement pendant quelques secondes avec 10 gouttes ou 1 centimètre cube d'ammoniaque pure dans un tube à essai. J'ajoute au mélange de 5 à 10 centimètres cubes de chloroforme; j'agite de nouveau en renversant plusieurs fois sur lui-même le tube tenu fermé avec le pouce, et je verse le tout dans un entonnoir de verre à robinet. Lorsque le chloroforme a gagné le fond de l'entonnoir, j'ouvre le robinet et je recueille le chloroforme dans une capsule de porcelaine, que je place sur un bain de sable; je mets

dans le chloroforme un petit morceau d'étoffe de soie blanche et je chauffe; à mesure que le chloroforme se volatilise la fuchsine apparaît (si le vin en contient) et colore la soie en rose. Vers la fin de l'opération j'ajoute un peu d'eau et je continue à chauffer; j'arrive ainsi à fixer toute la matière colorante sur l'étoffe de soie; celle-ci prend une coloration rose plus ou moins foncée, suivant que le vin renferme plus ou moins de fuchsine. Lorsque l'on expérimente avec du vin pur, la soie ne se colore pas en rose. On peut s'assurer que la coloration est bien due à la fuchsine : il suffit, pour cela, de mettre le morceau de soie dans un peu d'ammoniaque; la coloration rose ne tarde pas à disparaître, et elle reparaît si l'on chauffe pour chasser l'ammoniaque. »

RECHERCHE DE L'ACIDE ROSOLIQUE EN PRÉSENCE DE LA FUCHSINE, par MM. *P. Guyot* et *R. Bidaux*. — Le procédé des auteurs est le suivant :

Dans un flacon, on verse le liquide à examiner; on l'additionne d'alcali volatil, on agite avec de l'éther, puis on décante. En présence de l'acide acétique l'éther se colore. Cette expérience peut être contrôlée à l'aide du fulmicoton. Eu effet, si l'on imbibé cette matière azotée de l'éther décanté, elle se change en une matière gélatineuse rose, avec laquelle on peut obtenir les réactions de la fuchsine. Quant au liquide aqueux, il peut servir pour une contre-épreuve. L'ammoniaque qu'il contient est chassé au bain-marie, on ajoute de l'acide acétique, qui communique la teinte jaunâtre signalée précédemment. Traité alors par l'éther et l'ammoniaque, il se trouve être dans les conditions voulues pour fournir l'une des réactions mentionnées ci-dessus.

Il restait à savoir si, en soumettant à l'action de l'acide acétique le liquide mélangé et en traitant par de l'éther, on pouvait séparer les deux matières colorantes. Elles sont enlevées toutes deux par l'éther, versé dans un liquide acétique qui renferme alors de l'acide rosolique jaunâtre et de la fuchsine rose. Séparé du liquide aqueux, cet éther coloré fournit une réaction très-nette. Quelques gouttes d'ammoniaque décolorent l'éther et colorent en rose la couche inférieure; la fuchsine disparaît et l'acide rosolique passe dans la solution ammoniacale.

NOUVELLES RECHERCHES SUR L'ACTION DE LA FUCHSINE NON ARSÉNICALE INTRODUITE DANS L'ESTOMAC ET DANS LE SANG. Note de MM. *V. Felz* et *E. Ritter*.

« Depuis notre première note du 26 juin 1876, nous avons continué nos recherches sur l'action de la fuchsine introduite dans l'estomac et dans le sang. Nous pouvons les résumer de la manière suivante :

» A. *Injection de fuchsine pure dans l'estomac*. — Chez trois chiens auxquels nous avons donné journellement, et cela pendant un mois, six semaines et deux mois, des doses relativement faibles de fuchsine, pour éviter l'irritation gastro-intestinale et la diarrhée, nous avons toujours vu apparaître dans les urines non-seulement la matière colorante, mais encore des quantités d'albumine souvent dosables, variant entre 5 et 50 centigrammes.

» B. *Injection de fuchsine pure dans le sang*. — La matière colorante s'éliminant par les reins en grande partie, nous nous sommes crus autorisés à injecter directement dans le système veineux pour arriver à une étude complète de l'action de la fuchsine; nous avons pu constater ainsi et faire constater par la plupart de nos collègues et confrères que l'apparition de l'albumine et des cylindres granulo-graisseux dans les urines était un phénomène constant lié bien certainement à l'élimination de la matière colorante; car des injections d'eau distillée proportionnelles au poids des animaux et aux doses des solutions de fuchsine que nous avions employées n'ont jamais produit de semblables effets.

» Des autopsies nombreuses de chiens morts ou sacrifiés nous ont montré des lésions certaines de la substance corticale des reins.

» Les phénomènes pathologiques ne se bornent pas toujours à une perte de poids, à l'apparition de cylindres granulo-graisseux et à la survenance de quantités plus ou moins fortes d'albumine; nous possédons, en effet, actuellement un chien qui, à la suite d'une seule injection, pratiquée le 19 octobre 1876, de 0^{re} 016 de fuchsine par kilogramme de son poids, ne présente pas seulement de l'albuminurie, mais des signes manifestes d'hypoplasie générale : l'abdomen, la peau du ventre et les membres sont tellement infiltrés que nul doute n'est possible. Il ne peut être question d'un accident d'opération, car la plaie est depuis longtemps cicatrisée. Parallèlement au gonflement oedémateux, une maigreur extrême s'est établie.

» Nos expériences ont toutes été faites avec la fuchsine non arsénicale; nous pouvons ajouter que les caramels fuchsinés qui ont servi à colorer les vins sont presque toujours arsénicaux. »

SUR L'ACTION DU FER DANS L'ANÉMIE, par M. G. Hayem.

Les différentes anémies peuvent être distinguées, au point de vue du traitement, en anémies curables et en anémies incurables. Dans l'une et l'autre catégorie de cas, le fer agit d'une manière identique : il détermine constamment une augmentation dans la richesse des globules en matière colorante.... A l'état normal, le nombre des globules du sang capillaire du doigt est, en moyenne, de 5 500 000 par millimètre cube. Chez les chlorotiques atteints d'un degré d'anémie modéré, on compte un nombre de globules à peu près égal. Soit un cas dans lequel le sang contenait 5 525 000 globules. Ces éléments, relativement nombreux, étaient altérés, tant dans leurs dimensions que dans leur richesse en hémoglobine, et, par suite, le sang n'avait qu'un faible pouvoir colorant. Avec 5 525 000 globules il n'était pas plus coloré que s'il avait contenu 2 500 000 globules sains; de sorte que la valeur moyenne de chaque globule en hémoglobine n'était que de 0,407 (1 exprimant la moyenne normale). Il en est ainsi chez un grand nombre de chlorotiques. Lorsqu'on prescrit à ces malades une bonne préparation ferrugineuse, le nombre des globules rouges varie peu, souvent même il diminue, tandis que le pouvoir colorant du sang va progressivement en s'améliorant. Ce résultat favorable est dû à un retour progressif des globules vers leur état physiologique. Ces éléments acquièrent des dimensions normales et, en même temps, une quantité de matière colorante proportionnelle à leur volume...

Ainsi dans les anémies curables, et notamment dans la chlorose, la médication martiale a une influence plus marquée sur la qualité des globules rouges que sur leur proportion dans le sang.

L'étude de l'anémie dans les cachexies fatalement mortelles n'est pas moins instructive. Ces états pathologiques s'accompagnent en général d'une anémie très-profonde, et le sang renferme alors des globules rouges plus grands que ceux du sang normal. Lorsque l'anémie devient extrême, la proportion de ces éléments hypertrophiés augmente, et malgré la présence d'éléments très-petits, les dimensions moyennes des globules rouges s'écartent moins du chiffre normal que dans les anémies d'une intensité moins grande; parfois même ces dimensions dépassent celles des globules sains. Le nombre des globules rouges décroît alors de jour en jour et le fer ne peut enrayer la marche de l'anémie. Son action est cependant manifeste, mais elle n'est sensible que sur les globules considérés individuellement. Ces éléments acquièrent de l'hémoglobine, et, lorsque leurs dimensions sont exagérées, leur valeur moyenne en matière colorante devient égale, mais supérieure à celle des globules sains.

EXPÉRIENCES SUR LE PNEUMOGASTRIQUE ET SUR LES NERFS PRÉTENDUS D'ARRÊT. Note de M. Ommius. —

Nous aurons occasion de faire connaître amplement les idées et les expériences de l'auteur. Voici, en attendant, les conclusions du présent travail : « Les nerfs de la vie végétative et les fibres musculaires lisses, surtout lorsqu'ils appartiennent à un système qui a des mouvements rythmiques, coordonnés et automatiques, ne répondent pas aux excitations artificielles de la même manière que les nerfs rachidiens. Dès que ces excitations deviennent trop nombreuses et trop rapides, elles cessent de provoquer les actes fonctionnels et ne deviennent qu'une cause de perturbation. Les phénomènes d'arrêt que l'on a obtenus dans ces conditions sont le résultat de cette perturbation; de plus, il semble résulter de nos expériences que les nerfs prétendus d'arrêt rentrent, au contraire, dans les lois générales du fonctionnement de tous les filets nerveux et que leur excitation physiologique provoque toujours la mise en activité des organes auxquels ils se rendent. »

RECHERCHES SUR L'URÉE DU SANG. Note de M. P. Picard.

« Le principe de la méthode ici employée est celui que j'ai depuis longtemps M. Claude Bernard; dans cette méthode on dose le glucose directement à l'aide de la liqueur de Fehling, dans la solution incolore obtenue en précipitant à chaud un poids de sang par un poids égal de sulfate de soude. La méthode que je propose consiste à faire le dosage de l'urée directement dans cette même liqueur... A un poids de 50 grammes de sang on ajoute 58 grammes

de sulfate de soude, en petits cristaux non effleuris; on porte à ébullition en agitant sans cesse le mélange; cela fait, on rétablit le poids total premier (50 + 50) par une quantité convenable d'eau distillée, et l'on jette le tout sur un filtre (ou mieux on filtre après avoir exprimé à la presse); on pèse une quantité de ce liquide clair et incolore ainsi obtenu égale à 50 grammes. On peut tout aussi bien opérer sur 40 ou 45 grammes. Ces 50 grammes de liquide sont introduits par un entonnoir à robinet dans un ballon qui porte en outre un tube à dégagement. On verse également dans le ballon l'eau distillée qui a servi au lavage du vase contenant les 50 grammes soumis à l'analyse; on ajoute 20 centimètres cubes environ d'acide chlorhydrique pur et l'on porte rapidement à l'ébullition jusqu'à ce qu'on ait chassé les gaz du ballon. A ce moment, à l'aide d'une disposition spéciale, on fait communiquer le tube à dégagement avec un appareil complexe contenant un volume suffisant d'eau de baryte. Les premières portions absorberont l'acide carbonique provenant de l'urée décomposée; les dernières empêcheront l'entrée du même gaz lors de la rentrée de l'air extérieur dans l'appareil. (Un tube de Liebig intermédiaire doit montrer son contenu transparent pendant toute l'opération.)

» Tout étant disposé, on introduit par l'entonnoir dans le ballon contenant le liquide à analyser 20 centimètres cubes à peu près d'acide azotique nitreux, et l'on reporte rapidement à 100 degrés; on maintient cette température huit ou dix minutes; après ce temps, les gaz acide carbonique et azote provenant de la décomposition de l'urée ont été entraînés. Le premier a été fixé par la baryte; c'est lui que l'on dose alors en volume en le retirant par le vide après décomposition du carbonate par HCl.

» Dans le cas cité, on obtient 14^{cc}.5 CO₂. Ce volume, après corrections, se réduit à 13^{cc}.125. Or, on sait que chaque centimètre cube dégagé représente 0^{gr}.002683 d'urée pure décomposée. En multipliant 0^{gr}.002683 par 13^{cc}.125, nous aurons 0^{gr}.03515 d'urée pure pour la quantité contenue dans les 50 grammes analysés. Ces 50 grammes contiennent l'urée de 25 grammes de sang, ainsi qu'on le voit en se reportant au traitement préliminaire; en multipliant par 40, on aura le poids d'urée contenu dans 1 litre (sang, 1000 grammes; urée, 1^{gr}.605).

» En opérant de la sorte, on trouve toujours de l'urée dans le sang et sa proportion dans le sang artériel paraît osciller dans des limites étroites en dehors de toute condition extérieure modificatrice. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATTIN.

M. le ministre de l'Agriculture et du Commerce transmet à l'Académie : a. Le compte rendu des épidémies qui ont régné en 1875 dans le département du Calvados. (Commission des épidémies). — b. La liste des malades qui ont été traités en 1875 dans les hôpitaux thermaux de Vichy et de Bourbon-l'Archambault. (Commission des eaux minérales). — c. Le tableau des vaccinations pratiquées en 1875 dans les départements de la Haute-Loire, de l'Ille-et-Vilaine et des Deux-Sèvres-du-Rhône. (Commission de vaccine.) L'Académie reçoit : a. Des lettres de candidature de M. le docteur Parrot, pour la section d'anatomie pathologique; de M. Richier, pour la section de pharmacie; de M. le docteur Vincent, pour la section des correspondants nationaux. — b. Une note de M. le docteur Le Duc, sur les ulcérations vaccinales. — c. Un mémoire de M. le docteur Brune sur le traitement du prolapus utérin.

M. Larrey présente : 1^o un nom de M. le docteur Lécard, un mémoire sur la contagiosité du choléra; 2^o un nom de M. le docteur Béreau, un mémoire sur la vaccine et la vaccine vaccinale; 3^o un nom de M. le docteur Faure, trois brochures sur le diphthérie.

M. Gueneau de Mussy présente : 1^o un nom de M. Borely, une brochure sur le rhumatisme articulaire aigu en rapport avec le traumatisme; 2^o en son nom, une série d'observations sur l'étiologie de la fièvre typhoïde.

M. Laboulière présente, au nom de M. le docteur Ernest Benier, les rapports sur les maladies régnantes pendant le 2^e trimestre de l'année 1876.

HÉMOSTASE PAR COMPRESSION. — M. Kœberlé appelle l'attention sur sa méthode d'hémostase appliquée à l'aide de ses pinces hémostatiques. Ces pinces agissent d'après le principe d'une compression excessive, et produisent ainsi l'hémostase définitive des vaisseaux divisés par dessiccation des parties pincées. Leur usage s'applique à la pratique des opérations chirurgicales.

Destinées dès le principe à produire simplement une hémostase temporaire et à faciliter l'hémostase définitive à l'aide de ligatures, elles ont été employées depuis 1867 dans les opérations les plus variées, pour produire directement l'hé-

mostasc définitive par une application de quelques minutes sur les vaisseaux divisés. Pour les gros vaisseaux, il est prudent de les laisser pendant quelques heures, un jour au plus.

On supprime ainsi, d'une manière à peu près complète, les ligatures. Si toutefois on juge à propos d'en faire dans certaines circonstances, de toutes manières l'emploi des pincés en facilite l'application et permet de restreindre autant que possible la perte de sang, et d'abrégier la durée des opérations.

Après l'ablation des pincés amovibles à volonté, il ne reste aucun corps étranger dans les plaies. On peut utiliser ces mêmes pincés pour l'hémostase temporaire, en comprimant en masse les parties molles de tous les organes minces, sail-lants, peu épais, en plaçant deux de ces pincés à angles plus ou moins aigus de manière à se toucher par leurs extrémités.

L'application des pincés est d'une exécution facile, rapide et peut dispenser du concours d'aides.

LOCALISATIONS CÉRÉBRALES. — M. le docteur *Proust* communique une intéressante observation dont il déduit quelques considérations relatives à la question des localisations cérébrales. Il s'agit d'un enfoncement de la bosse pariétale gauche qui fut suivi d'aphasie, puis d'hémiplégie faciale droite et de monoplégie brachiale droite. La trépanation fut pratiquée et suivie d'une diminution instantanée des accidents. L'amélioration a été progressive, la parole est revenue et il n'y a plus de traces d'aphasie et d'hémiplégie (voyez au *Premier-Paris*).

AÉROPHORE PULMONAIRE. — M. le docteur *Gairal* présente sous ce nom un appareil à insufflation, pour le traitement des asphyxiés par submersion et des nouveau-nés. À l'aide de cet instrument, on porte directement dans les poumons l'air sans qu'une bulbe puisse franchir la glotte pour descendre dans l'estomac; de plus, la pénétration de cet air dans l'appareil respiratoire a lieu sans compromettre l'intégrité des vésicules pulmonaires. Le principe sur lequel repose cet appareil est très-simple. C'est simplement un tube laryngien en métal auquel est adaptée une poire en caoutchouc.

TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES PAR L'ACIDE PHÉNIQUE. — M. *Pasteur* raconte un fait dont il vient d'être témoin. Il s'agit d'un jeune homme qui souffrait depuis longtemps d'une fièvre intermittente rebelle et qui a été instantanément soulagé, puis guéri, à l'aide d'injections sous-cutanées d'une solution d'acide phénique (injections de 400 gouttes chacune à 2 1/2 p. 100). Le même traitement a été appliqué en Sologne avec succès. M. *Pasteur* pense que ce fait peut intéresser l'Académie, et il appelle l'attention sur ce mode de traitement (voy. à l'*Acad. des sciences*, p. 756).

— A quatre heures l'Académie se forme en comité secret pour entendre des rapports sur des concours de prix.

La séance est levée à six heures.

Académie royale de médecine de Belgique.

SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1876. — PRÉSIDENCE DE M. SOUPAINT.

M. le ministre de l'Intérieur lui communique à l'Académie qu'un arrêté royal du 25 juillet dernier a décerné le prix quinquennal de 5000 francs à l'auteur de son livre *Spring : SYMPTOMATOLOGIE OU TRAITÉ DES ACCIDENTS NERVEUX*, et lui adresse deux exemplaires du rapport du jury de concours (M. Warlomont, rapp.). Ce rapport sera inséré au BULLETIN.

M. *Camille Joly*, chimiste à Curghien (les-Draxelles), soumet une note relative à un médicament dont il est l'inventeur, et qu'il désigne sous le nom de *liqueur ferro-stannique*. (Renvoyé à la 3^e section.)

M. *Suret* offre, pour motifs de santé, sa démission de secrétaire trésorier titulaire de la compagnie. Il sera procédé, dans la prochaine séance, à l'élection de trois candidats à présenter au gouvernement en vue de son remplacement.

M. *Kuborn* dépose, au nom de l'auteur, M. *Belout*, un manuscrit intitulé : *Essai*

SUR LES MAISONS MORTUAIRES. (Renvoyé à une commission composée de MM. M. Delefort et Kuborn.)

M. *Dequains* présente un nouveau travail (2^e article) : SUR LA THERMOMÉTRIE DANS LA PLEURO-PNEUMONIE GANGRÉNEUSE DU GRAND DÉTAIL. (Renvoyé à la commission à laquelle a été renvoyé le précédent travail.)

Dans la séance précédente, M. *Borlée* a présenté, au nom de l'auteur, M. le docteur *Romelle* (de Liège), un mémoire intitulé : DE LA CATARACTE; QUELQUES REMARQUES SUR L'ÉTIOLOGIE DE CETTE AFFECTION. (Renvoyé à une commission composée de MM. Borlée, Itierion et Warlomont; M. Itierion rapporteur.)

DOSAGE DE L'URÉE. — M. *Depare* présente à l'Académie deux appareils pour le dosage de l'urée, basés sur la détermination du volume d'azote dégagé de ce corps par l'hypobromite sodique.

Le problème qu'il a cherché à résoudre est le suivant : trouver un procédé de dosage de l'urée assez exact, assez rapide, assez facile et assez commode pour pouvoir être exécuté par des personnes n'ayant pas l'habitude des manipulations analytiques.

Les appareils présentés ne diffèrent que par la manière de mesurer le volume de gaz dégagé : dans l'un il est déterminé directement, dans l'autre il est représenté par la quantité d'eau déplacée et mesurée dans une burette graduée. M. *Depare* démontre à l'Académie avec quelle rapidité, avec quelle facilité le dosage de l'urée dans l'urine s'opère à l'aide des instruments qu'il soumet à l'appréciation de ses collègues.

M. le docteur *Romelle* fait connaître que l'un des appareils de M. *Depare* fonctionne journellement à l'hôpital Saint-Pierre, qu'il a fait lui-même et fait exécuter par ses élèves un très-grand nombre de dosages, et qu'il considère cet appareil, dont la manœuvre est des plus faciles, comme étant appelé à rendre de grands services à la médecine.

DISCUSSIONS. — Rapport à la commission à laquelle a été renvoyée la proposition de M. *Crocy*, tendant à ce que l'Académie émette le vœu qu'à l'avenir le gouvernement prenne des mesures pour que le corps professoral des universités soit mis à même de se recruter facilement sans devoir recourir à l'étranger.

MM. *Fossion* et *Van Lair*, professeurs à l'Université de Liège, et *R. Boddaert*, professeur à Gand, prennent la parole. La discussion, devenue très-vive et très-personnelle, sera continuée dans la séance du 30 décembre.

COMITÉ SECRET. — Sur la proposition du bureau, l'Académie décide qu'elle prendra part, en masse, à la souscription nationale ayant pour objet l'*Exploration de l'Afrique centrale*, dont l'idée a été mise en avant par S. M. le roi des Belges.

M. *Gallez*, rapporteur de la commission qui a été chargée d'examiner les travaux présentés à l'Académie en 1874 par deux praticiens belges, communique son rapport, qui conclut à l'octroi d'un prix de 300 francs au travail de MM. *Denefle* et *Van Welter* : NOUVELLES ÉTUDES SUR L'ANESTHÉSIE PAR LES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES DE CHLORAL.

« MM. *Denefle* et *Van Welter*, dit le rapport, se sont attachés à prouver, en s'appuyant sur des faits déjà suffisamment nombreux, que les injections intra-veineuses de chloral constituent un procédé d'anesthésie d'une sûreté et d'une fidélité d'emploi au moins égales à celles des agents anesthésiques en usage aujourd'hui.

« Cette preuve leur paraissait d'autant plus importante à établir, que les injections de chloral dans les veines ont incontestablement cet immense avantage de procurer d'emblée une insensibilité d'une durée beaucoup plus longue que les autres procédés, l'emploi de ceux-ci devant être renouvelé fréquemment, lorsqu'on veut en obtenir un effet quelque peu prolongé.

« Ces messieurs ont pu ainsi recueillir quarante-quatre observations parfaitement rédigées, complètes, et dont les déductions que les auteurs en tirent sont rigoureusement logiques. Sont-ils parvenus à entraîner la conviction? Ont-ils pleinement atteint le but qu'ils s'étaient proposé? C'est ce

que votre Commission ne peut admettre. En tant que procédé anesthésique usuel, les expériences, toutes brillantes qu'elles soient entreprises par MM. les professeurs de Gand, ne viendraient pas à détrôner l'éther, le chloroforme, le bichlorure de méthylène, au bénéfice des injections intra-veineuses de chloral. Si, d'une part, vos commissaires repoussent d'une manière absolue l'emploi de ces injections dans les cas d'opérations d'entropion et de cataracte, par exemple, en vue d'obtenir l'anesthésie, qu'ils ne considèrent pas comme généralement indiquée en pareille occurrence; ils ne peuvent l'admettre davantage pour les ablations du sein, du testicule, les amputations du bras ou de la jambe, l'extraction de séquestres, où nos agents ordinaires d'anesthésie sont suffisants. D'un usage universellement admis, d'une simplicité élémentaire d'application, restreints dans leur emploi par des indications qu'une longue expérience a consacrées, et toujours faciles à établir, ils mettent presque complètement à l'abri d'un danger, qu'on se justifierait difficilement d'avoir encouru, si l'on avait fait emploi d'injections intra-veineuses. Est-ce à dire qu'il faille condamner la méthode de M. Oré, si vaillamment défendue par nos compatriotes? Loin de nous l'idée de pareille injustice: la science, en enregistrant leurs observations et leurs expériences, peut, en répudiant cette méthode, dans l'ordre d'indications que s'étaient imposés les auteurs, se la réserver en considération d'un résultat considérable nettement obtenu, c'est-à-dire l'injection dans les veines, avec des chances exceptionnelles de danger, d'une substance médicamenteuse à action rapide et énergique. Elle indique ainsi une voie plus rationnelle et parfaitement justifiée par des essais thérapeutiques dont les conséquences peuvent être surprenantes: c'est ainsi que pourrait être tentée la cure d'un certain nombre d'affections redoutables, précédant directement du système nerveux et de maladies réputées jusqu'ici d'une incurabilité presque constante, telles que le tétanos et la rage. Restreinte dans ces limites, la question offre encore un intérêt assez puissant pour exciter l'ardeur et le dévouement scientifiques de travailleurs tels que MM. Deneffe et Van Wetter.

» Comme anesthésique, il resterait à examiner si l'injection intra-veineuse de chloral ne trouverait pas une indication prévue dans certains cas exceptionnels où l'emploi répété des inhalations de nos anesthésiques en usage offre des dangers: ainsi, chez certains sujets où la période d'excitation ne peut être franchie, et dans certaines opérations de très-longue durée.

» Un labour soutenu, appuyé d'une conviction scientifique dont l'honnêteté se démontre à chaque ligne de leur travail, une critique élevée, dans laquelle les auteurs discutent les opinions contradictoires avec des arguments puisés dans l'histoire de la science et des faits rapportés par eux-mêmes, comme dans ceux que leur opposent leurs adversaires, une exposition attrayante, instructive, où bien des points de la science reçoivent un jour nouveau, propre à élucider des questions encore discutées ou combattues; tels sont, Messieurs, les éléments d'appréciation qui ont déterminé vos commissaires, à l'unanimité, à vous proposer de décerner la récompense de l'Académie à l'œuvre de MM. Deneffe et Van Wetter. »

Ces conclusions sont adoptées.

• Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LABOULBÈNE.

UN BATHIOCEPHALE EN HOLLANDE. — CIRCONVOLUTION CÉRÉBRALE SUPPLÉMENTAIRE. — DISCUSSION SUR L'EMPLOI DES BAINS FROIDS DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

M. Lereboullet montre un ténia bathiocéphale rendu à Amsterdum par une petite fille de quatre ans qui n'avait jamais quitté cette ville et qui n'avait jamais été soumise à une ali-

mentation spéciale. Or, cette variété du ténia n'a jamais été rencontrée en Hollande, et M. le docteur Fock (d'Utrecht), à qui est due cette observation, a cherché en vain quelle a été la provenance de ce parasite chez cette petite fille.

— M. Luys communique ses recherches sur l'existence d'une circonvolution cérébrale supplémentaire qu'il a déjà signalée à la Société de biologie (voy. *Gaz. hebdom.*, p. 423, séance du 24 juin, et p. 444, séance du 1^{er} juillet 1876), et qu'il a eu depuis l'occasion de rencontrer un certain nombre de fois, mais seulement sur des cerveaux de vieillards. Cette circonvolution se trouve presque toujours dans le lobe gauche du cerveau, derrière la circonvolution pariétale ascendante. On peut puiser là encore une nouvelle preuve de la supériorité du côté gauche du cerveau sur le côté droit. D'après la statistique faite par M. Luys, cette circonvolution existerait 8 fois sur 35 cerveaux.

M. Luys, sur l'invitation de la Société, complète sa communication par un rapide exposé de la topographie du cerveau, topographie qu'il parvient à rendre très-saisissable, grâce à une série de cerveaux durcis et colorés de teintes différentes délimitant bien les régions.

Il termine en indiquant qu'il a observé parfois des atrophies limitées de circonvolutions, surtout chez des sujets qui avaient été amputés, plus ou moins longtemps auparavant, d'un membre, et que ces atrophies occupaient toujours la même région pour un même membre.

M. Duguet a vu récemment un cas de ce genre, dont il communiquera l'observation. Il s'agit d'un homme, amputé en 1870, mort récemment et à l'autopsie duquel M. Duguet a trouvé une atrophie au-dessous de la circonvolution pariétale ascendante, du côté opposé à celui du membre amputé.

— M. Féréol entame une discussion, qui promet d'être fructueuse, sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids.

Au cours de l'épidémie actuelle, il a eu à se louer de ce traitement. Il cite des cas dans lesquels des phénomènes ataxiques très-intenses, sans rapport d'ailleurs avec l'élévation thermique qui était restée moeure, ont cédé assez rapidement aux bains froids. Mais à côté des succès il faut enregistrer les revers: deux malades soumis au traitement de Brandt ont eu une congestion pulmonaire grave, dont une avec hémoptysie. Enfin, dans d'autres cas, les bains froids, sans être nuisibles, ont paru cependant n'avoir aucune utilité.

M. Féréol, dans les cas ordinaires, se contente d'employer les lotions froides; mais dans les cas graves il n'hésite pas à employer les bains froids, malgré quelques insuccès qui, selon lui, ne peuvent compromettre la méthode.

M. Moutard-Martin, moins confiant dans l'innocuité des bains froids, se borne à faire des affusions froides suivant les cas.

M. Millard fait observer que M. Féréol a employé les bains froids pour combattre, non pas l'hyperthermie, mais les phénomènes ataxiques qui se présentaient chez ses malades. Or, utilisée dans ce but, la méthode est loin d'être nouvelle: Chomel, Rostan, Gendrin, Grissolle, Legroux, ... employaient souvent les affusions froides, et avec de très-beaux succès, lorsque le délire était violent.

M. Maurice Raynaud, venant à la question des congestions pulmonaires ou des bronchites qui, pour quelques médecins, pourraient être rapportées aux bains froids, cherche à établir que dans la fièvre typhoïde les bronchites, les congestions, les broncho-pneumonies et pneumonies sont des complications spéciales, spécifiques en quelque sorte, qui ne relèvent pas du froid comme les phlegmasies vulgaires, et qui ne se comportent pas, dans leurs signes et leur marche, comme ces dernières. Les bains froids ne produisent pas ces complications: celles-ci viennent toutes seules. Mais les bains froids mal appliqués peuvent provoquer des pneumonies vraies; aussi

faut-il mettre dans l'emploi de la méthode des précautions infinies qui en assurent le succès. L'indication des bains froids, des affusions froides qui n'en diffèrent que par une question de degrés, de la réfrigération, en un mot, est formelle, d'après M. Raynaud, dès que vers le quatrième ou cinquième jour la température monte à 40 et 41°. Les bains froids peuvent alors donner des succès que nul autre traitement n'a encore donnés.

M. *Moutard-Martin* n'admet pas que bains froids et lotions froides soient une seule et même médication : le bain donne une réfrigération prolongée d'un quart d'heure et impression péniblement, tandis que la lotion froide est rapide, courte et s'accompagne d'une sensation de bien être.

Pour M. *Moutard-Martin*, les bains froids peuvent être causes de congestions pulmonaires graves et d'hémoptysies et, pour ces raisons, il se gardera bien de les employer.

M. *Moissenet* considère la méthode des lotions comme souvent utile, tandis que celle des bains est dangereuse.

Dans les formes ataxiques, il conseille de faire deux lotions froides avec des éponges chaque jour et de faire suivre la lotion d'une friction avec un linge sec. Dans les formes adynamiques, il prescrit le vin de quinquina dilué; s'il y a prostration, il ajoute le rhum ou l'eau-de-vie. En règle générale, il ordonne les lavements, les cataplasmes sur le ventre et les laxatifs. Ces moyens, que l'on varie suivant les indications spéciales à chaque cas, lui ont toujours paru bons, et jamais il n'a vu survenir, comme à la suite de la méthode de Brandt, des hémoptysies compromettant les jours des malades.

M. *Férol* se défend de vouloir ériger la méthode de Brandt comme le traitement unique de la fièvre typhoïde. Comme tous ses collègues, il recherche et suit les indications de chaque cas. Mais il déclare que souvent les lotions froides sont insuffisantes ou stériles et que, dans les cas d'hyperthermie et d'ataxie, les bains froids sont indiqués et souvent donnent des succès inespérés.

A. L.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. HOUËL.

ACCIDENTS CAUSÉS PAR LES PESSAIRES. — NÉVROME DU NERF MÉDIAN; RÉSECTION DU NERF; TROUBLES TROPHIQUES; GUÉRISON. — ÉLECTIONS.

M. *Notta* (de Lisieux) fait une communication sur les dangers des applications du pessaire. Ce chirurgien fut consulté, il y a huit mois, par une femme de cinquante-huit ans qui avait une chute de l'utérus. Cet organe fut remis en place et maintenu par un pessaire Charrière. Il y a cinq semaines, à la suite d'un effort considérable, la malade ressentit une vive douleur dans le ventre; quinze jours après elle perdit involontairement ses urines : une des ailes du pessaire était entrée dans la vessie. M. *Notta* retira cet appareil. La malade garda une fistule vésico-vaginale.

Un charlatan parcourt la Normandie, appliquant des pessaires à toutes les malades qui le consultent, pour la migraine comme pour la chute de l'utérus. Une femme de trente-cinq ans, ayant eu neuf enfants, alla voir cet individu : il appliqua un pessaire Gariel; bientôt la malade ressentit des douleurs vives dans le ventre, et il se forma un abcès de la fosse iliaque gauche, qui s'est ouvert au-dessus de l'arcade crurale.

Chez une autre femme de vingt-huit ans, hystérique, le même individu appliqua encore un pessaire : il s'ensuivit un phlegmon péri-utérin qui suppura; la malade mourut.

— M. *Notta* (de Lisieux) présente un névrome du nerf médian. Un malade se plaignait de vives douleurs dans l'avant-bras; bientôt on reconnut l'existence d'une tumeur mobile, peu douloureuse spontanément, mais qui prit rapidement un

certain accroissement. Cette tumeur était située à 5 centimètres au-dessus du poignet; quand M. *Notta* l'examina, elle avait le volume d'une noisette et était légèrement douloureuse au toucher. Sensibilité normale à chaque main; même force musculaire.

La tumeur fut enlevée, et les deux bouts du nerf médian suturés avec un fil d'argent; la main était tenue dans la flexion. Après cette opération il existait une paralysie de la sensibilité dans les régions de la main innervées par le médian. La sensibilité reparut le treizième jour à l'annulaire; le seizième jour à l'éminence thénar; l'index, le médian et le pouce restèrent plus longtemps insensibles. Huit mois après l'opération la sensibilité avait complètement reparu. La main se couvrit pendant quelques mois d'ulcérations qui finirent par guérir.

La tumeur, examinée par M. *Maret* (de Honfleur), est un névrome interfibrillaire, ou plutôt un fibro-sarcome interstitiel du nerf médian; les fibres nerveuses étaient étalées à la surface de la tumeur.

M. *Verneuil*. Les sections des nerfs ne sont pas assez communes pour qu'on ne puisse en contester l'efficacité. La suture nerveuse est-elle pour quelque chose dans le rétablissement de l'innervation? Nous ne sommes pas en mesure de répondre affirmativement. Les recherches de MM. *Arloing* et *Tripiet* démontrent qu'il faut revoir la question de fond en comble et que, même lorsqu'un nerf est réuni, rien ne prouve que l'innervation se fait par ce nerf-là. Après les sections nerveuses suivies de suture, l'innervation de retour se fait toujours de la périphérie au centre; c'est toujours au voisinage de la zone encore innervée que recommence l'innervation dans la partie d'abord paralysée. Dans l'observation de M. *Notta*, c'est de même par l'annulaire que la sensibilité revient, puis par l'éminence thénar; or, nous savons qu'au treizième et au seizième jour la régénération des nerfs ne peut être faite. C'est le cubital, du côté de l'annulaire, qui ramène la sensibilité; du côté de l'éminence thénar, c'est le nerf radial. C'est donc l'innervation collatérale qui ramène la sensibilité. Sans contester que la suture puisse favoriser le retour de l'innervation, M. *Verneuil* affirme, jusqu'à preuve du contraire, que les faits sont à revoir. Il cite, à l'appui de son opinion, le fait suivant :

Une jeune fille entre à l'hôpital avec une flexion permanente des doigts, le poignet étant fléchi sur l'avant-bras : une fracture du radius mal soignée avait donné lieu à des escarres et à des cicatrices, d'où la rétraction des muscles fléchisseurs. La sensibilité était intacte dans les doigts et la main. La bride cicatricielle comprenait les tendons des fléchisseurs superficiels, mais pas le médian ni les fléchisseurs profonds, puisque la sensibilité de la main était intacte. Tel était le diagnostic de M. *Verneuil*.

L'opération consista à couper couche par couche un tissu fibreux très-dense; le nerf médian, situé au milieu de ce tissu, fut coupé aussi : ce nerf avait à peine 1 millimètre de diamètre. L'examen histologique montra qu'il s'y trouvait encore des fibres nerveuses.

La malade n'était plus sous l'influence du chloroforme, M. *Verneuil* constata avec surprise que la sensibilité n'était pas altérée dans la main et les doigts, malgré la section du nerf médian.

La malade conservait les mouvements des muscles de l'éminence thénar, ce qui est important à noter. Le nerf médian ne servait donc plus à rien; comprimé et atrophié par la cicatrice, l'innervation y était abolie et se faisait par les autres nerfs. Si donc M. *Verneuil* avait suturé le nerf médian, on aurait pu croire que la sensibilité s'était rétablie immédiatement après la suture, dans les régions où se distribue ce nerf. Il faut se défier des rétablissements de la sensibilité après les opérations nécessitées par des lésions nerveuses anciennes, parce qu'il y a avant l'opération suppléance du nerf atrophié par les nerfs sains qui l'environnent.

M. Terrier. La suture des nerfs peut donner lieu à des accidents. Souvent il est difficile d'extraire l'anse métallique, qui s'enkyste ou amène de la suppuration; il peut en résulter de la névrite, et c'est la névrite qui donne les troubles trophiques. Il est donc bon d'enlever la suture avant que la plaie ne soit fermée.

M. Paulet. Le retour de la sensibilité dans les parties innervées par le nerf malade ne prouve pas que la continuité se soit rétablie dans le nerf coupé et suturé. Si avec le retour de la sensibilité on observait le rétablissement des mouvements, ce serait autre chose, car on ne comprendrait guère la suppléance du mouvement. La sensibilité rétablie ne prouve donc rien au point de vue de la continuité du nerf médian; mais si les muscles de l'éminence thénar ne sont plus paralysés, on pourra en tirer une conclusion.

M. Le Dentu. On doit toujours faire la suture des nerfs sectionnés; les malades échappent souvent à la névrite et aux troubles trophiques. **M. Le Dentu** a vu l'an dernier un jeune garçon qui avait une plaie de l'avant-bras; le nerf médian était sectionné incomplètement, les mouvements des muscles de l'éminence thénar étaient conservés; mais il y avait insensibilité dans tous les points desservis par le médian. **M. Le Dentu** fit une suture. La sensibilité se rétablit dans la périphérie d'abord, et en dernier lieu à l'index. C'est par la suppléance que la sensibilité se rétablit d'abord; mais la suture peut aider au rétablissement complet de la sensibilité.

M. Notta n'a pas étudié le mouvement des muscles de l'éminence thénar; mais il réparera cet oubli et complètera son observation.

— Commission chargée d'examiner les titres des candidats à une place de membre titulaire. Sont nommés: MM. Verneuil, Duplay, Perrier.

— Commission du prix Laborie. Sont nommés: MM. Nicaise, Le Dentu, Paulet, Gillette, Perrier.

SEANCE DU 15 NOVEMBRE 1876. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

ÉPANCHEMENT SANGUIN DE L'ARTICULATION DU GENOU. — LIGATURE ÉLASTIQUE DANS LE CANCER DE LA LANGUE. — ÉLECTION. — PRÉSENTATION D'UN INSTRUMENT.

M. Perrier lit un rapport sur un mémoire de **M. Farabeuf**: DE LA LUXATION DU POUCE EN AVANT.

— **M. Nicaise** présente une pièce recueillie dans son service. Il s'agit d'un épanchement sanguin de l'articulation du genou, datant de quatorze mois. Le malade, âgé de soixante ans, fit une chute sur le genou; le 31 août 1875; il entra à l'Hôtel-Dieu et fut traité par les vésicatoires, la teinture d'iode et les pointes de feu. Il partit pour Vincennes, et rentra à l'hôpital temporaire le 18 mai 1876; il mourut le 31 octobre dernier.

A l'antopse, on constata, dans le corps strié droit, un ancien foyer de ramollissement. Le genou gauche était plus volumineux que le droit; il renfermait un caillot sanguin uni aux surfaces articulaires par des adhérences gluteuses. Ce caillot a partout une consistance ferme et résistante, il est noir en certains points et jaunâtre en d'autres points. Cette pièce montre avec quelle lenteur se résorbent les épanchements sanguins articulaires. L'évacuation de l'épanchement par la pression aurait peut-être été utile aussitôt après l'accident.

M. Sée. Il est difficile d'admettre que ces caillots remontent à quatorze mois; il s'agit plutôt d'un épanchement récent analogue à ceux qu'on observe dans les hydrocèles anciens.

M. Nicaise. On peut attribuer trois origines à cet épanchement. Ou bien il est consécutif à la chute et date de quatorze mois, ou bien il est venu à la suite d'une immobilisation pro-

longée, phénomène signalé par Tissier; enfin, il serait le résultat d'une synovite pseudo-membraneuse hémorragique, maladie qui n'est pas encore démontrée.

M. Verneuil. Le microscope nous dira si le caillot est réel, ou bien si c'est une infiltration de sang dans une membrane synoviale. A priori, il répugne d'admettre que le sang reste quatorze mois dans une articulation sans s'altérer.

M. Trélat attendra l'examen microscopique pour se prononcer, mais il admettrait facilement la date ancienne de l'épanchement. Il y a des cas rares d'esquilles ayant séjourné longtemps dans les parties molles sans provoquer d'accidents. Les épanchements séro-sanguins étudiés par Morel-Lavallée durent aussi très-longtemps. Le sang peut rester longtemps hors des vaisseaux sans s'altérer notablement.

M. Le Fort. Il n'est pas impossible que le sang séjourné plusieurs mois dans une articulation sans se décomposer; de même, dans un sac anévrysmal bien isolé, le sang peut rester quelques mois sans s'altérer.

COMMISSION DU PRIX DUVAL. — Sont élus: MM. Marjolin, Th. Anger, Potaillon, Saint-Germain et Marc Sée.

— **M. Delens** lit une observation de ligature élastique pour un cancer épithélial de la langue.

— **M. Pignoni** présente un instrument destiné à dissoudre la pierre dans la vessie (commission, MM. Panas, Duplay, Guyon).

SEANCE DU 22 NOVEMBRE 1876. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'ŒIL. — ÉPANCHEMENT SANGUIN ARTICULAIRE DATANT DE QUATORZE MOIS. — PRÉSENTATION D'UNE PIÈCE.

M. Perrier présente, au nom de **M. Poncet**, le premier fascicule d'un traité d'anatomie pathologique de l'œil; ce fascicule renferme la description des lésions produites, du côté de l'œil, par l'albuminurie. **M. Poncet** montre que l'altération siège principalement dans les fibres du nerf optique, les autres couches de la rétine n'étant prises que plus tard. Les fibres nerveuses augmentent de volume et laissent passer un exsudat qui formera la tache visible sur le fond de l'œil. Cette altération renfle le cylindre d'axe en certains points et le rétrécit en d'autres, en même temps qu'il se fait une dégénérescence graisseuse dans le système artériel on voit de l'endartérite non-seulement dans la rétine, mais aussi dans la choroïde.

— **M. Trélat** prend la parole au sujet de la présentation de **M. Nicaise**; l'épanchement sanguin date-t-il de quatorze mois, ou bien est-il d'origine récente? **M. Verneuil** dit que les globules sanguins extravasés subissent un travail de destruction et ne peuvent se conserver en dehors des vaisseaux. Aussi **M. Verneuil** ne croit pas à l'origine ancienne du caillot présenté par **M. Nicaise**. Si **M. Trélat** prouve que le sang n'est pas altéré, **M. Verneuil** répondra qu'il s'est fait une hémorragie récente dans l'articulation.

Pelletan, Maligne, Broca, admettent que les éléments anatomiques peuvent séjourner longtemps dans les articulations sans s'altérer. **Broca** rappelle dans son TRAITÉ DES TUMEURS l'observation d'un séquestre qui resta pendant quarante-trois ans dans les parties molles de la jambe. A propos des kystes péri-giens, le même auteur cite un cas d'épanchement sanguin qui, au bout de cinq mois, renfermait des globules sanguins bien nets. La question reste douteuse parce qu'on peut faire des objections sur la date de l'épanchement. Cependant, une articulation est un endroit mal disposé pour la résorption d'un épanchement de sang.

M. Verneuil s'appuie sur la théorie pour combattre les faits de **M. Trélat**. En exceptant les os et les dents, la physiologie expérimentale démontre que lorsque des éléments ana-

tomiques sont sortis de leur milieu, ces éléments périssent et meurent. Ces éléments sont expulsés violemment par la suppuration, ou bien ils sont tolérés et s'atrophient. Combien de temps vivent les éléments anatomiques ? nous n'en savons rien. Habituellement, le sang sorti des vaisseaux est résorbé; des faits nombreux le démontrent. Les séreuses supportent plus longtemps le sang et le protègent contre la décomposition. Le changement de milieu, pour un élément anatomique, surtout pour le sang, c'est la mort. Le sang ne colonise pas. Robin admet la métamorphose et la destruction du sang épanché; Cornil et Ranvier également.

M. Le Fort. En général, M. Verneuil a raison; mais n'est-il pas possible que le sang reste, dans certains cas, avec des caractères normaux en apparence; c'est surtout dans les anévrysmes et dans les articulations que se rencontre, au bout de quelques années, du sang paraissant normal.

— M. Panas présente, au nom de M. Brière (du Havre), une observation d'ectropion guéri par un procédé spécial.

— M. Le Fort présente une observation de tuberculisation des organes génitaux chez la femme. La malade perdait ses urines involontairement, à cause d'une perforation de la cloison vésico-vaginale.

A la partie profonde du vagin on trouva un petit orifice qui permettait à l'urine de passer. La vessie était également perforée du côté du bassin.

Société de biologie.

SEANCE DU 25 NOVEMBRE 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

ÉPIDÉMIE DE TÉTANIE: M. MAGNAN. — EXCITABILITÉ DES NERFS LARYNGIÉS: M. CHARCOT. — CAS DE SIDAÉTON A LA SUITE DE TOUX: M. GELLÉ. — PROCÉDÉS POUR DOSER L'URÉE DANS LE SANG: MM. PICARD ET YVON. — TUMEURS PLACENTAIRES: M. OTTENIER. — ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT: M. JOUSSET.

M. Magnan fournit de nouveaux renseignements sur l'épidémie de tétanie dont a parlé M. Regnard dans la dernière séance. En résumé, le premier cas remonte au mois de mai 1876; depuis cette époque, les cas se sont succédés; mais c'est surtout dans ces derniers temps que l'épidémie a revêtu une marche grave. L'école dans laquelle les cas se sont manifestés contient 115 petites filles; à côté est une école de garçons; plusieurs autres établissements existent dans la même localité et à peu près dans les mêmes conditions hygiéniques. Ces prémisses étaient nécessaires pour bien saisir la marche du mal et comprendre l'étiologie.

Sans entrer dans le détail des cas particuliers, nous ferons cependant remarquer que tous ont été relativement légers, et que presque tous ont débuté pendant la réunion des enfants, et enfin que presque toutes celles qui ont été atteintes étaient dans un état de surexcitation morale prononcée. A chaque nouvelle petite fille atteinte, 11 et 14 dans une même journée, les cris se renouvelaient et la crainte envahissait ses compagnes.

Au commencement du mois de novembre, les cas, jusque-là isolés, deviennent plus fréquents, et presque aussitôt le bruit se répand dans la ville qu'il y a là une influence surnaturelle, « qu'un sort a été jeté sur l'école. » C'est après avoir entendu répéter de pareils propos, qui dans leurs familles, qui dans la rue, que les petites filles se rendent à l'école. Elles y arrivent sous l'impression d'une crainte non raisonnée, elles sont dans les meilleures conditions, si je puis m'exprimer ainsi, pour entrer en convulsion au moindre prétexte. Eh bien, cette cause, elles la trouvent, une de leurs compagnes est prise, puis une autre, et tout naturellement le mal doit faire des progrès, puisque la rumeur publique trouvant son aliment devient de plus en plus persistante. Dans ces conditions, l'autorité fait fermer l'école, les enfants

rentrent dans leurs familles, plus de vie commune, plus de contact, et partant plus de tétanie.

Il paraît donc bien résulter d'une étude attentive de la marche de l'épidémie, qu'il s'agit dans ce cas de convulsions par imitation; qu'elles sont de tous points comparables à celles des grandes épidémies du moyen âge et du xviii^e siècle, mais heureusement sur une plus petite échelle. Rien n'y manque en effet, le sexe, le rassemblement, l'impression morale et le surnaturel pour achever le tableau. Il ne paraît pas douteux que c'est à la décision rapidement prise de fermer l'école qu'on doit attribuer la cessation du mal.

Mais il est important de remarquer qu'en plein xviii^e siècle, aux portes de Paris, la superstition est encore assez puissante, assez enracinée, pour chercher l'explication d'un mal surnaturel dans des hypothèses plus ou moins absurdes et trouver facilement créance chez toute une population.

— M. Charcot rappelle, à propos des faits de sidérations après accès de toux, dont il a parlé dans la précédente séance, des expériences de M. P. Bert sur l'électrisation du bout central du nerf vague, dans lesquelles ce dernier a obtenu des sidérations analogues, parfois même la mort.

M. Gellé rapporte le cas d'un homme qui eut cinq ou six accès semblables à ceux d'un M. Charcot, entre l'âge de soixante-neuf ans et sa mort survenue trois ans plus tard; il mourut d'une broncho-pneumonie.

— M. Picard indique un nouveau procédé pour doser l'urée dans le sang, en ne prenant qu'une très-petite quantité de sang.

M. Yvon a modifié le procédé usuel de manière à pouvoir obtenir un dosage avec une petite quantité de sang. Il a fait de nombreux dosages, et voici quelques résultats: il a toujours trouvé une différence entre la quantité du sang contenu dans le côté malade et celle contenue dans l'urée du côté sain dans les hémiplegies.

— M. Ottenier a examiné anatomiquement les tumeurs placentaires présentées à la Société (voy. Gazette hebdom., février 1876) par M. Coudereau. Ces tumeurs sont deux cotylédons anormalement développés, dont les vaisseaux sont atrophiques, surtout les capillaires.

— M. Jousset présente à la Société un produit foetal trouvé par hasard au sein des membranes après l'expulsion d'un enfant bien constitué. Il s'agit d'une sorte de sac contenant des viscères sans appendices. La peau qui l'enveloppe paraît bien développée, elle présente des poils par place.

H. CROUPPE.

REVUE DES JOURNAUX

De l'ataxie locomotrice syphilitique, par le docteur A. FOURNIER.

Dans une de ses dernières leçons, M. Fournier a exposé une série de faits d'après lesquels on peut considérer l'ataxie locomotrice progressive comme entièrement liée à la syphilis.

Sur 30 cas d'ataxie locomotrice progressive observés par l'auteur depuis quelques années, 24 fois la syphilis figurait dans les antécédents. Sur 11 ataxiques, M. Féréol en compte 5 qui ont eu la syphilis d'une façon certaine, 1 qui l'a eue probablement et 4 qui l'a eue peut-être. M. Sirey avance que 8 fois sur 10 la syphilis existe dans les antécédents des ataxiques. M. Fournier a recueilli 80 cas d'ataxie locomotrice développés chez des syphilitiques.

L'ataxie syphilitique, au point de vue clinique, se traduit par l'ensemble des troubles de l'ataxie vulgaire, mais elle ne se produit pas toujours isolément. On l'a vue s'associer à d'autres symptômes du système nerveux, consécutivement à une hémiplegie ou à une paraplégie spécifique, par exemple.

M. Fournier arrive aux conclusions suivantes : 1^o une ataxie étant donnée, il faut rechercher avec soin si la syphilis ne figure pas comme antécédent ; 2^o la syphilis constatée, ou seulement soupçonnée, l'indication formelle est de prescrire le traitement de la diathèse. (*Annales de dermatologie et de syphilitographie*, vol. VII, n^o 3 et 6.)

De l'iodeur d'amidon et de son emploi dans la thérapeutique des empoisonnements, par le professeur BELLINI (de Florence).

Après avoir rappelé que l'iodeur d'amidon, découvert en 1837 par Gauthier et Collin, a été employé en thérapeutique par Bouchardat et Quesneville, l'auteur appelle l'attention sur les propriétés de cet agent comme antidote chimique et comme moyen susceptible d'éliminer de l'organisme quelques composés métalliques qui s'y sont accumulés. Voici les conclusions du savant italien :

1^o Dans l'empoisonnement produit par le soufre, l'iodeur d'amidon présente les moindres inconvénients et en même temps les plus grands avantages sur les autres antidotes qui ont été proposés et employés ;

2^o Dans l'empoisonnement produit par les alcalis caustiques et par l'ammoniaque, l'iodeur d'amidon doit être employé alors seulement qu'on l'aura sous la main ou lorsqu'il faudra du temps avant d'avoir les boissons acides ;

3^o Dans l'empoisonnement produit par les alcaloïdes où on a proposé la teinture d'iode iodurée, l'iodeur d'amidon ioduré doit être préféré, parce qu'il est moins irritant ;

4^o Dans l'empoisonnement mercurielle et saturnine, l'iodeur d'amidon peut être administré comme moyen d'épuration et d'élimination au même titre que les iodures, bromures, chlorures et hyposulfites alcalins ;

5^o Dans tous les cas d'empoisonnement que j'ai mentionnés, il est nécessaire, peu de temps après avoir administré le contre-poison, de faire vomir les malades, afin de hâter l'issue du poison et des produits de sa décomposition. (*Bulletin de thérapeutique*, 15 novembre 1876.)

Névrome du sphère externe, ablation et guérison, par le docteur LÉPORA.

La malade, âgée de cinquante ans, présente d'abord les symptômes d'une névralgie des rameaux interne et externe du nerf sphère externe. Un examen plus minutieux fit percevoir, par la palpation, l'existence d'une petite tumeur de forme ellipsoïde, de la grosseur d'un œuf de pigeon, mobile sous la peau, et dont la pression réveillait ou exaspérait les douleurs. La tumeur était située sur le trajet de la racine interne du nerf sphère externe.

Le chirurgien pratiqua l'ablation de la tumeur après avoir injecté sous la peau deux centigrammes de chlorhydrate de morphine. Grâce à cette précaution, l'opération fut simple et peu douloureuse, les sections nerveuses furent pratiquées à un centimètre au-dessus et au-dessous du névrome ; les lèvres de la plaie furent rapprochées et, trois jours après, la cicatrisation était parfaite.

L'ablation de la tumeur amena la disparition complète des accès douloureux, mais la malade éprouva quelques troubles de la motilité et de la sensibilité, puis elle éprouva, chaque soir, à heure fixe, une sensation de fourmillement très-désagréable. Le sulfate de quinine fut administré et produisit les meilleurs résultats. La guérison était complète dix jours après l'opération. (*Gazette médicale de Bordeaux*, 5 novembre 1876.)

Emploi thérapeutique de l'ailante, par le docteur DUDGEON (de Pékin).

L'auteur appelle l'attention sur les propriétés de l'ailante (*Ailantus glandulosa*) qui figure depuis plusieurs siècles dans la série des médicaments indigènes de la Chine. Les ouvrages

chinois de matière médicale en recommandent l'usage comme antidote dans les empoisonnements par le cuivre et l'arsenic. Son emploi est également indiqué dans la thérapeutique indigène, dans la diarrhée, la chute du rectum, la gonorrhée, la leucorrhée et les hémorrhagies.

L'ailante est très-astringent, d'un goût amer et d'une odeur assez désagréable. Il a été récemment employé avec succès par un médecin français de Pékin, M. Dugat, dans la dysenterie. Un grand nombre de médecins de la marine anglaise et française ont suivi cet exemple et ont obtenu d'excellents résultats. (*Med. Times and Gazette*, 28 octobre 1876.)

Observations d'empoisonnement par le vin fuchsine, par le docteur MARISSÉ.

L'auteur rapporte en détail quelques observations dans lesquelles l'usage continu du vin fuchsine a produit des accidents variables chez cinq personnes de la même famille. Voici la nature des symptômes observés chez un des malades : coliques stomacales et intestinales, digestions pénibles, selles nombreuses, boutons à la langue, besoins fréquents d'uriner, sensation de brûlure de la bouche et de l'estomac, teinte bilieuse de la conjonctive et de la peau, prurit.

Tels sont les symptômes observés chez cinq personnes qui ont bu, pendant huit à neuf mois, un vin dans lequel une analyse sérieuse a fait découvrir de la fuchsine arsenicale. L'auteur n'hésite pas à attribuer ces accidents à la fuchsine ; l'analogie des symptômes, l'amélioration rapide qui a suivi l'abandon du vin suspect, sont en effet de nature à entraîner la conviction ; mais il attribue surtout les symptômes à la présence de l'arsenic. (*Bordeaux médical*, 21 novembre 1876.)

BIBLIOGRAPHIE

Guide pratique pour servir à l'examen des caractères que doivent présenter les préparations officielles inscrites au Codex, par MM. LEPAGE et Ch. PATRIOUILLARD. — Paris, Asselin.

Ce livre est divisé en deux parties distinctes : la première est consacrée à l'examen des caractères des médicaments composés spécialement pharmaceutiques ; la seconde à l'examen des produits chimiques. Il semble plutôt destiné aux personnes chargées de l'inspection des pharmacies, aux médecins, qui ont besoin de faire provision de médicaments tout préparés pour les délivrer à leurs clients là où il n'y a pas d'officine ouverte, qu'aux pharmaciens, dont le devoir est d'exécuter eux-mêmes, avec des matières premières dont ils ont reconnu la pureté parfaite, toutes les préparations officielles inscrites au Codex français ; cependant il peut rendre à ces derniers, dans un assez grand nombre de cas, d'utiles services.

Les auteurs ont reproduit, surtout dans la première partie du *Guide*, le résultat de recherches personnelles qui leur ont valu d'honorables distinctions ; ils se sont attachés à décrire des procédés rapides, pratiques, faciles à mettre en œuvre à l'aide de quelques réactifs dont la liste se trouve au début de l'ouvrage, même par des expérimentateurs médiocrement exercés aux manipulations pharmaceutiques ou chimiques.

Veut-on, par exemple, reconnaître si du cérat est consciencieusement préparé à l'aide de la cire d'abeilles et non avec de la cire végétale ou de la stéarine, on se sert « du chloroforme, qui donne avec le cérat à la cire végétale ou à la stéarine un sôluté à peu près transparent, tandis qu'avec le cérat à la cire d'abeilles il reste toujours à la surface du dissolvant une épaisse couche blanche insoluble ».

L'essai d'un médicament très-important, l'extrait d'opium,

n'est guère plus long ni plus difficile : « 5 centigrammes de cet extrait de bonne qualité en dissolution dans 25 grammes d'eau distillée doivent donner une liqueur qui se trouble d'une manière très-manifeste par l'iode cadmi-potassique (1), et qui laisse déposer, au bout de quelque temps, un volumineux précipité. Si la liqueur ne faisait que *toucher* sans donner de précipité, cela indiquerait que l'opium qui a servi à préparer l'extrait était pauvre en morphine; il ne faudrait pas l'accepter, etc. »

Nous pourrions multiplier les citations, il suffira d'indiquer les articles principaux du livre : Essai du baume tranquille et constatation dans les huiles médicinales analogues de la présence d'alcaloïdes; eaux distillées, réactif de celles-ci; essai rapide des extraits aqueux ou alcooliques contenant des alcalis organiques; appréciation de la qualité du laudanum de Rousseau, de celui de Sydenham, des gouttes noires anglaises; essais du miel rosat, de la pomnade mercurielle, de celle de peuplier, de diverses poudres, de différents sirops simples ou composés, des teintures alcooliques, des vins médicinaux, etc.

La seconde partie de l'ouvrage de MM. Patrouillard et Lepage, aussi indispensable que la première, nous a semblé cependant moins intéressante; cela se conçoit, du reste, facilement. Comme il n'est absolument question là que des composés chimiques, on peut trouver dans les traités récents de chimie analytique la description des moyens indiqués pour constater leur pureté; il convient ensuite d'ajouter que l'analyse des combinaisons définies de la chimie minérale et de la chimie organique est bien mieux connue que celle des produits pharmaceutiques très-complexes dont se sont occupés seulement quelques hommes spéciaux.

Nous avons remarqué avec plaisir que les auteurs ont évité d'indiquer, à propos de chaque objet, un trop grand nombre de procédés; ils ont toujours choisi celui qui leur a paru être le meilleur et le plus rapide. Cette louable discrétion leur a épargné la peine de faire imprimer un gros livre et n'a nui en rien à la clarté de celui qu'ils ont publié et qui est essentiellement pratique. C'est principalement à ce titre que nous le recommandons aux médecins des villes, et surtout à ceux des campagnes, aux pharmaciens et aux membres des commissions d'hygiène, chargés des visites annuelles des pharmacies.

A. VIDAU.

Index bibliographique.

GRAVELLE URINAIRE; DE SON TRAITEMENT PAR LES EAUX MINÉRALES, par le docteur GÉRARD DELFAU. In-8 de 40 pages.—V. A. Delahaye et C^e, Paris, 1876.

Le mémoire de M. Delfau a un caractère médical et scientifique qu'on ne trouve pas toujours dans ces travaux destinés à faire connaître une station balnéaire; la meilleure preuve que nous en puissions donner c'est que, tout en faisant ressortir les avantages des eaux de Capvern, l'auteur sait faire la part des autres stations. Ce n'est donc pas une pure réclame, c'est une brochure à laquelle le médecin pourra recourir avec fruit quand il voudra faire choix d'une station pour un malade atteint de gravelle urinaire, c'est pour ce motif surtout que nous tenons à la signaler à nos lecteurs.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES HÉMORRHOÏDES ET EN PARTICULIER DE LA DILATATION FORCÉE, par le docteur Jean-Valère CRISTOFARI. In-8 de 41 pages.—V. A. Delahaye et C^e, Paris, 1876.

L'auteur, par des observations nombreuses et bien prises, cherche à établir que :

La contracture du sphincter anal joue un très-grand rôle dans la pathogénie des hémorrhoides; cette contracture plus fréquente qu'on ne le croit est la cause de la constipation, et provoque les douleurs qui précèdent et suivent les garderobes. Dans certains

cas elle existe sans douleurs. En faisant cesser la contracture, on supprime les symptômes douloureux et on peut même guérir les hémorrhoides. Le meilleur moyen d'atteindre ce but est de pratiquer la dilatation forcée.

CONTRIBUTION A L'HISTOIRE DE L'HÉMORRAGIE CONSÉCUTIVE A L'EXTRACTION DES DENTS, par le docteur don LOUIS LUIGI. In-8 de 52 pages.—V. A. Delahaye et C^e, Paris, 1876.

L'auteur, dans une première partie de son travail, cherche à montrer que l'hémorrhagie est, dans certains cas, une véritable complication, qu'il faut donc (*sauvent lui?*) n'avoir recours à l'extraction que quand il est absolument impossible de ne pas la faire.

La seconde partie est consacrée à l'étude du traitement de ces hémorrhagies. M. Luigi conseille :

De rechercher la cause de l'hémorrhagie et de bien s'assurer qu'elle n'est pas sous l'influence d'une cause générale qu'il faudrait d'abord combattre. S'abstenir de cautérisation au fer rouge chez les hémophiles, chez eux diminuer la tension artérielle;

Comme traitement local, de bien débarrasser l'alvéole des corps étrangers, puis exercer une compression digitale légère en interdisant au malade les mouvements de succion. S'il est nécessaire, unir le tamponnement à la compression. Comme traitement interne : sulfate de quinine, lavements laxatifs et purgatifs légers.

DE LA TÊTE DU FŒTUS AU POINT DE VUE DE L'OBSTÉTRIQUE. RECHERCHES CLINIQUES ET EXPÉRIMENTALES, par M. le docteur P. BUDIN. Grand in-8 de 140 pages avec XXXVII planches.—O. Doin, Paris, 1876.

Le mémoire de M. Budin est une monographie complète des rapports de la tête du fœtus avec l'acte de la parturition. Qu'on se reporte en effet à chaque chapitre, et on verra que partout la question est traitée en entier. Dans un historique très-conscientieux et très-clair, l'auteur reproduit les recherches qui ont été faites avant lui et qui presque toutes sont éparées çà et là dans les divers travaux écrits sur les accouchements; c'est donc un premier mérite de M. Budin de les avoir condensés et de s'être rendu pour ainsi dire propres des recherches faites avant lui.

Il étudie ensuite les divers diamètres de la tête du fœtus et indique les procédés mis en usage pour les obtenir aussi rigoureusement que possible. Il fait voir que par des tracés graphiques construits au moyen de ces diamètres on peut arriver à se faire une idée très-rigoureuse de la tête du fœtus. Après l'accouchement la tête conserve pendant quelque temps les déformations qu'elle a subies en traversant la filière du bassin; l'étude de ces déformations, qui peut servir à faire un diagnostic rétrospectif, a donc un intérêt réel; on doit être reconnaissant à M. Budin d'avoir minutieusement étudié cette partie de la question. A ce chapitre sont joints des tableaux très-détaillés, servant à résumer un très-grand nombre de cas et où les personnes qui voudraient faire des études sur ce sujet trouveront une mine des plus riches. L'auteur ne se borne pas à l'étude aride des faits, mais il envisage à part un point de vue plus philosophique, en montrant quel est le mécanisme de ces déformations et pourquoi elles se font d'après une règle absolue. Cette étude entraîne à une description anatomique très-intéressante des os et des sutures dans la tête du fœtus.

La seconde partie du mémoire est consacrée à des recherches expérimentales sur le mode de passage de la tête dans le bassin. Ces expériences peuvent se diviser en plusieurs groupes :

1^o Comment passe la tête dans les bassins rétrécis, et quelles sont les conditions les plus favorables à sa sortie;

2^o Déformations de la tête et modifications qui subissent ses diamètres pendant les opérations. L'auteur joint à ce groupe la description minutieuse des procédés qu'il a employés;

3^o Mensurations prises sur quelques têtes de fœtus nées à diverses époques de la vie intra-utérine.

Ajoutons que les trente-sept planches que l'auteur joint à son mémoire permettent en quelque sorte de vérifier *de visu* toutes ses conclusions.

VARIÉTÉS,

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — La chaire de chimie médicale à la Faculté de médecine est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à dater de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

(1) Pour préparer ce réactif, on fait dissoudre dans 50 grammes d'eau distillée 2^{gr},50 d'iode de potassium et 2^{gr},80 d'iode de cadmium.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le doyen de la Faculté de médecine informe MM. les étudiants que les consignations pour leurs examens auront lieu de la façon suivante : Pour le premier examen du doctorat, jusqu'au 15 avril; pour le deuxième, jusqu'au 1^{er} mai; pour le troisième, jusqu'au 15 mai; pour le quatrième, jusqu'au 1^{er} juin; pour le cinquième, jusqu'au 15 juin. Passé la date et les délais désignés, aucune consignation ne sera admise. Néanmoins, les étudiants refusés à l'un de ces examens, antérieurement aux dates fixées plus haut, seront autorisés à se présenter devant les jurys d'examen avant la fin de l'année scolaire.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. Ranvier, professeur d'anatomie générale au Collège de France, commencera son cours le mardi 5 décembre, à trois heures et demie, et le continuera le mardi et le jeudi à la même heure. Il traitera de l'*histologie du système nerveux*.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — M. Dupont, suppléant des chaires de chimie et d'histoire naturelle à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, est nommé suppléant des chaires de chimie et d'histoire naturelle à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours. M. Dupont est nommé, en outre, chef des travaux chimiques à ladite École.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'ARRAS. — M. Leviez, professeur d'anatomie et de physiologie, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1876-77, par M. Leclercq, suppléant des chaires d'anatomie et physiologie à ladite École. M. Segard, suppléant des chaires de chimie et de pharmacie, est nommé professeur adjoint de matière médicale, en remplacement de M. Brégeant, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite. M. Lescarot, professeur adjoint de pathologie externe, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

CONCOURS A L'ÉCOLE VÉTÉRINAIRE DE TOULOUSE, POUR LA NOMINATION D'UN PROFESSEUR D'ANATOMIE, DE PHYSIOLOGIE ET DE ZOOLOGIE. 6 NOVEMBRE 1876. — La place laissée vacante à l'École vétérinaire de Toulouse par la nomination de M. Arloing à l'École vétérinaire de Lyon, a été disputée par deux concurrents distingués, MM. Toussaint et Lalanité, chefs des travaux anatomiques, le premier à l'École vétérinaire de Lyon, le second à l'École de Toulouse. Le concours s'est terminé par la nomination de M. Toussaint. Parmi les six épreuves subies par les candidats, la quatrième consistait en exercices pratiques d'histologie et expériences de physiologie. Cette épreuve a mis en relief l'habileté opératoire de M. Toussaint, et ses qualités comme expérimentateur. Il s'agissait de démontrer sur le cheval, à l'aide de la cardiographie, l'influence de la section et de la galvanisation du pneumogastrique sur le cœur. Les concurrents devaient disposer les appareils enregistrateurs, faire l'opération et conduire l'expérience, c'est-à-dire montrer qu'ils étaient familiers avec les exercices du laboratoire et de l'amphithéâtre, expérimentateurs et chirurgiens. L'épreuve ordinaire de médecine opératoire s'est trouvée ainsi heureusement remplacée par une séance complète de recherche physiologique.

ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES. — Par décision ministérielle du 5 octobre, notre distingué collaborateur, M. le docteur François Cranchon, a été nommé directeur-adjoint du laboratoire de physiologie de l'École pratique des hautes études.

M. CHEVREUL. — Le 15 novembre, un banquet a été offert par l'Académie des sciences et les chimistes de Paris, chez Bignon, dans les salons du café Riche, à M. Chevreul, pour le cinquantième anniversaire de sa nomination comme membre de l'Académie. M. Chevreul a eu quatre-vingt-dix ans à la fin du mois d'août. (*Journal d'agriculture*.)

HÔPITAL DU MIDI. *Leçons sur la syphilis*. — M. le docteur Charles Mérieux reprendra ses leçons cliniques le jeudi 30 novembre, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les jeudis suivants à la même heure. Chaque leçon sera suivie d'instructions pratiques sur le traitement des maladies vénériennes.

MALADIES DES YEUX. — M. le docteur Landolt commencera le samedi 2 décembre, à sa clinique, 5, rue du Pont-de-Lodi, son cours public, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

COURS DE DÉMOGRAPHIE ET DE GÉOGRAPHIE MÉDICALE. — Le docteur Bertillon commencera ce cours le samedi 2 décembre à trois heures, à l'École pratique (au rez-de-chaussée, amphithéâtre n° 3), et le continuera le mardi et le samedi de chaque semaine, à la même heure et dans le même amphithéâtre. Ce cours qui, pour des motifs que nous ignorons, n'a pas figuré dans le programme général récemment publié (*Gaz. heb.*, n° 43), mais que nous avions annoncé, complètera heureusement une série de cours qui ont pour objet la science de l'homme, dont la démographie et la géographie médicale sont des compléments indispensables. Il est singulier qu'il n'ait pas lieu dans le même local que les autres cours.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort d'un élève distingué des hôpitaux, M. de Moléux. Cet élève, qui subissait brillamment les épreuves de l'internat, a succombé à une angine diphthérique. Son maître, M. le docteur Guérin, s'est fait l'interprète de tous en prononçant sur sa tombe quelques paroles émus, et en rappelant qu'il était une victime du devoir de notre profession.

— M. le docteur Moura nous prie d'annoncer que, par suite d'expiration, son domicile est transféré rue de la Chaussée-d'Antin, 37.

État sanitaire de Paris :

Du 23 au 29 novembre 1876, on a constaté 965 décès, savoir : Variole, 5. — Rougeole, 12. — Scarlatine, 1. — Fièvre typhoïde, 103. — Erysipèle, 4. — Bronchite aiguë, 30. — Pneumonie, 59. — Dysentérie, 0. — Diarrhée cholériforme des enfants, 2. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 12. — Croup, 36. — Affections puerpérales, 1. — Autres affections aiguës, 219. — Affections chroniques, 399, dont 118 dus à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 55. — Causes accidentelles, 27.

SOMMAIRE. — PARIS. Société médicale des hôpitaux : La fièvre typhoïde à Paris pendant les derniers mois de l'année 1876. — Anatomie de médecine : Localisation cérébrale. — Diverses communications. — TRAVAUX ORIGINAUX. Physiologie pathologique : De la dégénérescence lysique des reins. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Académie de médecine de Belgique. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — REVUE DES JOURNAUX. De l'axiome leucostictie syphilitique. — De l'indure d'axillon et de son emploi dans la thérapeutique des empoisonnements. — Névrose du sphincter externe. — Emploi thérapeutique de l'ailante. — Observations d'empoisonnement par le vin fucelisé. — BIBLIOGRAPHIE. Guide pratique pour servir à l'examen des caractères qui doivent guider les préparations officinales inscrites au Codex. — Index bibliographique. — VARIÉTÉS.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

- Traité pratique des maladies des oreilles et de leur traitement*, précédé d'une étude anatomique et physiologique de ces organes; de l'otométrie, par le docteur Doland. 2^e édit., entièrement revue et augmentée. 1 vol. in-8 de 680 pages. Paris, G. Masson. 9 fr.
- Quelques remarques sur les calculs vésicaux et la manière de les opérer à la clinique chirurgicale de Kazan*, par le docteur Beketov. in-8 avec fig. dans le texte et 1 pl. en couleur. Paris, G. Masson. 5 fr.
- Manuel de pathologie et de clinique chirurgicale*, par MM. A. Jamin et F. Terrier. 3^e édit. 4 fort vol. gr.-in-8. Paris, Gervier Baillière et Co. 8 fr.
- Manuel d'histologie pathologique*, par MM. Y. Cornil et L. Rauvrier. 3^e et dernière partie. 1 fort vol. gr.-in-8, avec 133 fig. intercalées dans le texte. Paris, Gervier Baillière et Co. 7 fr.
- L'ouvrage complet, en 2 volumes. 16 fr.
- Études histologiques, physiologiques et cliniques sur la transfusion du sang*, par le docteur Oré. 2^e édit., 1876. in-8 de 764 pages, avec pl. et fig. Paris, J.-B. Baillière et fils. 10 fr.
- Traité du diabète, diabète sucré, diabète insipide*, par le docteur Lecorché. 1 vol. in-8 de 703 pages. Paris, G. Masson. 10 fr.
- Traité de la diphthérie*, par le docteur A. Sanné. 1 vol. in-8 de 634 pages et 4 pl. Paris, G. Masson. 10 fr.
- Physiologie expérimentale, école pratique des hautes études, travaux du laboratoire de M. le professeur Marey*. Année 1876 (tome II). 1 vol. in-8 avec 198 fig. Paris, G. Masson. 15 fr.
- L'ensemble correspond à l'année 1875.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 7 décembre 1876.

DES PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES DE L'ACIDE SALICYLIQUE. —
ORGANISATION DES SERVICES HOSPITALIERS DE L'ARMÉE. —
OVARIOTOMIE : M. KEBERLE.

Des propriétés thérapeutiques de l'acide salicylique.
(Cinquième article.)

Les observations se sont tellement multipliées, depuis deux ans, et surtout depuis six mois, sur l'emploi de l'acide salicylique, qu'il semblerait *a priori* facile de poser un certain nombre de conclusions résumant avec précision les conditions d'emploi de l'acide salicylique; il n'en est malheureusement pas ainsi, et nous allons expliquer les difficultés que présente cette étude. Dès le début des applications de cet agent à la thérapeutique, on l'a employé sous des formes très-variées, en l'associant avec des substances qui, tout en le rendant plus soluble, le transforment en salicylate; c'est ainsi que le phosphate de soude, le bicarbonate de soude, le citrate d'ammoniaque, transforment l'acide salicylique en salicylate de soude, salicylate d'ammoniaque; il est donc nécessaire, pour éviter toute confusion, de ne tenir compte que des cas où l'acide salicylique est employé pur de tout mélange pouvant le modifier, c'est ce que nous ferons. Une autre source de difficultés qui se rencontre d'ailleurs dans l'examen de toute médication nouvelle, a son origine dans l'impossibilité d'exposer les résultats sous une forme statistique, parce que nous sommes loin de connaître tous les essais qui ont été faits, que souvent les observations sont incomplètes, et que d'ordinaire les succès ne sont pas publiés. Si donc nous énumérons les observations et comptons les observations, c'est à titre de renseignements. Nous étudierons ainsi l'emploi de l'acide salicylique comme médicament antipyrétique dans le rhumatisme, dans la fièvre intermittente et dans la fièvre typhoïde; puis nous signalerons les affections dans lesquelles il a été employé comme antipyrétique et antiseptique, et enfin nous passerons en revue les usages de cet acide comme moyen de pansement antiseptique, et nous terminerons par des indications pharmacologiques.

Les recherches les plus nombreuses sur l'emploi de l'ACIDE SALICYLIQUE DANS LE RHUMATISME ont été faites en Allemagne, par Riess (*Berliner Klinische Wochenschrift*, n° 50-51, 1875); 14 cas de rhumatisme, par Hildebrand (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, n° 7, 1876), par Stricker (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1876, n° 1-2) étude de 14 cas de rhumatisme à la clinique de Traube; par Bardenheuer; 5 cas étudiés dans le service d'Oberneier, à Bonn (*Berliner Klin. Wochenschr.*, 1876, n° 26); Schumacher a suivi la méthode de Stricker dans 5 cas (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1876, n° 18); Schultze à la clinique de Friedreich a recueilli 10 observations (*Memorabilien für*

praktische Aertze, 1876, p. 162); Gräffner rapporte 21 cas (*Deutsche zeitsch. für prakt. medic.*, n° 23, 1876); enfin Wunderlich a publié (dans les *Archiv f. Heilkunde*, 5^e Heft, août 1876) une observation remarquable de tétanos rhumatisal guéri par l'acide salicylique. Nous laissons de côté un certain nombre de faits dans lesquels on a donné tantôt l'acide salicylique, tantôt le salicylate de soude.

En Angleterre, nous citerons Broadbent (*The Lancet*, 1876, n° 15), 4 cas de rhumatisme; Jacob et Heaton (*The Lancet*, 1876, 19 août), 4 cas; Richardson, 4 cas, dont l'un accompagné d'accidents (*Philadelphia medical Times*, 13 mai 1876); Towle, Hodgkins, Huse, 7 cas (in *The Boston medic. a. surgical Journal*, 25 mai 1876); et W. Page (*The medical record*, n° 296, p. 453), 2 cas où la médication n'a pas eu d'effet.

En France, Garcin a publié dans le JOURNAL DE THÉRAPEUTIQUE (n° 19, 10 octobre) un cas de rhumatisme traité sans résultats précis; Barety a été plus heureux dans 2 cas de rhumatisme (*Nice medical*, n° 1).

Ces observations constituent un ensemble de près de 100 cas de rhumatismes traités par l'acide salicylique, et dans lesquels on ne peut constater qu'un seul fait d'accidents graves ou considérés comme tels (Richardson), et il est d'autant plus exceptionnel que dans un cas 22 grammes ont été administrés par erreur (Stricker) sans produire de phénomènes d'intoxication. Dans un grand nombre de faits, il y a eu des récidives, mais aussitôt qu'on a donné de nouveau le médicament, l'amélioration s'est de nouveau produite.

Quelques exemples feront comprendre comment quelques observateurs, comme Stricker, ont pu adopter la médication par l'acide salicylique avec une sorte d'enthousiasme. En effet, les résultats qu'il a constatés à la clinique de Traube sont remarquables: dans 14 cas de rhumatisme articulaire aigu, les douleurs, la fièvre sont diminués, l'amélioration est presque immédiate, en 48 heures, avec un demi-gramme par heure, la dose de 5 à 15 grammes est suffisante pour établir la convalescence. Bardenheuer (à Bonn) guérit 5 rhumatisants avec les doses et dans la durée qui suivent: 11 grammes en 3 jours; 15 grammes en 3 jours; 20 grammes en 4 jours; 9^{gr},5 en 2 jours; 7^{gr},5 en 2 jours. Gräffner obtient des résultats presque aussi encourageants: sur 15 rhumatismes aigus 7 guérissent en 2 ou 3 jours avec des doses de 1 gramme par heure; 8 offrent des récidives, mais celles-ci cèdent à de nouvelles doses du médicament. Si nous recherchons les observations défavorables, nous trouvons: 2 cas de Page, où le rhumatisme a duré 15 jours, 1 mois, malgré l'emploi de fortes doses d'acide salicylique; 1 cas de M. Garcin, où cet agent n'a pas paru agir; enfin ce cas de Richardson dont il a été beaucoup parlé et auquel on a attribué une importance exagérée, à notre avis. L'acide salicylique ne paraît pas empêcher le développement de l'endocardite lorsque celle-ci est déclarée avant le traitement (Heaton et Jacob, Stricker), mais

il a paru modifier une péricardite qui s'était produite au début du traitement (Stricker).

En résumé, les observations de rhumatisme traité par l'acide salicylique tendent à prouver que des doses de 50 centigrammes à 4 grammes administrées d'heure en heure ou de deux heures en deux heures amènent, au bout de 24 à 48 heures, une amélioration très-notable, surtout la cessation des douleurs et la diminution de la fièvre et de la température. Avec des doses totales de 9 à 20 grammes en 3 ou 4 jours, la guérison s'établit. Il importe toutefois de surveiller attentivement le pouls et la température, de cesser le traitement lorsqu'apparaissent des bourdonnements d'oreille, de l'anxiété, des irrégularités du pouls, sauf à recommencer le traitement s'il y a des récidives; mais, dans tous les cas, avec des doses de 50 centigrammes à une et à deux heures d'intervalle on évitera une action trop prompte de l'acide salicylique.

L'acide salicylique a été employé dans le traitement de la fièvre typhoïde, plus particulièrement en Allemagne; nous citerons les travaux de Jahn (*Der Feldarzt*, n° 1, 1876, et *Deutsche Archiv f. Klinische Medicin*, 17 novembre 1876), de Schröder, de Saint-Petersbourg (*Deutsche Archiv f. Klin. medicin.*, 17 nov. 1876), de Goldammer (*Berliner Klin. Wochenschrift*, n° 4, 1876), de Wolfberg (*Deutsch. Archiv f. Klin. med.*, vol. XVI), de Fischer (*Deutsch. Zeitsch. f. Prakt. medic.*, n° 13, 1875), et en France les observations de Garcin (*Journ. de therap.*, n° 19, 1876). Le nombre des cas observés est assez considérable, en effet; Fischer compte 23 cas, Garcin 11, Jahn 39, Goldammer 56, Schröder 211.

Nous résumons les particularités les plus intéressantes de ces travaux au point de vue de la mortalité: Fischer accuse 9 morts sur 23, soit près de 39 pour 100, ce qui serait considérable si la proportion ne concernait que les cas les plus graves; Garcin sur 11 cas compte 2 morts, soit 18 pour 100, chiffre encore élevé; Goldammer sur 56 cas a noté 14 morts, soit 25 pour 100; Schröder sur 211 cas compte 31 morts ou 14,7 pour 100. Jahn a obtenu des résultats plus favorables. En effet, comparant entre eux les cas de typhus exanthématique observés par lui à l'hôpital de Stutgard en 3 années, il trouve en 1872 une mortalité de 30,7 pour 100. En 1874, où l'on employa le traitement par les bains en suivant rigoureusement la méthode de Brandt, la mortalité descendit à 9,5 pour 100, et en 1875-1876 elle n'est plus que de 7,7 pour 100 sous l'action de l'acide salicylique; bien plus, la durée du traitement est singulièrement diminuée: en 1872 elle était de 66 jours en moyenne, en 1874 de 53, et en 1875-76, avec le traitement par l'acide salicylique, elle est bien moindre et ne dépasse pas 37 jours en moyenne.

La plupart des observateurs signalent la diminution de la température, l'abaissement du pouls lorsque l'on arrive à la dose de 1 à 4 grammes d'acide salicylique. Lorsqu'on atteint la dose de 6 à 8 grammes, la respiration se réduit dans la proportion de 12 à 4, la température s'abaisse de 1 à 2 degrés (Schröder, Jahn); mais le médicament doit être administré progressivement, à petites doses, car avec 6 grammes on peut observer le collapsus et des phénomènes toxiques (Fischer). Le mode d'administration est ici fort important, car Wolfberg a vu survenir une hémorragie pharyngée à la suite de l'absorption en poudre, et, de plus, il a observé des ulcérations de l'estomac et du duodénum, qu'il attribue à l'action irritante de l'acide salicylique. Cette observation n'est d'ailleurs pas isolée, car Goldammer a trouvé aussi des ulcérations de l'estomac à l'autopsie d'un homme qui avait pris 12 grammes

d'acide salicylique pur. La plupart des autres observateurs ont constaté, au contraire, dans les autopsies l'absence de lésions de ce genre dans l'estomac; ils prétendent que celles-ci sont dues au mélange d'acide phénique dans l'acide salicylique employé, ou à toute autre cause, Jahn dans 3 autopsies, Garcin dans 2, Fischer dans 9 cas et Schröder dans les cas où l'autopsie a pu être faite.

En résumé, dans le traitement de la fièvre typhoïde l'action antipyrétique semble démontrée; mais elle se produit lentement, elle doit être surveillée; la diminution des battements du cœur constitue une contre-indication, parce qu'elle annonce le collapsus: ici encore les doses doivent être progressives. L'action irritante de l'acide salicylique a été constatée, bien qu'elle semble fort rare, à considérer les faits de Jahn, de Schröder; le médicament aurait une action antipyrétique remarquable; peut-être agirait-il comme antiputride par rapport au tube intestinal; mais les observations moins heureuses de Wolfberg, et même celles de Goldammer, ne semblent pas tout à fait en accord avec une activité thérapeutique aussi certaine et surtout aussi inoffensive que l'on pourrait le conclure, à ne considérer que les faits de Jahn et Schröder.

L'emploi de l'acide salicylique dans la fièvre intermittente a donné des résultats fort variables, ainsi qu'on peut en juger par le résumé des observations principales. Sénator (*Berliner medic. Wochenschrift*, 16 août 1875) sur 10 cas a observé 5 guérisons; Riess (*Berlin. Klin. Wochenschrift*, 50-51, 1875) n'a eu que des effets douteux, il n'a obtenu que 2 guérisons sur 9 cas; Fischer, que nous avons déjà cité, a vu 2 cas de fièvre intermittente guéris après l'administration totale de 14 grammes d'acide salicylique; Hiller (*Deutsch. Archiv f. Klin. medic.*, vol. XVI) a guéri 7 cas simples avec des doses de 22 à 98 grammes, mais dans 5 cas il a échoué avec 100 grammes, et les mêmes malades ont guéri par l'emploi du sulfate de quinine; Pel, à la clinique de Rosenstein (*Deutsch. Archiv f. Klin. medic.*, Bd XVII, 1876), a observé 23 cas de fièvre intermittente traités par l'acide salicylique; dans 10 cas antérieurs 3 ont été guéris; pour les autres, les effets sont nuls ou inconnus; les 13 cas traités à l'hôpital ont donné des résultats très-variables: 2 cas de fièvre quotidienne, 1 cas de fièvre tierce ont guéri; mais dans 5 cas de fièvre quotidienne l'effet n'a été que passager, il a fallu recourir au sulfate de quinine; enfin dans les 6 autres cas, 3 fièvres quartes et 3 fièvres quotidiennes, l'effet a été nul. Ajoutons à ces exemples que les malades se sont souvent plaints de la grande quantité d'eau nécessaire pour leur faire absorber 4 à 16 grammes dans la période apyrétique, l'apparition de troubles gastriques et enfin la longueur du traitement, qui paraît en général dépasser la durée habituelle par le sulfate de quinine. En somme, les résultats obtenus dans ces recherches ne permettent pas de considérer l'acide salicylique comme un succédané qu'on puisse employer avantageusement au lieu et place du sulfate de quinine, dont l'action dans les fièvres intermittentes est bien plus certaine et plus efficace.

Dans la diphthérie, l'acide salicylique peut agir à la fois comme antiseptique et comme antipyrétique; son action est à la fois locale et générale. Les observations ont donné des résultats fort utiles à consulter. Steinitz, de Breslau (*Allgemeine medicin. central Zeitung*, 13 février 1876), a traité par l'acide salicylique 11 cas de diphthérie laryngée chez des enfants et 34 cas de scarlatine avec diphthérie. 10 à 15 doses de 1 à 3 grains suffisent ordinairement pour arrêter le processus diphthérique. Wagner (*Journ. f. praktische Chemie*,

vol. II, 1875) avait déjà signalé 15 cas de diphthérie tous guéris par des doses de 1 à 3 grains toutes les deux heures; Schulz (*Algem. medic. central Zeitung*, 16 février 1876), sur 10 cas de diphthérie traités par l'application locale d'acide salicylique en poudre, n'a eu que 2 succès (2 cas de diphthérie laryngée primitive). Enfin Weber, de Saint-Petersbourg (*Allgemeine medic. central Zeitung*, 25 et 29 mars), rapporte 9 cas de diphthérie grave qui tous ont guéri, et 3 cas de diphthérie scarlatineuse également guéris.

Nous n'insisterons pas sur toutes les applications qui ont été faites des propriétés antiseptiques et antiputrides de l'acide salicylique, car il nous faudrait multiplier des analyses dont la lecture deviendrait trop aride. On comprend que les médecins aient songé à employer l'acide salicylique dans tous les cas où l'acide phénique l'avait été, et ces cas ont été multipliés dans ces derniers temps, à tel point qu'on semble vouloir en créer une branche de spécialisme et de réclames bruyantes. L'acide salicylique offre l'avantage d'être bien moins irritant pour les muqueuses; aussi n'est-on pas étonné de le voir employé dans la bronchite fétide (Da Costa, *Canada Lancet*, 1^{er} mars 1876), chez les phthisiques (Sénator), dans la gangrène pulmonaire, la dysentérie, le muguet (Berthold, de Dresde, in *Deutsch. Archiv f. Klin. medicin.*, Heft 1 et 2, 1876), dans les éruptions de la variole à l'intérieur et à l'extérieur (Trembley), dans le cancer de l'estomac (Foot, *The Dublin medical Journal*, avril 1876), dans les sueurs odorantes des pieds (Berthold, Foot, etc.). Partout où des supurations catarrhales fétides ont lieu et où peut pénétrer la solution d'acide salicylique, il semble qu'on soit autorisé à attendre de cet agent des effets utiles. C'est ainsi que Créde se sert des injections d'acide salicylique dans les écoulements vaginaux; Bezold, Chisholm en ont rapporté les avantages dans le traitement de l'otorrhée. L'acide salicylique a été employé contre le catarrhe de la vessie par Bonaventura Celli (*Il Morgagni*, 1875).

Nous nous arrêtons dans cette énumération pour conclure que l'action locale antiseptique de l'acide salicylique est très-facilement mise en évidence, et nous n'hésions pas à l'employer dans les stomatites, les pharyngites, les angines pulvées, l'ozone, l'otorrhée. Ce sont là plutôt des applications locales et qui nous amèneraient à parler de l'emploi de l'acide salicylique dans les pansements. Mais nous n'avons pas l'intention d'insister sur l'action locale antiseptique de l'acide salicylique. Il nous suffira de rappeler que Thiersch, dont les recherches ont été analysées dans ce journal (*Gaz. hebdom.*, 1875, n° 53), a montré les avantages que présente l'acide salicylique incorporé dans le pansement dit de Lister pour remplacer l'acide phénique, dont l'action est souvent trop irritante sur les tissus; nous ajouterons seulement qu'Opilvie Wille (*The Lancet*, 18 décembre 1875, et *The Medical Press a. Circular*, 21 juin 1876) a généralisé l'emploi de l'acide en solution, en pommade, en poudre, et qu'il l'emploie comme moyen habituel de pansement avec les meilleurs résultats. Enfin, dans un livre tout récent Neudörfer rend compte de la pratique qu'il a suivie dans le traitement des blessures à la clinique de Vienne, où pendant huit mois il a pansé toutes les plaies avec l'acide salicylique en solution ou en poudre. Nous nous réservons, si la discussion se produit sur l'emploi chirurgical de cet agent, de revenir sur ces travaux et sur d'autres analogues, mais nous devons borner ici cette revue des travaux les plus importants concernant l'acide salicylique.

En terminant, nous croyons devoir donner quelques indications sur le mode d'administration du médicament.

A l'intérieur, le mode le plus simple est de faire prendre des doses de 50 centigrammes à 1 gramme d'acide salicylique en poudre dans des cachets Limousin ou dans du pain azyme, comme l'ont fait Stricker, Barety, etc.; ou bien on peut choisir la formule du docteur Fabre, citée par Garcin, et qui est composée ainsi qu'il suit : acide salicylique, 50 centigrammes à 1^{er}, 50; glycérine, 20 à 30 grammes; eau de mélisse, 100 grammes; alcool, quantité suffisante. La glycérine et l'alcool facilitent la dissolution. Chez les jeunes enfants on donnera de 5 à 15 centigrammes toutes les deux heures (Wagner) dans la diphthérie; on pourra pour les enfants plus âgés ajouter un gargarisme composé de : acide salicylique, 1^{er}, 5; alcool, 15 grammes; eau distillée, 150 grammes. En lavements ou injections, on emploiera une solution de : 1 gramme d'acide salicylique pour 300 grammes d'eau et d'alcool en quantité suffisante pour dissoudre. En lotions ou injections, on peut le plus souvent employer la solution au 300.

Dans la diphthérie, les stomatites, il peut être nécessaire d'employer l'acide salicylique en collutoire; il faut savoir que son action sur les ulcérations, sur les plaques d'herpès, est fort irritante lorsque l'acide est en poudre; dans ces cas nous employons ordinairement l'acide en suspension dans de l'eau, soit 1 gramme pour 100 grammes d'eau et 30 grammes de sirop de mûres; on l'applique avec un pinceau, et s'il est nécessaire on peut l'étendre d'eau; on y ajoute de l'alcool.

Comme on a observé des phénomènes de collapsus dans plusieurs cas, il importe de procéder avec une certaine réserve dans l'usage interne de ce médicament. Nous le répétons, des doses de 50 centigrammes à 1 gramme, données d'heure en heure, puis de deux en deux heures, répondent à la plupart des cas où l'on veut obtenir l'action antipyrétique ou sédatif, comme dans le rhumatisme, le typhus, à partir de 4 à 6 grammes, c'est-à-dire de la dixième à la douzième dose, on surveillera le pouls et la température. L'abaissement de température, l'intermittence du pouls, de l'irrégularité de respiration, les sueurs profuses, en même temps que les bourdonnements d'oreille, un certain degré de surdité, tels sont les premiers signes qui indiquent la cessation de la médication, de l'éloignement des doses; le collapsus, en somme, est fort rare, et il cède facilement à des toniques (café ou boissons alcooliques). Ces effets ne sont d'ailleurs pas plus graves que les symptômes analogues observés pour un grand nombre de médicaments. Enfin, il reste un moyen de contrôle fort utile pour savoir si l'absorption a lieu : c'est la recherche de la salicyline dans l'urine. La réaction la plus simple, comme le faisait remarquer dernièrement M. Constantin Paul à la Société de thérapeutique, est celle que produit le perchlorure de fer en solution à 10 pour 100. Nous insistons d'autant plus sur cette réaction que nous pouvons ainsi rectifier une erreur de copie qui, dans notre dernier article, nous a fait écrire que la coloration que le perchlorure de fer produit dans les solutions de l'urine contenant de l'acide salicylique serait bleue : c'est violet qu'il faut dire, lorsque l'acide est en grande quantité, et des teintes rouges plus ou moins foncées, rosées même, lorsque la quantité d'acide est moindre. Cette réaction est assez sensible pour qu'avec 4 centigrammes d'acide salicylique absorbé par l'estomac on puisse déjà la constater dans l'urine (Drasche). Avec 1 gramme la réaction se voit au bout d'une heure (Constantin Paul), et elle peut se retrouver pendant 36 heures après l'ingestion du médicament.

Nous ferons remarquer que nous avons évité de comparer l'action thérapeutique de l'acide salicylique à celle des sali-

cyales. Il nous a paru indispensable de simplifier des sujets de thérapeutique qui doivent d'abord être étudiés séparément, mais nous compléterons ultérieurement cette étude, et plus particulièrement celle du salicylate de soude.

A. HÉNOQUE.

Organisation des services hospitaliers de l'armée.

Nous avons déjà, à plusieurs reprises (*Gaz. heb.*, p. 209, 242, 515 et 730), fait remarquer l'intérêt du projet de loi qui doit fixer l'organisation des services hospitaliers de l'armée dans les hôpitaux militaires et dans les hospices civils. Nous avons exprimé le vœu que les innovations proposées par M. le général de Cissey fussent rejetées par la Chambre et essayé de faire voir combien il serait regrettable qu'après avoir relevé, au point de vue administratif, la situation des médecins de l'armée, on les considérât désormais comme incapables de soigner leurs malades. Le rapport de M. le docteur Marmoutan fait ressortir avec beaucoup de netteté les inconvénients du projet ministériel et, tout en rendant justice aux intentions qui ont dicté quelques-uns de ses articles, fait valoir, pour le rejeter, des raisons analogues à celles que nous avons exposées nous-même. « A l'unanimité, dit M. le docteur Marmoutan, votre commission a été d'avis que le projet de M. le ministre de la guerre devait avoir pour le corps de santé une influence fatale. Supprimer tous les hôpitaux militaires sauf quelques-uns, remettre aux soins des médecins civils les malades de l'armée, diminuer le personnel de santé de nos régiments, c'était donner le coup de grâce au corps médical de l'armée, lui inspirer un découragement profond et rendre par la suite son recrutement impossible. »

La commission présidée par M. le docteur Laussedat a donc très-notablement amendé le projet primitif et, nous sommes heureux de le constater, le ministre de la guerre s'est rallié à ces amendements. L'article 1^{er} du projet de loi prescrit aujourd'hui le maintien ou la création d'un hôpital exclusif militaire qui, établi autant que possible au chef-lieu du corps d'armée, sera destiné à l'instruction spéciale du personnel, à la préparation et à l'entretien du matériel nécessaires au corps d'armée pour le service hospitalier en cas de mobilisation. Outre les grands hôpitaux de Paris et de Lyon, et les hôpitaux thermaux, douze hôpitaux militaires seront donc maintenus, et il deviendra nécessaire d'en créer six autres à Amiens, Le Mans, Dôle, Tours, Nantes et Limoges. « Quant aux autres hôpitaux militaires, nous admettons parfaitement, dit le rapporteur, qu'un certain nombre d'entre eux sont devenus inutiles et peuvent disparaître sans inconvénient; mais nous pensons aussi qu'il ne faut agir en cette matière qu'avec une grande circonspection. Aussi avons-nous introduit dans l'article 2 de notre projet de loi une clause qui nous met à l'abri des résolutions précipitées; les suppressions ne pourront avoir lieu qu'en vertu d'une disposition formelle de la loi de finances de chaque année. » Ces paroles sont très-sages et les dispositions législatives qu'elles annoncent parfaitement légitimes. Parmi les hôpitaux dont la suppression pourrait être demandée nous ne voyons, en effet, que les hôpitaux militaires de Nancy, Belfort, Chambéry, Nice et la Rochelle, qui méritent d'être conservés. Nous avons toujours été d'avis que les hôpitaux de la région du Nord (Cambrai, Dunkerque, Saint-Omer, Maubeuge, etc.), comme

ceux de Sedan et de Givet, pourraient disparaître sans grand dommage. Le projet de loi ne vise directement ni ceux de la Corse ni ceux de l'Algérie, dont on ne songera jamais à demander la suppression.

« Dans les localités où il n'existe pas d'hôpitaux militaires, dit enfin l'honorable rapporteur, et dans celles où ils seront insuffisants, les hospices civils seront tenus de recevoir et de traiter les malades de l'armée qui leur seront envoyés par l'autorité militaire, » puis M. le docteur Marmoutan étudie quelles sont, dans l'intérêt de l'armée, des villes et des établissements hospitaliers civils, les meilleures dispositions à prendre pour assurer le traitement des soldats dans les hospices civils. Loin de nous l'idée de contester le soin avec lequel les questions si difficiles que soulève cette organisation nouvelle ont été étudiées dans ce rapport. La division des hospices civils en hospices mixtes ou militarisés et en hospices civils proprement dits, l'adoption de l'amendement Cornil, qui établit en principe que le malade militaire sera soigné par le médecin militaire, l'insistance avec laquelle la Commission prescrit la séparation des malades militaires lorsque leur nombre permettra de créer une salle spéciale, sont d'excellentes innovations. Nous ne saurions cependant ne pas maintenir les critiques que nous avons déjà développées (*Gaz. heb.*, p. 210 et 242), lorsque nous n'avions sous les yeux que le projet ministériel primitif. Nous persistons à croire qu'en multipliant le nombre des salles militaires dans les hospices civils, l'administration de la guerre se prépare bien des embarras, bien des conflits et consent à des dépenses que l'on éviterait aisément. Nous restons convaincus qu'il serait plus économique et plus conforme aux intérêts bien entendus de l'armée et des hospices civils, de construire peu à peu des hôpitaux baraqués et des infirmeries régimentaires mieux installées dans toutes les garnisons. Les médecins de régiment auxquels on adjoindrait un officier d'administration et quelques infirmiers suffiraient à assurer le service de ces infirmeries et de ces hôpitaux. On renoncerait peu à peu à édifier à grands frais de vastes monuments toujours coûteux et insalubres pour ne conserver qu'un hôpital militaire modèle par corps d'armée. Mais partout où une agglomération de troupes nécessiterait la présence d'un médecin, celui-ci trouverait à l'hôpital régimentaire ou à son infirmerie, non plus une salle généralement humide, manquant d'air et de lumière, mais une série de barques bien aménagées et où l'on pourrait à peu de frais réunir les instruments et les médicaments nécessaires. Hâtons-nous de reconnaître cependant que, tel qu'il existe, le projet de loi à propos duquel M. le docteur Marmoutan vient de faire un excellent rapport consacre un progrès réel et mérite d'être signalé à tous ceux qui s'intéressent à la bonne organisation des services hospitaliers de l'armée.

OVARIOTOMIE : M. KEBERLÉ. *Erratum.* — En rappelant, dans le dernier numéro, le succès remarquable des opérations d'ovariotomie pratiquées par M. Keberlé, nous avons dit que tous ces succès avaient été obtenus dans le cours d'une année. C'était une erreur : erreur partagée autour de nous, à l'Académie même, par suite de la faiblesse d'organe de l'orateur. Les soixante opérations dont nous avons parlé se rapportent aux trois dernières années. Vingt ovariotomies par an, c'est encore une proportion assez rare.

Le vent souffle aux localisations cérébrales. Mardi dernier encore, l'Académie de médecine a entendu la lecture d'un important mémoire de M. le docteur Foville, dans lequel cet habile aliéniste s'attache à établir, relativement à la paralysie générale, une relation de cause à effet entre les troubles constants de la motilité et l'altération également constante de la surface corticale des circonvolutions fronto-pariétales. On trouvera au compte rendu de la séance tous les détails nécessaires à l'intelligence de cette détermination, aussi intéressante au point de vue clinique qu'au point de vue physiologique (voyez sur la topographie du cerveau, p. 781).

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiologie expérimentale.

RECHERCHES SUR LE MÉCANISME DES ACCIDENTS CARDIAQUES CAUSÉS PAR LES IMPRESSIONS DOULOUREUSES, par le docteur FRANÇOIS-FRANCK.

Les principales conclusions de ce travail ont été communiquées au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences (Clermont-Ferrand, 22 septembre 1875), et j'en ai développé la partie expérimentale dans un mémoire qui vient de paraître dans les TRAVAUX DU LABORATOIRE DU PROFESSEUR MAREY (G. Masson, 1876), sous ce titre : EFFETS DES EXCITATIONS DES NERFS SENSIBLES SUR LE CŒUR, LA RESPIRATION ET LA PRESSION ARTÉRIELLE.

Je chercherai dans cette note complémentaire à interpréter quelques-uns des troubles cardiaques observés chez les sujets soumis à des traumatismes accidentels ou chirurgicaux, soit à l'état de veille, soit aux différentes périodes de l'anesthésie chloroformique, en m'appuyant sur les résultats des expériences et sur quelques faits d'observation.

Les excitations des nerfs sensibles provoquent un grand nombre de phénomènes réactionnels dans les muscles de la vie de relation et de la vie organique : des mouvements réflexes ayant le caractère d'actes défensifs, des modifications de la respiration et de la circulation, se produisent en réponse à l'impression périphérique, surtout quand celle-ci a été intense et soudaine.

Ce sont seulement les troubles cardiaques qui surviennent immédiatement après l'excitation des nerfs sensibles que j'aurai en vue dans cet exposé, renvoyant pour l'étude des autres phénomènes au mémoire *in extenso*.

Les indications fournies par les auteurs sur la nature des troubles cardiaques qui succèdent aux excitations périphériques sont tout à fait contradictoires; le ralentissement ou l'arrêt du cœur noté par certains physiologistes est nié par d'autres, qui considèrent, au contraire, l'accélération du cœur comme la conséquence nécessaire d'une impression douloureuse. J'ai cru pouvoir conclure d'un grand nombre d'expériences faites cette année dans le laboratoire du professeur Marey, que le ralentissement ou même l'arrêt des battements du cœur se produit comme phénomène *initial*, immédiatement après l'excitation, et que l'accélération, quand elle existe, ne survient que secondairement.

Le professeur Cl. Bernard avait du reste énoncé formellement la première partie de cette conclusion dans cette phrase, que j'ai choisie comme épigraphe : « L'arrêt du cœur ou syncope, peut succéder à toute action perturbatrice violente et subite, de quelque nature quelle soit. » (Subst. toxiq., p. 232.)

Il est vraisemblable que ce phénomène immédiat, souvent très-fugitif, a échappé à l'observation dans bien des cas quand on expérimentait sur des animaux à pulsations rapides. Si l'on consulte du regard la colonne oscillante d'un manomètre à mercure mis en rapport avec une artère, une systole car-

diacque peut manquer sans qu'on s'en aperçoive, et, à plus forte raison, la phase diastolique de plusieurs révolutions cardiaques peut être notablement allongée sans que la période des oscillations du manomètre semble modifiée.

S'il est possible de laisser passer inaperçu un écart un peu plus grand que de coutume entre deux déplacements consécutifs du niveau du mercure, il est tout aussi facile de ne point remarquer le ralentissement des battements du cœur quand on se contente d'appliquer le doigt sur la région précordiale, ou quand on examine les mouvements d'une aiguille enfoncée, à travers la paroi thoracique, dans le cœur de l'animal : le phénomène est souvent trop passager et trop peu accusé pour qu'on puisse compter sur ces procédés d'exploration.

Il est donc indispensable d'enregistrer les pulsations du cœur en recueillant simultanément les tracés des variations de la pression artérielle; c'est avec cette méthode seulement qu'on peut être assuré de ne point laisser échapper le moindre détail. Je l'ai employée dans toutes mes expériences, et les résultats dont je vais donner le résumé sont faciles à contrôler en opérant par le même procédé.

Je passerai successivement en revue les effets des excitations du trijumeau, des nerfs laryngés, des nerfs rachidiens, des racines rachidiennes et des nerfs sensibles viscéraux. Je me bornerai à rappeler ensuite les conclusions des expériences qui sont exposées avec détail dans le mémoire *in extenso*, et qui tendent à déterminer le centre de l'acte réflexe, ainsi que les voies nerveuses par lesquelles s'opère la réflexion sur le cœur. Quelques remarques seront enfin présentées sur la raison probable de la disparition de ces accidents cardiaques pendant l'anesthésie.

I. *Excitations du Trijumeau.* — On provoque, à coup sûr, des troubles cardiaques caractérisés par un ralentissement prolongé des battements, en excitant les narines d'un lapin, par exemple, avec un liquide volatil, dont les vapeurs sont acres et irritantes comme celles du chloroforme, de l'acide acétique, de l'ammoniaque, etc.

Cette expérience a déjà été interprétée par un certain nombre de physiologistes : M. Dogiel de Kazan (1866), cité par Hermann, (*Toxicologie*, p. 254); MM. Holmgren et Grade (Upsal, 1867); M. Krishiaber (*Arch. de phys.*, 1869); MM. Hering et Kratschmer (*Wiener Sitz. Bericht*, 1870, Abt. II); M. Rutherford (cité par M. Willième, *Rapport sur l'anesthésie chirurgicale*, Congrès de Bruxelles, 1875), ont successivement étudié le même phénomène, et quelques chirurgiens, M. Richardson par exemple, ont expliqué, par l'action des vapeurs du chloroforme sur les nerfs périphériques des surfaces respiratoires, un certain nombre de syncopes survenues au début de l'administration de l'agent anesthésique. Mais le mécanisme de l'arrêt du cœur me paraît être tout différent de celui qui a été invoqué par Richardson, selon M. Willième. Le chirurgien anglais, s'appuyant sur les expériences de Rutherford, a cru devoir admettre que l'effet immédiat de l'excitation produite sur la muqueuse des voies aériennes par les vapeurs du chloroforme est l'arrêt de la respiration; l'oxygénation du sang étant alors suspendue, « les nerfs vagues, stimulés par le sang asphyxié, empêchent le cœur de continuer ses mouvements. »

Tel n'est point assurément le mode d'action des vapeurs du chloroforme, au moins dans les cas dont il s'agit : les effets cardiaques rentrent dans la catégorie des actes réflexes, comme nous chercherons à l'établir dans le deuxième paragraphe.

Le double tracé n° 1 montre le grand ralentissement du cœur (ligne C), et l'arrêt respiratoire (ligne R), qui se produisent *simultanément* à partir du moment de l'excitation, en E. Cette excitation provoquée ici par l'application d'une éponge imbibée de chloroforme sur la narine peut être

remplacée par l'excitation avec l'ammoniaque ou l'acide acétique (fig. 2), il n'y a donc dans ces phénomènes rien qui soit particulier au chloroforme: la condition essentielle est que la substance dont on se sert soit plus ou moins irritante. J'ai rapproché dans la figure 2 deux spécimens de ralentissement du cœur obtenus, le supérieur avec l'acide acétique, l'inférieur avec l'ammoniaque.

C'est donc bien la qualité irritante du liquide qui est ici en cause et non telle ou telle autre, la propriété anesthésique du chloroforme par exemple. D'autres modes d'excitation produisent du reste des phénomènes sinon identiques, du moins de même sens: la brûture rapide de la narine, par

organes qui, selon toute probabilité, président à l'olfaction. On observe bien une certaine atténuation de l'effet respiratoire, comme si l'animal n'était plus en garde contre les propriétés offensives pures voies respiratoires des vapeurs irritantes; mais les troubles cardiaques se maintiennent après l'ablation des lobes olfactifs comme dans l'état d'intensité de l'innervation nasale.

Il existe entre l'intensité de l'impression et l'intensité de l'effet cardiaque un rapport direct dont il est intéressant de présenter ici un exemple. La figure 4 est formée de quatre tracés pris dans une série d'expériences sur le même animal: la graduation de l'impression ne peut évidemment pas être

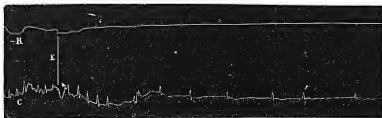


FIG. 1. — Pulsations cardiaques du lapin (ligne C). — Respiration recueillie avec le pneumographe (ligne B). La partie ascendante de chaque courbe correspond à l'expiration. — On excite les narines au point E. Arrêt de la respiration, ralentissement considérable du cœur.



FIG. 2. — Arrêt respiratoire et ralentissement cardiaque produits par l'excitation nasale avec l'acide acétique (tracé supérieur), avec l'ammoniaque (tracé inférieur). (Héliographe.)

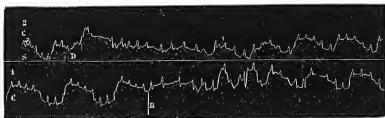


FIG. 3. — Tracé 1. C. — Pulsations cardiaques et respiration. En B, brûture rapide de la narine avec une aiguille rouge. — Arrêt respiratoire, ralentissement du cœur. Tracé 2. C. — Pulsations cardiaques. S, signal électrique; au point D excitation induite très-forte (éincello de 0,001); intermittence complète.

exemple (fig. 3, ligne 1^{re}, au point B), avec une aiguille rouge est suivie d'un ralentissement très-marqué des pulsations; l'excitation avec une forte décharge d'induction (fig. 3, ligne supérieure, au point indiqué par le signal électrique) est suivie d'une grande intermittence.

En présence de ces exemples d'arrêt ou de ralentissement du cœur survenus sous l'influence d'excitations de nature variée appliquées aux narines, il semble presque inutile de discuter le nerf impressionné: les filets cutané-muqueux du trijumeau paraissent avoir pu seuls être excités comme nerfs de sensibilité générale à l'exclusion des nerfs de l'olfaction: c'est en effet ce qui ressort de l'expérience bien simple qui consiste à enlever les lobes olfactifs d'un lapin et à le soumettre ensuite aux mêmes excitations avec l'ammoniaque ou le chloroforme que quand il possédait encore les

rigoureuse dans ses valeurs successives, car on ne peut mesurer l'intensité de l'excitant volatil; mais j'ai obtenu le minimum n° 1 en passant une éponge d'acide acétique à distance des narines; un degré d'excitation plus marqué en rapprochant l'éponge dans une autre expérience, 2; un effet plus accusé en touchant légèrement les narines, 3; enfin un ralentissement du cœur beaucoup plus considérable en appliquant un peu plus fortement la même éponge sur le nez de l'animal, 4.

Mais dans certaines conditions de sensibilité extrême du sujet, les troubles cardiaques se montrent très-accusés pour des excitations périphériques très-faibles: c'est ce qui s'observe chez les animaux soumis à l'inanition, chez les malades affaiblis par les hémorragies, par la suppuration ou chez les blessés qui sont encore sous l'influence de l'ébranlement nerveux causé par un traumatisme grave (*shock*).

La même susceptibilité du cœur se montre aussi dans la première période de l'anesthésie chloroformique. Dans des expériences dont j'aurai bientôt à rappeler les résultats (§ III), j'interrogeais la sensibilité des animaux aux différentes périodes de l'administration du chloroforme; j'ai pu constater que le cœur s'arrête plus facilement et plus longtemps pendant la période dite d'excitation, et que le danger de mort, non point par le chloroforme, mais sous le chloroforme, est plus grand à ce moment qu'en l'absence de toute tentative anesthésique; je crois très-fondée l'opinion des chirurgiens qui, comme M. Maurice Perrin, ont attribué à la syncope un certain nombre de morts pendant l'anesthésie chloroformique *insuf-*

montrer combien certaines conditions sur lesquelles il importe d'être fixé (abstinence, épuisement, appréhension d'une opération chez les blessés, chloroformisation insuffisante, position assise, etc.) peuvent favoriser l'apparition des troubles cardiaques sous l'influence d'une excitation périphérique plus ou moins intense.

Excitation des nerfs Laryngés. — Les actes réflexes respiratoires et généraux provoqués par l'introduction de substances étrangères dans la partie supérieure du larynx sont bien connus (P. Bert), et l'on a souvent opposé avec raison à cette sensibilité exquise de la muqueuse de la région sus-glot-

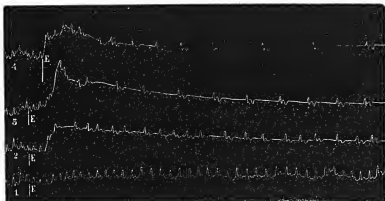


FIG. 4. — Rapport entre l'intensité croissante de l'impression et l'intensité des troubles cardiaques et respiratoires. — L'impression produite en R est graduellement augmentée de 1, 2, 3 à 4.

fisante (M. Perrin, *Traité des anesth.*, 1864; art. ANESTHÉSIE du *Dict. encycl. des sc. méd.*; Congrès de Bruxelles, septembre 1875). Beaucoup de faits malheureux relevés à la charge du chloroforme doivent être, au contraire, mis sur le compte d'une anesthésie incomplète; de ce nombre sont particulièrement les cas de mort par avulsion d'une dent. On redoute le chloroforme et l'on accepte volontiers l'idée que pour une opération d'aussi courte durée point n'est besoin d'un sommeil anesthésique profond. Le patient est opéré assis, disposé

la tolérance de la région sous-glottique du larynx et de la muqueuse trachéale.

La réaction cardiaque, toujours très-manifeste quand on excite les branches du nerf qui se distribue à la muqueuse sus-glottique, fait défaut au contraire quand on transporte l'excitation aux rameaux sous-glottiques et trachéaux du récurrent.

Pour déterminer, dans mes expériences, la différence des effets cardiaques produits par l'excitation isolée de chacun de

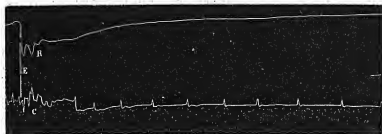


FIG. 5. — Double effet respiratoire et cardiaque produit par l'excitation de la muqueuse sus-glottique, avec un pinceau chargé d'ammoniaque. — C, pulsations du cœur. — R, respiration trachéale. — E, instant de l'attachement de la muqueuse sus-glottique.

par suite à l'anémie cérébrale, et au moment de l'avulsion de la dent la palpée subite avertit du danger. La syncope peut être passagère, mais malheureusement l'arrêt du cœur sous le chloroforme est presque toujours, comme l'a noté Billroth, un arrêt définitif.

Ces accidents cardiaques survenant sous l'influence d'une excitation traumatique, alors que le chloroforme est administré depuis quelques instants déjà et que le patient respire, sont tout à fait différents des accidents respiratoires, des spasmes du début: nous allons du reste rappeler tout à l'heure ces derniers troubles, beaucoup plus complexes, en non occupant des effets des excitations laryngées. L'influence de l'état semi-anesthésique n'a été invoquée ici que po

ces départements nerveux, j'ai trachéotomisé les animaux à la partie inférieure du cou et ouvert le larynx et la trachée sur la ligne médiane. J'avais ainsi sous les yeux une grande surface muqueuse sur laquelle il était facile de localiser l'excitation en touchant un point précis avec l'extrémité d'un pinceau trempé dans l'ammoniaque.

Quand on touche avec la solution concentrée d'alcali un point quelconque de la muqueuse *sus-glottique*, l'animal fait un brusque mouvement d'inspiration et arrête sa respiration pour un temps variable. Le cœur se ralentit en même temps au point de ne plus donner, pendant une minute environ, qu'un battement par seconde au lieu des trois ou quatre battements normaux.

Dans la figure 5, on peut apprécier le double effet cardiaque (ligne C) et respiratoire (ligne R) produit par l'excitation de la muqueuse sus-glottique au point E.

Mais à partir de la face inférieure des cordes vocales jusqu'aux régions les plus basses de la muqueuse trachéale que puisse atteindre une excitation directe, on constate la disparition des troubles qui sont si frappants quand on remonte au-dessus du niveau des cordes vocales.

Cette même tolérance de la muqueuse a été constatée pour le chloroforme en applications directes; de même, l'introduction des vapeurs du chloroforme dans le poumon par une bifurcation de la canule trachéale, à une distance suffisante des narines de l'animal, n'a provoqué aucune espèce de troubles cardiaques et respiratoires, aucun mouvement général. Aussi le professeur Cl. Bernard a-t-il pu dire à propos des inhalations trachéales qui suppriment tous les spasmes des inhalations nasales: « Si ce procédé n'exigeait pas une trachéotomie, ce serait assurément le meilleur de tous à employer. »

J'ai rendu témoin de cette insensibilité relative de la muqueuse trachéale le professeur Dogiel, qui avait admis autrefois que les désordres respiratoires et cardiaques, pendant les inhalations de chloroforme, pouvaient avoir leur point de départ dans toute l'étendue de la muqueuse respiratoire. Il est vraisemblable que dans les cas observés par M. Dogiel, le chloroforme présenté à la canule trachéale était à une trop faible distance des narines, et que dès lors les troubles constatés tenaient à une impression des vapeurs sur le Trijumeau (V. supra).

L'intensité des effets produits par l'excitation des régions innervées soit par le nerf laryngé supérieur, soit par les filets pharyngiens du pneumogastrique, a été rappelée par Trousseau dans sa belle leçon sur l'asthme. Traitait des asthmatiques par l'attouchement du pharynx avec un pinceau chargé d'ammoniaque (procédé qui avait valu à son auteur, Ducros (de Sixt), une certaine notoriété à cause d'un résultat heureux obtenu chez M^{me} Adélaïde d'Orléans), Trousseau provoqua des accès d'orthopnée épouvantable.

Le professeur Cl. Bernard dit au sujet de ces mêmes accidents: « Comme il arrive toujours pour les nerfs sensitifs, les irritations se propagent par actions réflexes; elles réagissent sur le cœur et les mouvements respiratoires, et il en peut résulter des accidents mortels tout à fait analogues à ceux qui se produisent quelquefois pendant l'anesthésie par le chloroforme. » (*Anesthésiques*, p. 96). — M. Bernard rappelle encore les tentatives de Ducros (Comptes rendus Acad. des sc., 1842, t. XV): « Avec de l'ammoniaque introduite à l'aide d'un pinceau dans l'arrière-gorge, Ducros produisait des phénomènes analogues à ceux que nous venons de décrire et qui allaient quelquefois jusqu'à la syncope. » (Cl. Bernard, *ibid.*)

Je ne sais si ces accidents sont bien dus à l'irritation des plexus pharyngiens: en effet, j'ai vu qu'en renversant le larynx en avant et en portant le pinceau d'ammoniaque sur le fond du pharynx, je ne déterminais les troubles respiratoires et cardiaques ordinaires que quand j'effleurais l'épiglotte ou la muqueuse sus-glottique; en préservant ces parties, l'attouchement du pharynx lui-même ne m'a paru produire aucun effet de ce genre. Je suis donc porté à penser que, dans les essais de Ducros, ou bien une goutte d'ammoniaque tombait dans le vestibule du larynx, ou bien les vapeurs étaient entraînées vers le larynx.

Ces sont là des considérations qui ont leur importance au point de vue de l'administration des anesthésiques chez l'homme. Je parlais tout à l'heure de la syncope provoquée par le traumatisme chirurgical pendant l'anesthésie insuffisante; les accidents dont il est question maintenant sont d'un autre ordre; le cœur est toujours l'aboutissant du réflexe, mais le point de départ de celui-ci est tout autre, c'est l'irritation intense des premières voies respiratoires, irritation sur laquelle ont si justement insisté MM. P. Bert (Comptes rendus

Acad. des sc., 1867, t. LXIV et *Journal de l'anat. et de la phys.*, 1867, p. 336) et Cl. Bernard (*Anesthésiques*, page 148 et *passim*). Je comprends que les chirurgiens qui ont eu à déplorer des accidents au début de l'administration du chloroforme se soient enthousiasmés pour les injections intra-veineuses de chloral, qu'ine leur ont point jusqu'ici présenté ces terribles surprises. Je ne me permettrai point de juger l'opportunité du chloral, il faut attendre qu'il ait fait ses preuves; je rappellerai simplement, au sujet des accidents qui signalent si souvent le début des inhalations chloroformiques, les lignes suivantes du professeur Cl. Bernard: « Quand on administre le chloroforme ou l'éther en débutant par une forte dose, il se produit une action irritante très-vivace sur l'entrée des voies respiratoires, qui provoque des contractions spasmodiques parfois très-violentes et une suspension de l'acte respiratoire... Lorsqu'on donne le chloroforme lentement, les choses ne se passent plus de même. » (*Anesthésiques*, p. 95 et suiv.) Ces paroles sont à méditer et peuvent donner à réfléchir à ceux qui croient qu'on doit *siderer* les patients au lieu de les anesthésier progressivement.

(A suivre.)

Physiologie pathologique.

DE LA DÉGÉNÉRESCENCE KYSTIQUE DES REINS CHEZ L'ADULTE, par A. LAVERAN, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

(Fin. — Voy. le n° 48.)

SYMPTOMATOLOGIE. COMPLICATIONS. — La dégénérescence kystique des reins n'est souvent reconnue qu'à l'autopsie et cela pour deux raisons: d'abord, parce que cette altération des reins peut exister pendant longtemps à l'état latent et qu'une maladie intercurrente peut entraîner la mort; mais aussi, il faut bien l'avouer, parce que la dégénérescence kystique des reins est une affection rare, peu connue, à laquelle on ne songe guère lorsqu'un malade présente des troubles du côté des voies urinaires ou tels autres symptômes généraux graves qui peuvent être la suite de la dégénérescence kystique des reins; pour diagnostiquer une maladie, la première condition est de la bien connaître; c'est là une vérité élémentaire; lorsqu'une maladie nouvelle est décrite, on voit les cas se multiplier de plus en plus, non pas parce qu'ils deviennent plus communs, mais parce qu'ils ne sont plus confondus avec d'autres espèces morbides.

Sans contredit, la dégénérescence kystique des reins est connue depuis longtemps, ce n'est pas une maladie nouvelle; mais, comme je l'ai dit en commençant, on s'est préoccupé jusqu'ici des lésions anatomiques beaucoup plus que de la maladie elle-même.

Les kystes séreux peuvent se développer en silence dans les reins, sans troubler leurs fonctions, sans altérer la santé des individus qui en sont porteurs; ce n'est pas une raison pour refuser le nom de maladie à une altération qui peut se traduire par des symptômes locaux très-appreciables, qui provoque souvent l'explosion des accidents urémiques, qui entraîne enfin la mort dans un grand nombre de cas.

Les symptômes de la dégénérescence kystique des reins peuvent se diviser ainsi: 1° symptômes dépendant de l'augmentation de volume des reins kystiques et de la suppression des kystes ou symptômes locaux; 2° symptômes dépendant de l'altération consecutive du parenchyme rénal; 3° complications se rattachant plus ou moins directement à la dégénérescence kystique des reins.

1° **Symptômes locaux.** — Lorsque les kystes acquièrent un grand développement, on peut constater par la palpation l'augmentation de volume des reins, et même les bosselles produites par l'existence des kystes; dans un cas de M. Jessé, les reins très-volumineux avaient donné lieu à la production d'une tumeur dans la région lombaire. Lorsque le foie parti-

cipe à la dégénérescence kystique, on constate l'existence d'une tumeur à la région épigastrique. Les kystes se développent le plus souvent sans douleur, sans fièvre, cependant quelques observateurs ont signalé des douleurs épigastriques ou lombaires.

Lorsque les kystes suppurent, et cette terminaison n'est pas très-rare, on voit survenir de la fièvre, des frissons comme dans la pyhémie, et les kystes suppurés peuvent provoquer une péritonérite (cas de M. Blachez), ou bien se vider dans les bassinets comme cela eut lieu dans une des observations rapportées par Rayer, des urines purulentes furent extraites par le cathétérisme.

Le fait suivant montrée bien que la transformation purulente des kystes peut se produire spontanément et entraîner rapidement la mort.

Obs. II. Dégénérescence kystique des reins. Suppuration d'un des grands kystes du rein gauche. Mort. Autopsie. — B., détenu au fort de la Briche, entré au Val-de-Grâce le 27 août 1876 (salle 21, lit 54). Le malade est âgé de vingt-trois ans, il n'accuse pas de maladies antérieures graves; sa mère est morte très-jeune et son père n'a jamais joui, paraît-il, d'une bonne santé. B. ne peut pas préciser à quelle époque exacte remonte le début de la maladie actuelle, depuis plusieurs mois il a maigri considérablement, de jour en jour il voit ses forces diminuer; sueurs nocturnes, palpitations, essoufflement dès que le malade marche un peu vite ou qu'il monte un escalier, douleurs dans la poitrine, pas d'hémoptysies; le malade n'accuse aucune souffrance du côté des reins.

État actuel (28 août). Amaigrissement, teinte terreuse, cachectique; le malade est triste, peu communicatif.

Notre attention est attirée tout d'abord vers la poitrine, l'auscultation ne révèle aucun signe positif de tuberculose; à l'examen du cœur, on constate le peu d'énergie des pulsations, la faiblesse des bruits.

Le malade n'a pas d'appétit; l'examen de l'abdomen est négatif comme celui de la poitrine.

Malgré l'absence de signes positifs de tuberculose, le diagnostic de tuberculose commençante est porté; l'état général du malade, l'affaiblissement, les sueurs nocturnes, la tristesse, l'anorexie, la fréquence de la tuberculose chez les détenus semblent plaider en faveur de ce diagnostic. Il faut noter qu'aucun symptôme n'ayant attiré notre attention du côté des reins, l'examen de ces organes n'a pas été fait, les urines n'ont pas été analysées.

L'état reste stationnaire jusqu'au 3 septembre; le soir de ce jour-là, le malade éprouve tout à coup un frisson violent, le thermomètre placé sous l'aisselle marque 41 degrés.

Le 4 septembre, la température est de 40°, 8 matin et soir; le malade est triste, abattu, il n'accuse de douleurs vives dans aucun point de l'économie; l'examen de la poitrine est négatif ainsi que celui de l'abdomen. Anorexie, langue blanche, saburrale, envies de vomir.

Le 5, à la visite du matin, la fièvre est moins forte. 38°, 4, mais le soir le thermomètre remonte à 40 degrés. Même état général; prostration, abattement, pas de délire.

Les jours suivants, la fièvre paraît entrer en voie de décroissance: Le 6 septembre, 38°, 4 le matin; 37°, 8 le soir.

Le 7 septembre, 37°, 8 le matin; 39°, 2 le soir.

Le 8 septembre, 37°, 4 le matin; 37°, 8 le soir.

Le 9 septembre, 37 degrés le matin; 37°, 6 le soir.

Je m'applaudissais déjà de voir la fièvre disparaître et j'espérais que l'état général allait se relever lorsque le 10 septembre on m'apprit qu'on avait trouvé le malade mort dans son lit; la mort avait dû survenir tranquillement, pendant la nuit, car les voisins de salle n'avaient rien vu, rien entendu.

Autopsie faite le 11 septembre. — **Thorax.** Les poumons et le cœur sont sains, il n'y a pas trace de tuberculose.

Abdomen. Rein gauche. Au moment où l'on extrait le rein gauche il s'écoule un peu de pus.

Le rein gauche est très-volumineux, il mesure 19 centimètres de long sur 11 de large; il pèse 480 grammes; sa forme est ovale, sa partie renflée de l'ovale correspondant à l'extrémité supérieure.

La capsule est très-adhérente; en cherchant à l'enlever on ouvre plusieurs kystes qui laissent écouler, les uns de la sérosité, les autres du pus. A la partie supérieure, il est impossible de détacher la capsule qui est enflammée et qui forme la paroi d'un kyste volu-

mineux, fluctuant. L'inflammation s'est propagée sur un point au tissu cellulaire ambiant, d'où le commencement de péritonérite noté plus haut.

Après avoir pratiqué une coupe du rein de la convexité vers le lobe, on distingue ce qui suit:

La partie supérieure est transformée en une poche volumineuse renfermant du pus et un grand nombre de grumeaux blanchâtres; la paroi du kyste enflammé est rouge, injectée, recouverte d'une couche de pus et de grumeaux. Au-dessous de cette poche qui s'affaisse dès qu'elle est ouverte, la substance rénale est molle, grisâtre, complètement méconnaissable à première vue; cependant sur le fond grisâtre on aperçoit quelques stries rouges qui paraissent indiquer la direction des canalicules urinaires; il existe çà et là des taches ecchymotiques surtout vers le lobe.

La partie inférieure du rein contient un certain nombre de kystes, dont le contenu est séreux, transparent, ou bien trouble et brunâtre, mais dans l'intervalle de ces kystes la substance rénale se présente avec des caractères normaux.

Rein droit. Beaucoup moins volumineux que le rein gauche, mais encore très-gros si on le compare à un rein normal; il pèse 280 grammes. La forme générale est conservée; on distingue à la surface des saillies arrondies, de volume variable, qui correspondent à des kystes. La capsule se détache assez facilement.

Sur des coupes, on voit une série de cavités kystiques, dont les plus grosses ont le volume d'une noix, les plus petites, celui d'une graine de chènevis; le contenu des kystes est tantôt séreux, tantôt brunâtre et trouble, tantôt il a l'aspect de la matière colloïde. En dehors des kystes, la substance du rein paraît normale, on distingue facilement les pyramides de la substance corticale; on ne constate aucun des caractères macroscopiques de la néphrite ni de la dégénérescence graisseuse.

Il n'y a pas de calculs rénaux, les bassinets, les uretères et la vessie sont à l'état sain; la vessie rétractée fortement ne renferme que quelques gouttes d'urine.

La rate est très-volumineuse, elle pèse 520 grammes.

Le foie est normal, il n'y a de kystes ni dans le foie ni dans la rate.

Les ganglions mésentériques sont volumineux.

Estomac. Intestins, rien d'anormal.

Le cerveau examiné avec soin ne présente aucune lésion capable d'expliquer la mort.

EXAMEN HISTOLOGIQUE.

Examen du contenu des kystes sur les pièces fraîches. Outre la sérosité et la matière colloïde qui remplissent les kystes, on trouve: 1° un grand nombre de corpuscules arrondis ou ovales qui présentent des stries concentriques et aussi des stries radiales qui ne vont pas jusqu'au centre; sur les bords on remarque souvent des angles rétrants qui ressemblent à des cassures; plusieurs corpuscules semblables sont réunis parfois et comme englobés par des couches concentriques communes. Ces corps ressemblent entièrement aux corpuscules de leucine figurés par Frenichs dans son ATLAS DES MALADIES DU FOIE; ils se colorent pas par l'iode comme le font les corps amyloïdes, ils se dissolvent dans l'alcool au bout de quelques heures de séjour; 2° des corpuscules sanguins et des leucocytes granuleux; il n'y a pas trace d'échinocoques.

Examen des reins après durcissement dans l'acide picrique, la gomme et l'alcool. Rein gauche. — A, Coupe passant par un kyste superficiel de la grosseur d'un pois, on distingue: a, une partie centrale qui se détache facilement des parois du kyste et qui correspond au contenu solidifié du kyste, c'est une substance jaunâtre, grumeleuse, colloïde, dans laquelle on distingue encore un certain nombre de corps analogues à ceux décrits plus haut (glomérules de leucine), mais beaucoup moins distincts; b, la paroi du kyste est tapissée par une couche d'épithélium cylindrique aplati analogue à celui que l'on rencontre dans les tubes collecteurs des reins. Cet épithélium se détache facilement des parties sous-jacentes, si bien qu'il paraît manquer sur quelques points.

Au-dessous de l'épithélium, on trouve une mince couche de tissu fibreux, puis les canalicules urinaires et les glomérules qui sont manifestement aplatis par suite de la compression due au kyste. Le parenchyme rénal est sain, il n'y a pas traces de néphrite interstitielle ou épithéliale.

B, Coupe passant par un kyste de la grosseur d'un grain de millet; a, au centre, matière colloïde renfermant des corpuscules de leucine; b, la paroi kystique est tapissée par un épithélium analogue à celui décrit plus haut; c, sur un point de la paroi on trouve un épéron qui correspond à des vaisseaux et qui paraît

constituer une trace de l'insertion du glomérule de Malpighi; d, en dehors le parenchyme rénal présente ses caractères normaux. Le même examen, répété sur plusieurs kystes du rein gauche pris dans les parties éloignées du kyste supprimé, a donné des résultats identiques; sur les kystes un peu volumineux, il arrive parfois que l'épithélium manque.

C. Examen de la partie du rein gauche qui était ramollie au-dessous du grand kyste supprimé. Au premier abord, la structure du rein est tout à fait méconnaissable, on ne distingue qu'une masse de cellules parmi lesquelles les leucocytes dominent de beaucoup. De distance en distance, on arrive cependant à reconnaître des tubuli qui ont été entièrement dissociés par une néphrite interstitielle diffuse supprimée.

Rein droit. Les kystes ont la même structure que ceux décrits plus haut; en dehors des kystes, le parenchyme rénal est parfaitement normal, il n'y a pas trace de néphrite ni de dégénérescence amyloïde.

2° Symptômes dépendant des altérations rénales concomitantes. — Nous avons vu que le parenchyme rénal, dans l'intervalle des kystes, conservait pendant longtemps ses caractères, cela permet de comprendre pourquoi la sécrétion de l'urine n'éprouve pendant la plus longue période de la maladie aucun trouble; l'albuminurie est rarement signalée dans les faits de dégénérescence kystique des reins, faits très-incomplets du reste, dans la grande majorité des cas, quant à l'examen des urines; l'hématurie a été observée quelquefois.

Si les kystes n'entraînent pas en général la néphrite, ils n'en sont pas moins à craindre au point de vue de la fonction rénale, car ils finissent par atrophier le parenchyme intermédiaire et ils provoquent ainsi l'urémie. La mort par suite d'accidents cérébraux est souvent signalée dans les observations de dégénérescence kystique des reins. Dans les cinq faits rapportés par Rayer (*loc. cit.*), la mort se produisit au milieu de symptômes cérébraux; délire, attaques convulsives répétées, coma. MM. Tavinot, Vigla, Hervey ont aussi observé des exemples de cette terminaison.

Dans le cas de M. Bousseau, des accidents urémiques à forme dyspnéique entraînèrent la mort.

L'observation de M. Lorey dans laquelle la mort eut lieu à la suite d'une épistaxis très-abondante doit probablement être rapportée aussi à l'urémie, bien que l'absence des phénomènes nerveux urémiques soit notée dans ce cas; on sait que les hémorragies et en particulier les épistaxis sont très-communes et très-graves dans l'urémie.

Rien de plus facile à comprendre que la fréquence des accidents urémiques dans la dégénérescence kystique des reins; le tissu du rein est détruit peu à peu par suite de la compression exercée par les kystes, il arrive un moment où l'épuration du sang n'est plus suffisante, l'urée et les matières extractives éliminées d'ordinaire par les reins s'accumulent dans l'économie; et donnent lieu à une véritable intoxication; il est même surprenant que ces accidents n'éclatent pas plus rapidement et que les reins puissent en arriver à l'état qui est figuré dans l'ATLAS de CRUVELLIER par exemple. La dégénérescence kystique se produisant lentement, progressivement, il est probable que l'économie s'habitue à la diminution d'activité des reins, l'urée et les matières extractives s'échappent par d'autres émonctoires qui peuvent suppléer en partie à l'excrétion urinaire, mais non la remplacer.

3° Complications. — Parmi les complications qui se rattachent à la dégénérescence kystique des reins, il faut noter: l'hypertrophie du cœur, l'hémorragie cérébrale, la teinte bronzée de la peau.

L'hypertrophie du cœur et l'hémorragie cérébrale se rattachent probablement à la dégénérescence kystique des reins par le même lien qu'à la néphrite chronique interstitielle; la gêne de la circulation produite dans les reins par l'existence de kystes nombreux est tout aussi considérable que celle qui est la suite de la néphrite interstitielle.

Dans l'observation de M. Joffroy, la malade avait une

teinte jaunâtre, cachectique, qui avait fait songer pendant la vie à une affection cancéreuse; l'un de nos malades (Obs. II) présentait cette même teinte, et comme il avait en même temps de la fièvre occasionnée par la suppression d'un grand kyste, le diagnostic de tuberculose paraissait vraisemblable.

Dans une observation de M. Frey, le malade avait une teinte bronzée comme dans la maladie d'Addison et, à l'autopsie, on trouva, outre une dégénérescence kystique des deux reins, une lésion d'une des capsules surrénales.

Les troubles digestifs sont assez communs, les malades digèrent mal, ils ont du dégoût pour les aliments (Obs. II), comme les phthisiques, et bientôt ils maigrissent et s'affaiblissent.

Parmi les affections concomitantes qui sont notées le plus souvent, il faut citer la tuberculose.

Je n'essaierai pas d'écrire un chapitre de diagnostic, il y aurait témérité pour l'instant à le tenter; peut-être pourrions-nous y réussir lorsque la maladie aura été étudiée avec plus de soin au point de vue clinique. Dans l'état actuel de nos connaissances, le diagnostic de la dégénérescence kystique des reins ne peut être établi avec quelque certitude que lorsque le palper permet de constater l'augmentation de volume de ces organes et les bosselures de leur surface; dans les autres cas, on pourra arriver quelquefois, par exclusion, à hasarder ce diagnostic.

La dégénérescence kystique des reins se distingue assez facilement de l'hydronéphrose qui donne lieu à des tumeurs unilatérales et qui est subordonnée presque toujours à des altérations des voies urinaires.

Les reins kystiques ont été confondus plusieurs fois avec des kystes de l'ovaire; ils s'en distinguent par leur état lobulé, par leur mode de développement qui se fait de haut en bas, et non de bas en haut, enfin par leur éloignement de l'utérus. (Spencer Wells, *Diagnostic différentiel des kystes et tumeurs des reins et de l'ovaire, Gaz. hebdomad.*, 1867, p. 318; Lancet, *loc. cit.*)

La marche de la dégénérescence kystique est lente, insidieuse, aussi est-il difficile d'assigner une durée à la maladie. D'après Virchow, la dégénérescence cystoïde fœtale par atrophie des papilles et des canalicules urinaires pourrait rester longtemps à l'état latent et devenir ainsi l'origine de la dégénérescence kystique des reins chez l'adulte; c'est là une opinion difficile à admettre, car la dégénérescence kystique des reins s'observe encore plus souvent chez les vieillards que chez les enfants et les adultes. Dans la dégénérescence kystique des reins chez l'adulte on n'a pas noté du reste l'atrophie et l'oblitération d'un certain nombre de canalicules qui ont été observés par Virchow dans la dégénérescence kystique des reins des nouveau-nés.

La marche progressive de la maladie, sa terminaison souvent fatale à la suite d'accidents urémiques ou de suppression des kystes indiquent du reste qu'il s'agit d'une lésion qui évolue lentement, mais progressivement, et non d'une anomalie de formation qui devrait tendre à disparaître chez l'adulte; il n'est pas commun, je crois, de trouver sur le cadavre des kystes en voie de réparation.

Le traitement de la dégénérescence kystique ne peut être que symptomatique.

En résumé, la dégénérescence kystique des reins doit prendre rang dans la pathologie à côté des autres dégénérescences de ces organes; elle est caractérisée :

1° Au point de vue anatomo-pathologique, par la production dans les deux reins de nombreux kystes qui renferment un liquide séreux limpide ou bien une matière brune, gélatineuse et des corpuscules très-caractéristiques qui sont probablement des globes de leucine;

2° Au point de vue clinique, par des symptômes obscurs au début; puis, par l'augmentation de volume des reins, par un état général mauvais, par de la fièvre lorsque les kystes

suppriment, enfin par des désordres de la sécrétion urinaire qui aboutissent à l'urémie.

La dégénérescence kystique des reins se complique parfois d'une dégénérescence analogue de quelques autres organes et notamment du foie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

DEUXIÈME NOTE SUR LA RECHERCHE DE LA FUCHSINE DANS LES VINS, par M. *Fordos*. — Les modifications apportées par l'auteur à son premier procédé (voy. le compte rendu de la séance précédente) constituent deux modes opératoires peu différents fondés sur l'insolubilité de la fuchsine dans le chloroforme en présence de l'eau.

« Premier mode opératoire. — On traite 10 centimètres cubes de vin par 10 gouttes ou 1 centimètre cube d'ammoniaque et 10 centimètres cubes de chloroforme, comme je l'ai indiqué dans ma première note, en ayant bien soin, pour mélanger le chloroforme, de renverser le tube plusieurs fois sur lui-même, et non d'agiter, afin d'éviter d'émulsionner ce liquide et d'apporter ainsi du retard dans la séparation du mélange. On sépare le chloroforme à l'aide d'un entonnoir à robinet, et on le recueille dans un tube à essai ; on ajoute un peu d'eau, de manière qu'il y ait environ 1 centimètre cube au-dessus du chloroforme ; on sature par un excès d'acide acétique : la fuchsine reproduite se sépare du chloroforme et le surnage sous forme de solution aqueuse plus ou moins colorée.

» Deuxième mode opératoire. — On mélange dans un tube à essai le vin, l'ammoniaque et le chloroforme comme précédemment, en prenant toutefois 5 centimètres cubes de chloroforme seulement ; lorsque ce dernier a gagné le fond du tube, on y laisse tomber un cristal d'acide citrique de moyenne grosseur, du poids de 2 à 3 grammes ; l'acide sature l'ammoniaque et reproduit la fuchsine, qui se dépose sur le cristal avec sa belle couleur rouge. »

SUR L'ORIGINE RÉELLE DES NERFS DE SENSIBILITÉ GÉNÉRALE DANS LE BULBE RACHIDIEN ET LA MOELLE ÉPINIÈRE. Note de M. *Aug. Pierret*.

Les expériences de Charles Bell et de Magendie ont amené les anatomistes à rechercher dans les cornes antérieures et postérieures de la substance grise médullaire des cellules motrices et des cellules sensitives. Pour les cellules motrices, le doute n'est plus permis : on sait exactement leur rôle et le point où elles sont situées. Il n'en est pas de même pour les cellules sensitives.

À l'aide de considérations tirées de l'anatomie normale, de l'anatomie pathologique et de la physiologie expérimentale, l'auteur fait voir : 1° que chez l'homme il n'existe pas de cellules nerveuses dans la tête de la corne postérieure de la moelle épinière ; 2° que les fibres spinales postérieures ne se rendent qu'en partie dans la corne antérieure, et que la plupart d'entre elles remontent dans la partie la plus profonde des cordons latéraux jusqu'à leurs centres d'origine.

Rappelant ensuite les caractères morphologiques et topographiques des ganglions du trijumeau, il fait comprendre que les centres ganglionnaires des fibres spinales postérieures, lombaires, dorsales ou cervicales, doivent présenter les mêmes caractères. Recherchant alors s'il existe dans la moelle des groupes cellulaires qui remplissent les conditions voulues, il arrive à démontrer que seules les colonnes de Clarke, formées de cellules nerveuses, possèdent les caractères exigés.

« Si ces groupes cellulaires, ajoute M. Vulpian (qui présente le travail), sont bien les foyers d'origine des fibres sensitives formant les racines postérieures des nerfs rachidiens, on est conduit à admettre que les fibres sensitives lombaires ne trouvent leur centre d'origine qu'au-dessus du renflement lombaire lui-même, puisque les colonnes de Clarke n'existent chez l'homme que dans la région dorsale de la moelle épinière. D'autre part, les fibres des racines postérieures cervicales, après leur trajet ascendant vers le bulbe, doivent nécessairement rencontrer leurs cellules propres d'origine en un point rapproché du noyau dit du trijumeau. Ce point peut être que le ganglion restiforme, qui, on le sait, n'est

que le prolongement inférieur du *tuber cinereum*, et qui représente par conséquent aussi, dans le bulbe, les amas cellulaires de la colonne de L. Clarke. »

Par ses recherches, M. Pierret est conduit aux conclusions suivantes :

« 1° Les fibres sensitives des racines postérieures des paires nerveuses lombaires et dorsales se rendent en grande partie dans les colonnes de Clarke ; 2° les fibres sensitives des paires nerveuses cervicales se rendent dans une série de noyaux échelonnés dans le bulbe, au-dessus des noyaux vrais du trijumeau ; 3° ces deux chaînes ganglionnaires communiquent entre elles par des fibres ascendantes dont quelques unes s'entrecroisent ; 4° ce système sensitif tout entier reste confiné dans l'aire des zones radiculaires postérieures. »

Voulant contrôler ces données anatomiques par tous les moyens possibles, M. Pierret s'est adressé à l'anémie pathologique. S'attachant à une maladie nerveuse très-commune et dans laquelle les troubles de sensibilité sont, pour ainsi dire, prédominants, le *tabes dorsalis*, il a démontré que cette maladie peut à bon droit être considérée comme résultant de l'inflammation chronique du système sensitif dont il cherche aujourd'hui à établir l'anatomie. Par une série d'études histologiques et cliniques, il a fait voir que cette inflammation évolue toujours dans le domaine des zones radiculaires postérieures. Il a pu, en effet, observer de nombreux cas de *tabes dorsalis* dans lesquels il existait une sclérose des colonnes de Clarke, des ganglions restiformes ou des noyaux du trijumeau. L'existence d'une sclérose des noyaux d'origine des nerfs trijumeaux a été constatée récemment aussi dans un cas du même genre par M. Hayem.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. le ministre de l'intérieur transmet, pour la bibliothèque de l'Académie, deux volumes des *investissements* sommaires des départements.

M. le ministre de l'Agriculture et du Commerce transmet à l'Académie : a. Le tableau des vaccinations pratiquées en 1875 dans les départements de l'Orne et du l'Aveyron. — b. Les rapports généraux de M. le docteur Nicpece sur les eaux minérales d'Allevard pour 1874 et 1875.

L'Académie reçoit : a. Un rapport de M. *Richet* sur les eaux minérales du Mont-Dore pour 1875. — b. Une note de M. *Auiler* sur l'assainissement des grandes villes.

— c. Des lettres de candidature de MM. *Tourgoing* et *Méhu* pour la section de pharmacie. — d. Une lettre de candidature de M. *Cornil* pour la section d'anatomie pathologique. — e. Une lettre de M. *Maurice Ragnaud* se rapportant au mémoire de M. Proust dans la dernière séance.

M. *Leroy de Méricourt* présente, au nom de M. le docteur A. *Roux*, une observation de cataplexie hystérique.

M. *Chauffard* présente, au nom de M. *Maurice*, deux brochures sur les *laryngopathies syphilitiques* et sur l'*herpès*.

RELATIONS ENTRE LES TROUBLES DE LA MOTILITÉ DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE ET LES LÉSIONS DE LA COUCHE CORTICALE DES CIRCONVOLUTIONS FRONTO-PARIÉTALES. — M. le docteur *Achille Foville* communique un mémoire sur cet important sujet. Deux caractères prédominants distinguent la paralysie générale ou folie paralytique des autres formes d'aliénation mentale et de ses autres maladies cérébrales.

L'un de ces caractères est symptomatique : il consiste dans l'ensemble des troubles de la motilité, qui ont fait donner à cette affection le nom de paralysie générale ; l'autre caractère est anatomique et consiste en une altération de la substance grise corticale, se manifestant principalement par l'adhérence des méninges épaissies et infiltrées de dépôts plastiques, à la portion la plus superficielle des circonvolutions et par le ramollissement de la couche grise sous-jacente. Lorsque l'on cherche à enlever les méninges, celles-ci au lieu de se détacher seules, entraînent par places une pellicule de substance corticale et laissent aux endroits ainsi dénudés une véritable ulcération.

Jusqu'à présent aucune relation de cause à effet n'avait été établie entre les troubles constants de la motilité et l'altération constante de la surface corticale des circonvolutions fronto-pariétales.

M. *Foville* croit pouvoir établir ces rapports de la manière suivante :

1° La paralysie générale des aliénés a pour caractères pathognomoniques : a, au point de vue symptomatique, des troubles constants de la motilité ; b, au point de vue anatomique, une altération constante de la substance corticale des circonvolutions fronto-pariétales.

2° Les travaux les plus récents tendaient à attribuer les troubles de la motilité dans la paralysie générale à des modifications histologiques plus ou moins manifestes du bulbe et de la moelle. Aucun rapprochement de cause à effet ne pouvait donc être établi entre la lésion anatomique constante et les manifestations symptomatiques également constantes.

3° La découverte par Hitzig et Ferrier d'une région excitable et motrice à la surface des circonvolutions de la partie moyenne des hémisphères cérébraux permet d'établir ce rapprochement.

4° L'existence, dans la région excitable des circonvolutions, de centres moteurs corticaux distincts pour les mouvements du membre supérieur, du membre inférieur, du cou et de la tête, de la langue et des mâchoires, de la face et des lèvres, du globe de l'œil et des paupières, permet de rendre un compte exact de la localisation des ataxies, des convulsions, des contractures et des paralysies partielles limitées à tels ou tels de ces organes dans la paralysie générale.

5° C'est d'abord par l'excitation que produisent dans ces différents centres moteurs, l'hyperhémie du début de la maladie et les poussées congestives successives de la partie moyenne, et ensuite par les progrès de la dégénérescence scléreuse de la période de déclin que s'expliquent les troubles progressifs de la motilité, tels que l'embaras de la parole, les spasmes fibrillaires des lèvres et des joues ; l'ataxie et la dissociation des mouvements des membres ; le grincement des dents, le rétrécissement ou la dilatation de la pupille, les convulsions limitées à un seul membre ou à un petit nombre d'entre eux ; les attaques épileptiformes uni-latérales, les hémiplegies partielles ou passagères, les contractures persistantes et enfin les paralysies plus ou moins complètes.

6° En résumé, dans la paralysie générale les lésions corticales des circonvolutions fronto-pariétales sont la cause directe des troubles de la motilité ; de la localisation et de l'intensité de ces lésions dépendent la localisation et l'intensité des accidents spasmodiques et paralytiques.

LOCALISATIONS CÉRÉBRALES. — Dans une lettre lue par M. le secrétaire perpétuel, M. Maurice Raynaud rapporte l'histoire d'un phthisique chez lequel, trois jours avant la mort, était apparue subitement une paralysie limitée au membre supérieur gauche et atteignant presque exclusivement les muscles extenseurs de la main sur l'avant-bras.

A l'autopsie, M. Raynaud a pu constater comme unique lésion un très-petit foyer de ramollissement rouge développé sur l'hémisphère droit, autour d'un tubercule méningé. Ce foyer, qui n'atteignait pas les dimensions d'une pièce de 20 centimes, était situé sur la circonvolution pariétale ascendante et dans la substance grise formant le fond du sillon de Rolando, à 5 centimètres de distance du bord supéro-interne de l'hémisphère. Or, ce point est précisément celui qui, chez le singe, est en rapport avec le mouvement du membre supérieur.

La science possède déjà un certain nombre de faits plus ou moins analogues, qui ont été publiés par M. Landouzy ; mais cette observation est la seule dans laquelle la monoplégie brachiale ait existé à l'exclusion de tout autre phénomène cérébral, ce qui permet d'établir d'une manière certaine une relation entre la lésion anatomique et le trouble cérébral.

— M. Colin donne lecture, au nom de la commission du prix Barbier, d'un rapport sur huit mémoires qui ont été présentés à l'Académie.

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret. La séance est levée à cinq heures.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1876. — PRÉSIDENT DE M. BUCQUOY.

COTON-VERRE OU GLASWOLLE : M. LIMOUSIN. — CALCULS INTESTINAUX : MM. LIMOUSIN, TRASBOT, GUBLER, MIALHE. — GYMNASTIQUE PULMONAIRE : M. DALY.

M. Limousin présente un échantillon curieux de *coton de verre* ou *glaswolle*. Le coton de verre présente absolument l'aspect de la ouate ; il n'en diffère que par une apparence un peu plus soyeuse et une légère crépitation lorsqu'on le froisse près de l'oreille.

Ce produit est employé en Allemagne, et surtout en Autriche, pour filtrer les liquides dans les laboratoires.

Il est constitué par du verre étiré en fils extrêmement fins au moment de la fusion ; ces fils s'enroulent sur des cylindres métalliques chauffés et mis en mouvement comme un rouet à filer le lin et le chanvre. Le verre de Bohême se prête seul à cette fabrication.

Au microscope, ces fils sont aussi ténués que des fibrilles de coton et au moins aussi souples.

Cette substance présente de grands avantages au point de vue de l'utilisation pour filtrer les solutions acides ou alcalines, même concentrées, et diverses autres substances, telles que le nitrate d'argent, l'alumine, le collodion, la liqueur de Fehling, etc.

M. Limousin signale en outre l'excessive rapidité de l'écoulement des liquides au travers d'une substance où l'action capillaire n'est pas entravée par un rapprochement trop grand des fils, qui sont assez résistants pour s'opposer à un tassement trop considérable.

Le *glaswolle* n'a point l'inconvénient d'altérer les matières filtrées ou d'être altéré par elles ; il peut enfin servir pour les badigeonnages avec l'acide chromique, le nitrate d'argent, la teinture d'iode, etc.

— M. Limousin présente à la Société un calcul trouvé dans l'intérieur d'un cheval. Ce calcul, de la grosseur du poing environ, contient à son centre un débris de verre.

M. Trasbot a souvent vu des calculs gros comme une tête d'adulte. Ces calculs intestinaux ont tous un corps étranger à leur centre, souvent une simple pelote de poil ou de foin. Ces calculs se trouvent toujours dans le colon. Ils ne se voient jamais chez les chevaux qui sont au vert.

M. Limousin fait remarquer que ce calcul, composé de sulfate de chaux, est formé de couches concentriques séparées quelquefois par des strates de mucus, comme si la formation s'était faite en plusieurs temps. Le corps étranger semble agir ici comme ferait un cristal dans une solution saturée.

M. Gubler fait remarquer l'analogie qui existe entre ces bézoards et les calculs développés chez l'homme dans les cavités muqueuses. Toutes les fois qu'un corps étranger séjourne dans un conduit muqueux, il se dépose du carbonate et du phosphate de chaux, dont le mucus est riche ; c'est ainsi qu'un calcul biliaire s'entoure de couches de carbonate et de phosphate terreux, qui se déposent autour de la cholestérine primitive. De même dans les bronches, il se dépose du carbonate et du phosphate, sans même que la présence d'un corps étranger soit nécessaire ; quelquefois il suffit d'un petit caillot pour en jouer le rôle et servir de centre. Il en est de même pour les calculs salivaires. Tous les mucus sont alcalins : il semble donc que les carbonates et les phosphates y soient comme en suspension moléculaire. Du moment que le mucus séjourne en un point, les sels terreux se déposent.

M. Mialhe pense que ces substances sont tenues à l'état de dissolution vraie par l'acide carbonique.

M. Limousin pense que le dépôt cristallin suppose plus qu'une suspension.

M. *Gubler* étaye son opinion sur la sorte de suspension qui caractérise l'état de ces sels sur le fait souvent présenté par les urines alcalines, qui déposent des sels terreux sans que l'acide chlorhydrique y décale beaucoup d'acide carbonique. Il y a d'ailleurs des corps qui ne cristallisent qu'après s'être solidifiés ; il compare cet état moléculaire à celui de la fibrine dans le sang.

M. *Trasbot*, revenant aux bézoards des chevaux, croit que si ceux de ces animaux qui vivent dans les pâturages en sont exempts, cela tient à ce que leur nourriture est alors aqueuse et peu riche en sels terreux. Les chevaux qui mangent beaucoup de son y sont, au contraire, très-sujets.

Chez les chiens, ces calculs sont rares. Cela tient à ce que les aliments ne séjournent pas longtemps dans leur intestin, qui est court.

— M. *Dally* donne communication de détails intéressants, qu'il continuera dans la prochaine séance sur la gymnastique pulmonaire. Il y a dans les poumons, dit-il, un air de résidu, un air complémentaire, un air courant. Le renouvellement de l'air ne se fait donc que progressivement, et dans l'état ordinaire nous nous habituons à n'employer qu'une fraction du poumon; au lieu d'une capacité disponible de 4 à 5 litres, nous n'utilisons le plus souvent qu'un demi-litre. L'éducation, l'habitude et la sélection ont créé des races coureuses qui précèdent tout autrement. On voit des spécimens de coureurs en Espagne, en Egypte, au Chili, au Japon. Les anciens faisaient grand cas de la faculté de courir.

L'orateur pense que, de nos jours, il y aurait avantage à développer des qualités semblables. Mais pour cela il faut un entraînement. Nos chevaux de course eux-mêmes n'arrivent à fournir leurs courses rapides que par l'entraînement. L'essoufflement qui nous empêche de courir n'est autre qu'un rapport insuffisant entre la production de l'acide carbonique par le travail musculaire et son élimination.

L'entraînement doit donc consister et consiste, en effet, à proportionner le travail de la respiration aux besoins de l'hématoase.

Des essais qu'il a faits sur un grand nombre de sujets, M. *Dally* croit pouvoir conclure que pour que l'intensité respiratoire puisse s'élever à une hauteur et à un rythme suffisants, il faut inspirer par le nez et expirer par la bouche.

Cette nécessité de la respiration par toute la surface pulmonaire n'a pas seulement pour but de permettre à l'homme de courir; elle développe le diamètre transversal de la poitrine. On sait quel rapport il y a entre la petitesse de ce diamètre et la plithisie; et il est effrayant pour nos classes aisées, et surtout pour celles qui sont adonnées aux travaux de l'esprit, de voir, ainsi que l'a constaté M. Valin, que l'examen de la promotion de Saint-Cyr a donné un diamètre thoracique moins grand que le contingent des simples soldats de la même année.

Ces prémisses posées, M. *Dally* développera dans une prochaine séance le résultat de ses travaux.

A. B.

REVUE DES JOURNAUX

Atrophie musculaire et paraplégie dans un cas de syphilis maligne précoce, par M. J. DEJEUNE, interne des hôpitaux.

La malade qui fait l'objet de cette observation est une jeune femme de vingt-six ans, dont la première manifestation syphilitique paraît remonter à six semaines à peu près; deux mois cependant avant son entrée à l'hôpital, elle éprouva un affaiblissement des membres inférieurs avec douleurs très-vives, affaiblissement tel que la marche devint impossible et qu'elle ne put sortir de son lit. La malade est dans un état de cachexie profonde; son corps entier est couvert d'éruptions d'ecthyma syphilitique

avec croûtes; d'après cette dégénération et l'état de la malade, M. le professeur Hardy diagnostique: syphilis maligne précoce.

Les douleurs de jambes sont très-vives, beaucoup plus fortes la nuit que le jour, elles empêchent parfois le sommeil. Les membres inférieurs sont amaigris, et l'atrophie porte sur toutes les masses musculaires, elle est si prononcée que la peau paraît littéralement collée aux os. Les pieds sont dans une extension forcée et passive, la flexion et l'abduction sont impossibles ainsi que les mouvements desorteils. Les mouvements réflexes sont notablement exagérés: il y a hyperesthésie au niveau des mollets et des coudes-de-pied, et une légère anesthésie sur le dos du pied et sur la jambe. De plus, la contractilité farado-musculaire des membres inférieurs est très-diminuée. Le traitement présent fut l'iodure de potassium.

Tel est l'état de la malade au 15 janvier: sauf une amélioration de la motilité des membres inférieurs au commencement d'avril, tous ces accidents s'aggravèrent, principalement l'état cachectique; elle meurt le 17 avril.

À l'autopsie, on trouve un épanchement purulent dans la plèvre gauche, des granulations dans les deux poumons et une cavité de volume d'une noisette dans le poumon droit. Tous les muscles des membres inférieurs sont atrophiques, même ceux du bassin; aucun ne présente la trace d'infiltration graisseuse. Du côté des nerfs musculaires, on trouve cette lésion décrite par M. Vulpian dans la période ultime de l'atrophie, consistant dans la disparition de la myéline, du cylindre-axe; les parois de la gaine de Schwann sont accolées et sont recouvertes de distance en distance par des nouveaux formations.

Mais la lésion histologique sur laquelle M. Dejeune insiste avec le plus de soin, c'est sur les altérations des cellules des cornes antérieures, des régions lombaire et dorsale inférieure, altérations que l'on reconnaît aujourd'hui comme cause déterminante de l'atrophie musculaire. Ces altérations sont, outre la diminution des cellules, la rareté des prolongements cellulaires (cylindre-axe et prolongements anatomiques). Il y a conservation du noyau et du nucléole jusqu'à la période ultime; un petit nombre d'éléments nerveux présentent l'altération vasculaire, un plus petit nombre encore l'altération pigmentaire. La substance blanche est absolument intacte dans toute l'étendue de la moelle épinière.

M. Dejeune termine les réflexions qui accompagnent cette observation consciencieuse par la remarque suivante: cette femme était atteinte de syphilis depuis peu de temps, lorsqu'elle devint paraplégique; chez elle, la syphilis avait revêtu la forme maligne précoce, c'est-à-dire qu'à une époque très-rapprochée de l'accident primitif, les accidents secondaires (ecthyma, rupia) s'étaient accompagnés d'une cachexie profonde.... « Sans vouloir attribuer à la syphilis l'affection spinale et l'atrophie musculaire consécutive, on ne peut cependant méconnaître l'importance de la coïncidence, et si de nouveaux faits analogues à celui-là viennent à se produire, peut-être pourra-t-on alors traiter avec un peu plus de certitude qu'on ne l'a fait jusqu'à présent la question si importante et encore si obscure des affections nerveuses centrales d'origine syphilitique. » (*Archives de physiologie*, n° 4, juillet-août 1876.)

Note sur quelques points de la topographie du cerveau, par M. Charles FÉRÉ.

Après avoir donné les causes d'erreur pour la mensuration du cerveau une fois en dehors de la boîte crânienne, M. Féré ayant opéré sur des têtes congelées fixe la moyenne de la longueur d'un cerveau de femme à 16 centimètres, la largeur maximum à 127 millimètres. Les dimensions du cerveau de l'homme sont généralement un peu plus considérables suivant tous les diamètres. De plus, presque toujours les deux hémisphères sont à peu près égaux en volume; il y a parfois cependant, soit dans le volume, soit dans la disposition des circonvolutions, des modifications dont M. Féré donne quelques exemples. Après avoir fixé, à l'aide de coupes faites selon les indications de M. Luys, les rapports des organes profonds du cerveau, M. Féré étudie quelques

points du cerveau avec la surface extérieure du crâne. Gratiolet le premier, en 1857, chercha à déterminer les rapports des sillons du cerveau avec les sutures du crâne; il admit que le sillon de Rolando était parallèle et sous-jacent à la suture coronale et que par suite les lobes cérébraux correspondaient exactement aux vertèbres ériennes. En 1861, M. Broca montra à l'aide d'un autre procédé (chevilles introduites dans la substance cérébrale à travers des trous faits dans la boîte crânienne), que le sillon de Rolando était de beaucoup postérieur à la suture coronale, et que le lambda offrait un rapport assez constant avec la scissure perpendiculaire externe. Tel est le procédé dont M. Féré s'est servi dans ses mensurations qui ont été faites sur 62 têtes d'individus ayant dépassé soixante ans. Ces mensurations lui permettent de dire, ce sur quoi on est à peu près d'accord, que presque toutes les circonvolutions présentent quant au volume et à la forme des variations notables sur chaque cerveau et même sur chaque hémisphère; quelques sillons présentent cependant des rapports à peu près constants, ce sont: la scissure perpendiculaire externe ou sillon occipital transverse avec le sommet de l'angle de l'occipital; le sillon de Rolando que Gratiolet trouvait parallèle et sous-jacent à la suture coronale, tandis que l'extrémité externe de la suture correspond à l'intervalle des deux plis de la troisième circonvolution frontale; l'extrémité antérieure du sillon de Rolando reste de 25 à 30 millimètres en arrière. « De ces rapports du sillon de Rolando, dit M. Féré, on peut déduire que la circonvolution pariétale ascendante antérieure et la partie postérieure des circonvolutions frontales se trouvent en arrière de la suture coronale et sont recouvertes par le pariétal, ainsi que toutes les circonvolutions comprises entre le sillon de Rolando et la scissure perpendiculaire externe. » Ces délimitations concordent absolument avec celles que MM. Proust et Terrillon ont obtenues à l'aide d'un autre procédé, dont la GAZETTE a donné une description succincte dans le n° 48. L'observation à laquelle nous faisons allusion a montré l'importance de la détermination exacte des divers centres de la substance cérébrale, puisque la présence de certains troubles nerveux permet de diagnostiquer le point même du cerveau qui est lésé; il est donc permis non-seulement de poser un diagnostic, mais d'employer un traitement (trépanation), devant lequel on devait reculer faute d'indications précises. M. Féré en donne lui-même un exemple, moins important que celui de M. Proust, puisque l'issue n'en a pas été la même, mais que l'on peut cependant rapprocher de ce dernier. Il s'agit d'un individu de cinquante-huit ans, qui à la suite d'une plaie de tête portant sur le pariétal droit a été atteint d'un tic non douloureux de la face du côté gauche: la blessure guérit facilement, mais les mouvements convulsifs persistent, ils surviennent par accès de 10, 20 et 30 minutes et sont provoqués par des mouvements de tension douloureuse du cou; ils ne sont pas douloureux, le malade ne présente en outre ni trouble de la sensibilité, ni troubles de la motilité du membre supérieur, ni enfin d'aphasie. Le tic facial porte presque uniquement sur l'orbiculaire des paupières et sur les muscles zygomatiques. Comme signe local du côté du pariétal, le malade présente une dépression sur sa partie postérieure, dépression irrégulièrement quadrilatère, de 15 millimètres carrés environ, sur 2 à 3 millimètres de profondeur. Cherchant à déterminer par des comparaisons et à l'aide de la méthode des chevilles, sur sept cadavres, le point cérébral lésé, M. Féré tomba constamment sur la partie postérieure du pli courbe: sa conclusion est donc celle-ci: le tic intermittent non douloureux de l'orbiculaire des paupières et des zygomatiques est consécutif à une lésion indéterminée de la région du pli courbe du côté opposé. Et il ajoute avec raison: Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est que d'après les recherches expérimentales de Piersier, ce serait précisément dans cette région du pli courbe qu'il faudrait chercher les centres moteurs des muscles

de l'œil et des paupières. Telle est la conclusion de cet excellent article de M. Ch. Féré que nous avons cherché à résumer brièvement dans ses points les plus importants. (*Archives de physiologie*, mai-juin 1876, n° 3.)

BIBLIOGRAPHIE

Index bibliographique.

ESSAI SUR L'ICTÈRE GRAVE, par M. le docteur Justin DUPAU. In-8 de 55 pages. — V. Ad. Delachaux et C. Paris, 1876.

Peu de questions ont, dans les vingt dernières années, fourni plus que l'ictère grave matière à des travaux intéressants, à des discussions approfondies, et cependant l'histoire de cette redoutable affection est à peine ébauchée; M. Justin Dupau vient à son tour fournir quelques renseignements, c'est avec plaisir que nous les signalons.

Après un historique sur lequel nous n'insisterons pas, M. Dupau aborde la question si obscure de la nature de l'ictère grave. Il passe sommairement en revue les diverses théories émises avant lui, puis, après les avoir résumées pour des motifs qu'il expose, il conclut ainsi: « Ne semblait-il pas qu'il existe deux systèmes nerveux reliés l'un à l'autre et dépendant l'un de l'autre...? Le système nerveux de la vie végétative tient en quelque sorte sous sa dépendance celui de la vie de relation, et les nerfs sensitifs sont le trait d'union entre ces deux systèmes. » Partant de ce principe, qu'il développe longuement, M. Dupau définit comme il suit l'ictère grave: « L'ictère grave serait donc une affection qui se manifesterait par l'apparition de troubles vaso-moteurs: troubles vaso-moteurs se traduisant par des troubles de sécrétion de la plupart des glandes du corps humain, par l'apparition des matériaux de la bile dans le sang, qui transsuerait à travers les vaisseaux dilatés, occasionnant ainsi un des principaux symptômes de cette affection, l'ictère, et aussi par la production d'hémorrhagies dans tous les organes du corps humain. »

« Ces troubles vaso-moteurs, suivis bientôt du délire et du coma, qui appartiennent à la deuxième période de cette affection, seraient dus à une perturbation de l'influx nerveux, végétatif, que cette perturbation fit à son tour causée par un choc assez violent pour ébranler instantanément tout notre organisme, ou par des chocs répétés sur une vie végétative déjà débilitée. »

On trouve en outre dans le travail de M. Justin Dupau plusieurs observations fort bien prises.

L'ABANDON DE LA SAIGNÉE EST-IL UN PROGRÈS? par M. le docteur E. TRASTOUR. In-8 de 19 pages. — C. Mellinet, Nantes, 1876.

L'auteur considère la saignée comme un moyen thérapeutique absolument abandonné; s'il entend par là qu'un certain nombre de praticiens « n'osent plus tirer de sang », suivant son expression, il a raison, et il peut condamner cette pratique. Mais ce n'est pas dans la manière d'agir du plus grand nombre, qui malheureusement se contente de suivre le mouvement indiqué, qu'il faut chercher le rôle et l'usage d'un moyen thérapeutique; or, nous pouvons le dire, la plupart des maîtres actuels ne renoussent pas la saignée, ou, pour être plus exact, les émissions sanguines d'une manière absolue, ils les admettent, mais ne les considèrent pas comme la panacée universelle. Pour résumer la véritable doctrine de la saignée, on peut dire: contre une lésion en voie de se faire, contre une poussée dans une affection ancienne, les émissions sanguines peuvent être utiles, elles doivent donc être employées, à moins de contre-indications spéciales. Mais si la lésion est faite, les saignées, absolument inutiles, peuvent devenir nuisibles, en privant le malade d'une partie, si faible soit-elle, de sa force de résistance. En soutenant cette manière de voir, M. Trastour rend un véritable service.

DE L'ACTION TÔPIQUE DE L'HYDRATE DE CHLORAL SUR LA MUQUEUSE DE L'ESTOMAC, par Léo TERTUT. In-8 de 55 pages. — Bordeaux, 1876.

L'auteur démontre expérimentalement les effets nuisibles de l'hydrate de chloral. Cette substance, introduite dans l'estomac, soit sous forme de cristaux, soit sous celle de solution aqueuse, détermine des lésions inflammatoires qui peuvent aller jusqu'à la formation d'eschares. Les dragées, les capsules contenant de l'hydrate de chloral produisent des effets analogues aux cristaux. Les

meilleurs moyens, non de supprimer, mais d'atténuer les effets caustiques du chloral, sont d'abord les sirops employés comme vésicaires, mais les résultats obtenus sont bien faibles; une solution de bicarbonate de soude, dont on ajoute quelques gouttes à la solution chloralique, produit de bien meilleurs effets.

DES PARALYSIES LARYNGÉES, par M. le docteur Alphonse TISSOT. In-8 de 60 pages. — V. Ad. Delahaye et C^e, Paris, 1876.

Voici le plan du mémoire: Recherches sur les muscles du larynx et leurs nerfs. Étude physiologique de ces parties au point de vue de la respiration, de l'effort de la voix. Nous ne nous occuperons pas de ces deux premiers chapitres, que l'auteur eût pu se dispenser d'écrire en se bornant à renvoyer aux ouvrages d'anatomie et de physiologie. C'est alors, à proprement parler, que commence la tâche de l'auteur, l'étude des paralysies laryngées. Pour lui, il en existe de deux espèces, suivant que l'un des nerfs laryngés, supérieur et inférieur, est atteint. Cette considération bien développée, les différences établies, les symptômes analysés, et nous devons bien le dire, surtout ceux fournis par le laryngoscope, il aborde l'étude clinique de ces paralysies, leur marche, leur diagnostic, leur pronostic, et enfin leur traitement. Dans toute cette partie, M. le docteur Tissot a su bien analyser et réunir les matériaux qu'il possédait. Mais nous sommes obligés d'avouer que, à part quelques observations, il ne nous apprend rien de nouveau.

NOUVELLES RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES SUR LES NERFS VASO-MOTEURS, par M. le docteur Paul BUON. In-8 de 75 pages. — J.-B. Baillière et fils, Paris, 1876.

L'auteur, par des expériences personnelles, une analyse soignée des travaux des physiologistes, cherche à légitimer les conclusions suivantes:

L'effet immédiat de la section d'un nerf contenant des fibres vaso-motrices est un effet actif et non un effet passif. Les irritations (agents chimiques, mécaniques et électriques) du bout périphérique d'un nerf contenant des fibres vaso-motrices produisent une dilatation des vaisseaux du membre correspondant. Il croit que l'irritation, avec un courant induit, du bout périphérique d'un nerf contenant des filets vaso-moteurs, peut cependant amener une constriction des vaisseaux du membre correspondant.

Les résultats différents obtenus par l'irritation avec les courants induits tiennent à l'intensité du courant; un courant faible amène une dilatation, un courant fort une constriction.

M. Bricou prétend: « qu'il n'y a qu'une espèce de nerfs vaso-moteurs, comprenant des fibres centrifuges et des fibres centripètes; qu'ils peuvent: 1° produire, à la suite d'une excitation violente, une constriction spasmodique des vaisseaux; 2° augmenter, si l'excitation est moins forte, les contractions péristaltiques et autonomes des vaisseaux. »

Il va sans dire que ces conclusions sont celles de l'auteur, à qui nous en laissons toute la responsabilité.

NOTE SUR LES ALTÉRATIONS DU CŒUR, DU FOIE, DES REINS, ETC., CHEZ LES ALIÉNÉS, par M. le docteur E. DUFOUR. In-8 de 30 pages. — V. Adrien Delahaye et C^e, Paris, 1876.

M. Dufour, ayant pratiqué un grand nombre d'autopsies d'aliénés, a été amené à constater que, chez beaucoup d'entre eux, il existe des altérations du cœur, ou, pour mieux dire, des lésions du muscle cardiaque. Il a trouvé de même des altérations dans d'autres muscles. Des altérations du cœur dépendent celles du foie, des reins, et même, dans un certain nombre de cas, de la rate. L'auteur, dans un long tableau, a classé un nombre considérable de cas qu'il a observés; on y trouvera tous les renseignements nécessaires. Ce travail a dû coûter un labeur prolongé et soutenu, car les cas sont très-variés et observés dans tous leurs détails.

DE LA NÉCROSE STIBIÉE DANS LA PNEUMONIE, par M. le docteur H. NOGARON. — (Thèse inaugurale. Paris, 1876, n° 221.)

Ce travail, dont les éléments ont été puisés à l'hôpital Cochin, dans le service de M. le docteur Bucquoy, renferme des aperçus intéressants. L'auteur prétend que les effets du tartre stibié, et notamment l'abaissement du pouls et de la température, sont action défluxionnante sur le pottum, sont liés et à ses effets physiologiques et aux vomissements. Du reste, il ne croit pas que,

par lui-même et en tant qu'effet physiologique, le tartre stibié produise un abaissement de la température en dehors de la période de vomissements. S'il diminue la fièvre, c'est parce qu'il produit l'amélioration de la phlegmasie qui l'entretenait.

Dans la phthisie pulmonaire, c'est au moment de la fonte tuberculeuse, c'est quand il y a bronchite que le tartre stibié est indiqué. M. Bucquoy regarde encore une poussée aiguë de granulations et la phthisie granuleuse elle-même comme des indications positives.

ESSAI SUR L'ESTHIMÈNE DE LA RÉGION VULVO-ANALE, par M. le docteur Albert FIQUET. In-8 de 70 pages. — V. Ad. Delahaye et C^e, Paris, 1876.

L'auteur, interne à la maison Saint-Lazare, était bien placé pour étudier cette affection; aussi, sans prétendre donner des renseignements bien neufs, nous fournit-il une description très-attentive, méthodique et claire de l'esthimonème. Le mémoire contient de nombreuses observations, prises avec un soin minutieux, et qui pourront dans bien des cas servir à élucider des cas embarrassés. Pour résumer nos impressions, c'est une bonne thèse comme on désireait en rencontrer beaucoup.

DE LA FLUXION OU CONGESTION PULMONAIRE SIMPLE CHEZ LES ENFANTS, par M. le docteur HIRNE, interne des hôpitaux. In-8 de 72 pages. — Ponsot, Paris, 1876.

Le mémoire de M. Hirne, très-soigné dans tous ses détails, est basé sur plusieurs observations prises avec soin; il arrive aux conclusions suivantes:

La fluxion ou congestion pulmonaire existe comme un maladie essentielle chez les enfants.

Elle est caractérisée par un début brusque, une élévation rapide du pouls et de la température, par une durée presque éphémère de la fièvre et un abaissement non moins brusque de la courbe thermométrique.

Le second caractère est une variété très-grande et une extrême mobilité dans les signes physiques, perçus tant par l'auscultation que par la palpation et la percussion.

La terminaison est à toujours été heureuse, au moins dans les cas observés par nous.

Le traitement, consistant en vomitifs, révulsifs et digitale n'est que palliatif; la guérison ayant lieu souvent sans médication.

VARIÉTÉS

ASSISTANCE MÉDICALE DANS LES CAMPAGNES.

Dans la dernière séance hebdomadaire des médecins législateurs, la réunion a donné sa complète adhésion au projet de loi sur lequel un rapport a été déposé par M. Richard Waddington.

Proposition de loi.

ARTICLE PREMIER. — Dans tous les départements l'assistance à domicile des indigents malades sera organisée pour chaque commune conformément aux dispositions de la présente loi.

ART. 2. — Dans les communes où existent des bureaux de bienfaisance ou des commissions de charité, les bureaux ou les commissions réunis au Conseil municipal de la commune dresseront tous les ans la liste nominative des indigents admis aux secours médicaux. — Dans les communes dépourvues de bureau de bienfaisance ou de commission de charité, le Conseil municipal sera chargé de la confection de la liste. — Le médecin ou un délégué des médecins appelés à faire le service de l'assistance dans la commune assistera avec voix délibérative à la réunion. — La liste sera communiquée au Préfet, qui la soumettra à la commission départementale. — Cette liste sera révisée tous les trois mois.

ART. 3. — Les conseils généraux devront, dans chaque département, organiser les secours d'assistance médicale et pharmaceutique de manière à ce qu'ils soient assurés pour chaque commune. Ils arrêteront à cet effet des règlements qui détermineront le mode d'organisation et de fonctionnement de ce service. Les règlements pourront ne pas être uniformes pour les divers cantons du département. Les conseils d'arrondissement, les associations

médicales, les conseils d'hygiène et les conseils municipaux intéressés seront appelés à donner leur avis sur les règlements ci-dessus spécifiés.

Art. 4. — En cas d'insuffisance des ressources spéciales de l'assistance et des ressources ordinaires de leur budget, les communes seront tenues de s'imposer jusqu'à concurrence de 2 centimes additionnels aux quatre contributions directes, pour leur part contributive aux dépenses prévues par la présente loi.

Art. 5. — Les conseils généraux devront porter au budget des départements les dépenses de l'assistance médicale. Les dépenses seront couvertes par les contingents communaux ci-dessus fixés et par une contribution du département. Les conseils généraux, à cet effet, en cas d'insuffisance des ressources des communes et en cas d'insuffisance des ressources ordinaires de leur budget, seront tenus de voter une centime départementale, additionnel aux quatre contributions.

Art. 6. — L'Etat concourra aux dépenses du service dans la mesure qu'il jugera utile, au moyen de subventions allouées aux départements qui, après avoir épuisé le maximum des contributions spéciales, n'auront pu créer des ressources suffisantes pour l'organisation des services de l'assistance médicale.

Art. 7. — Il sera pourvu par un règlement d'administration publique aux dispositions nécessaires pour l'exécution de la présente loi.

MUTATIONS DANS LES HÔPITAUX. — M. Millard passé à Beaujon, M. Laboulière à la Charité, M. Guyot à Beaujon, M. Féréol à Lariboisière, M. Peter à la Pitié, M. Blachez à Necker, M. Proust à Lariboisière, M. Ollivier à Lariboisière, M. Molland aux Enfants, M. Ball à Saint-Antoine, M. Beaumetz à Saint-Antoine, M. Fernet à Saint-Antoine, M. Lecorclé à la Maison de santé, M. Damaschino à Larochefoucauld, M. Martineau à Lourcine, M. Hayem aux Nourrices, M. Ferrand à Ivry.

La place de M. Moisseuet à l'Hôtel-Dieu est supprimée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Par décret en date du 30 novembre 1876, M. Fossagrives, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de thérapeutique et matière médicale, vacante à ladite Faculté.

— Par un autre décret, la chaire d'hygiène est déclarée vacante.

ENSEIGNEMENT DE L'ALIÉNATION MENTALE. — Nous apprenons que M. le ministre de l'intérieur vient de notifier à M. le préfet de la Seine une décision, en date du 15 novembre 1876, portant : 1° que des conférences cliniques de pathologie mentale pourront être ouvertes à l'Asile Sainte-Anne et dans les quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière; 2° que ceux qui voudront suivre les conférences devront se procurer préalablement d'une autorisation du directeur de l'établissement, laquelle sera délivrée : aux élèves en médecine, sur le vu d'un certificat de la Faculté de médecine, attestant que le titulaire a subi avec succès le troisième examen de fin d'année, — aux médecins et aux magistrats, sur la présentation de leur carte personnelle, — aux avocats sur le vu d'un certificat délivré au secrétariat général du ministère de la justice.

(Gaz. des hôpitaux.)

La réouverture de ces conférences est due à l'intervention des médecins sénateurs et députés.

LÉGION D'HONNEUR. — A été nommé au grade de chevalier : le docteur Vivet, de Méruville (Seine-et-Oise).

— A été nommé au grade d'officier : M. Auvry (Alphonse-Léopold), médecin principal de la marine.

NÉCROLOGIE. — Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. le docteur William Regnaud. Notre regretté confrère a succombé victime de son dévouement, en donnant ses soins à deux enfants et leur mère qui ont eux-mêmes succombé aux atteintes de la diphtérie.

M. le docteur Perot, son ami, est à son tour très-gravement atteint de cette maladie qu'il a contractée en lui prodiguant ses soins.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Bordes, étudiant en médecine, décédé à l'hôpital de la Charité.

Nous apprenons avec douleur la mort de M. Foltz, professeur d'anatomie à l'École de médecine de Lyon. Ancien

élève de l'École militaire de Strasbourg et du Val-de-Grâce, M. Foltz était venu se fixer à Lyon après avoir été chirurgien militaire pendant quelques années. Il avait acquis une grande popularité parmi les élèves et jouissait de l'estime et de la sympathie de tous ses confrères. L'École de Lyon lui doit beaucoup d'innovations, entre autres la création de son musée anatomique et le catalogue complet des richesses qu'il renferme.

M. Foltz a publié un grand nombre de travaux sur l'anatomie et la physiologie. Parmi les plus importants nous citerons son mémoire sur les usages du liquide céphalo-rachidien, sur l'histologie des membres pelviens et thoraciques, les fonctions des muscles peuciers du cou, sur l'anatomie et la physiologie des voies lacrymales, etc. On lui doit encore un excellent procédé opératoire pour la fistule lacrymale et un mémoire sur l'emploi des lavements froids dans la fièvre typhoïde.

J. L.

— Nous signalons également la mort de M. Pignoni, chirurgien de la marine. Il y a quelques jours à peine, ce praticien présentait à la Société de chirurgie un mémoire très-original sur une nouvelle opération chirurgicale pour la dissolution intra-vésicale de la pierre. C'est en faisant des expériences sur le cadavre que ce chirurgien contracta la maladie qui vient de l'emporter.

— On annonce la mort de deux médecins anglais : M. Edward Batty, professeur honoraire à l'école de médecine de Liverpool, et M. Charles Mayo, qui exerçait avec distinction la chirurgie à Winchester. Chirurgien en chef de l'hôpital, membre actif de la *British medical Association*, fellow du Collège royal des chirurgiens, M. Mayo avait été récemment honoré par ses concitoyens du titre de maire de Winchester.

— M. le docteur Mahier (de Château-Gontier) vient de mourir de la diphtérie.

État sanitaire de Paris :

Du 30 novembre au 6 décembre 1876, on a constaté 1033 décès, savoir :

Variole, 7. — Rougeole, 7. — Scarlatine, 1. — Fièvre typhoïde, 105. — Erysipèle, 2. — Bronchite aiguë, 52. — Pneumonie, 60. — Dysentérie, 0. — Diarrhée cholériforme des enfants, 2. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 21. — Croup, 30. — Affections puerpérales, 3. — Autres affections aiguës, 213. — Affections chroniques, 462, dont 171 dus à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 42. — Causes accidentelles, 26.

SOMMAIRE. — PARIS. Des propriétés thérapeutiques de l'acide salicylique. — Organisation des services hospitaliers de l'armée. — Ovariotomie. — TRAVAUX ORIGINAUX. Physiologie expérimentale : Recherches sur le mécanisme des accidents cardiaques causés par les impressions douloureuses. — Physiologie pathologique : De la dégénérescence kystique des reins chez l'adulte. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de thérapeutique. — REVUE DES JOURNAUX. Atrophie musculaire et paraplegie dans un cas de syphilis maligne rétro-céc. — Note sur quelques points de la topographie du cerveau. — BIBLIOGRAPHIE. Index bibliographique. — VARIÉTÉS. — Assistance médicale dans les emplacements.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité du diagnostic des maladies des organes thoraciques et abdominaux, comprenant la description des méthodes cliniques d'exploration applicables à ces organes, suivi d'un appendice sur la laryngoscopie, par le docteur Paul Guttmann, ouvrage traduit de l'allemand par le docteur Hahn. 1 vol. in-18. Paris, V. A. Delahaye et C^o. 7 fr.

Exposé pratique des différents procédés à employer pour faire cesser la rétention d'urine, par le docteur Morcos Wolf. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^o. 1 fr. 50

Leçons sur l'herpès névralgique des organes génitaux, par le docteur Maurice. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^o. 3 fr.

Recherches sur l'insensibilité plessimétrique, par le docteur Noël Guenzou de Masny. In-8. Paris, V. A. Delahaye et C^o. 4 fr.

Natalité chirurgicale du pénis, par J.-N. Demarquay. Ouvrage publié par les docteurs G. Voelcker et J. Cyr. In-8 avec figures et planches et chromolithographie. Paris, V. A. Delahaye et C^o. Broché, 11 fr.; cartonné, 12 fr.

Recherches expérimentales sur la croissance du crâne, par le professeur Gudden. Ouvrage traduit de l'allemand par le docteur A. Præzel. 1 vol. in-8, avec 11 planches photographiques. Paris, V. A. Delahaye et C^o. 2 fr.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 14 décembre 1876.

LA FIÈVRE TYPHOÏDE ET LA NAPPE D'EAU SOUTERRAINE DE PARIS. — TRANSÈREMENT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La fièvre typhoïde et la nappe d'eau souterraine de Paris.

Tout le monde parle actuellement des théories de Pettenkofer et de l'influence que les oscillations de la nappe d'eau souterraine exercent sur le développement et l'extension de la fièvre typhoïde; mais il semble qu'on a peu étudié, au point de vue médical, la situation de cette nappe sous Paris et les rapports que ses changements de niveau peuvent avoir avec l'épidémie actuelle. Déjà Munich, Berlin, Prague, Bâle, Berne, Zurich, etc., dressent chaque jour, depuis plusieurs années, la courbe de ces oscillations souterraines, et peuvent ainsi comparer cette courbe avec celle de la marche et de la fréquence de la fièvre typhoïde dans chaque quartier. Nous connaissons ces courbes, que nous trouvons dans la plupart des livres classiques étrangers; mais nous ne connaissons presque rien de la nappe souterraine de Paris, que nous habitons. L'absence de tout document de ce genre dans les consciencieux rapports de M. Ernest Besnier nous est un sûr garant que notre savant collègue n'a pas été plus heureux que nous dans ses recherches. Il est indispensable que cette lacune disparaisse au plus tôt. Sans doute il est difficile de déterminer dès à présent la valeur définitive des opinions de Buchanan et de Pettenkofer, et pour notre part nous croyons que l'imprégnation du sol n'est qu'un des éléments d'une pathogénie complexe; mais il est désormais impossible de ne pas tenir compte d'une condition aussi importante, ne fût-ce que pour contrôler les conclusions souvent opposées auxquelles sont arrivés divers auteurs; actuellement les éléments d'infor-

mation font défaut et tout contrôle est impossible. La GAZETTE HEBDOMADAIRE annonçait récemment (p. 754) que, sur un rapport de M. le docteur J. Worms, le conseil municipal venait de décider l'installation dans Paris de 22 stations météorologiques et hygiéniques, placées sous la haute surveillance du directeur de l'Observatoire de Montsouris; au bulletin indiquant l'état électrique et hygrométrique de l'air, la météorologie, l'ozone, il serait, croyons-nous, facile de joindre le relevé des oscillations journalières ou hebdomadaires de la couche d'eau souterraine pour les divers quartiers de la ville. Nous allons voir que ce travail est en quelque sorte préparé, et que l'exécution en est facile.

Le niveau de l'eau souterraine est assez précisément mesuré par la hauteur où s'élève l'eau dans les puits de chaque quartier. A Munich, Pettenkofer a mis en usage une cordelette, ou mieux, pour éviter le raccourcissement de la corde mouillée, une chaînette métallique portant des divisions métriques de 5 ou de 10 centilitres. A la hauteur de chaque division se trouvent fixées de petites auges de fer-blanc, d'une capacité de 3 à 5 centilitres, destinées à se remplir d'eau quand on remonte la chaînette. On note au préalable la hauteur dont le mur d'appui s'élève au-dessus du sol, soit d'ordinaire 80 centimètres, et c'est à cette distance de la poignée, tenue au bord même de la margelle, qu'on a dû marquer sur la chaîne le zéro, c'est-à-dire le niveau de la cour ou de la rue. Quand on a plongé l'appareil, la première auge pleine d'eau à partir de la poignée indique naturellement le niveau de l'eau dans le puits, et il suffit d'inscrire le chiffre gravé sur l'auge même.

Le procédé opératoire est donc extrêmement facile. Nous nous sommes demandé comment on pourrait l'appliquer à Paris, et les recherches auxquelles nous nous sommes livré ces jours derniers nous ont démontré à la fois l'impossibilité d'agir individuellement et la nécessité d'une intervention municipale par des agents désignés à cet effet.

FEUILLETON

Les planches anatomiques de J. Dryander et de G. H. RYFF.

Dans les OPERA OMNIA VESALII, Boerhaave et Albinus, à propos des planches anatomiques qui ont précédé celles de l'auteur dont ils écrivent la vie, disent : « Carpus (Béranger de Carpi) est le premier qui fit entailler dans le bois des figures destinées à mettre sous les yeux des lecteurs l'image des organes. Elles sont d'un dessin rude (*rudi pictas arte*), il il faut l'avouer; mais ce sont les premières et on les admire. » Vinrent ensuite les planches artistiques d'Albert Durer. » Après lui, le seul que nous ayons parmi ceux qui, les premiers, ont essayé de représenter les organes par des figures, » est un médecin de Strasbourg, Gaultier Hermann Ryff, qui » publia, l'année 1544, dix-neuf planches in-folio, imprimées »

» à Strasbourg chez Balthasar Pistor (Beck, Boulanger), où, » dit-il, toutes les parties du corps humain sont représentées » aussi exactement que possible dans des dessins faits d'après » nature. Les figures de Carpus, effectivement, sont inférieures » à celles-ci. Beaucoup plus complètes, elles suivent l'ordre » des parties et donnent une explication assez exacte de la » tête et de l'encéphale. Enfin, elles n'ont été imitées ni de » Vésale ni d'aucun autre. On les regarde comme les premières » d'un art naissant qui allait bientôt atteindre la perfection. » Quant aux planches que Jean Dryander, de la Hesse, avait » promises en 1537, elles n'ont pas paru. A ce qui est pris » dans l'Isagoge de Carpus; il a ajouté une figure qui donne » le simulacre des vaisseaux pulmonaires et deux autres » représentant les muscles superficiels. Les os de la cage » thoracique, l'estomac, les intestins, la rate, le foie, les reins, » les organes de la génération, la tête, ont été dessinés plus » tard, en 1541, après les premières planches de Vésale et » celles de Ryff, qui s'y trouvent reproduites. »

En 1858, M. Delesse, alors ingénieur des mines et inspecteur des carrières du département de la Seine, a exécuté, sous les ordres de M. Haussmann, une *Carte hydrologique de la ville de Paris*. M. Delesse a figuré exactement de mètre en mètre les cotes indiquant l'altitude de tous les points de Paris ; à côté de ces chiffres se trouve inscrit le niveau de l'eau (au-dessus de la mer) dans les deux cents ou trois cents puits des différents quartiers ; il a ainsi obtenu le niveau de la nappe d'eau souterraine, à l'étiage du 17 au 20 août 1858.

Cette carte est d'une perfection rare. On y a tracé la composition des couches géologiques, ainsi que la pente et les profils de la nappe souterraine superficielle. C'est donc un point de départ excellent ; malheureusement, au point de vue médical, ce qui manque est le plus important, à savoir les oscillations hebdomadaires et mensuelles de cette nappe au-dessus et au-dessous du niveau obtenu à un certain étiage de la Seine. Il ne serait pas difficile de recommencer, chaque jour ou chaque semaine, dans quelques points bien choisis et qui ne seraient pas très-nombreux, les mensurations faites en 1858 par M. Delesse.

Voici d'ailleurs le résultat général des recherches du savant ingénieur des mines :

La ville de Paris est traversée par quatre nappes d'eau superficielles : la Seine, le canal Saint-Martin, la Bièvre et le ruisseau de Ménilmontant. Ces nappes souterraines se rencontrent, dans le centre de Paris, à 27 ou 28 mètres au-dessus du niveau de la mer, c'est-à-dire à une profondeur de 6 à 7 mètres, le sol dans cette partie étant en général à l'altitude de 34 mètres ; ce sont ces nappes qui alimentent les puits et en règlent le niveau. La plus importante est de beaucoup celle qui est en communication immédiate avec la Seine. Le fleuve peut être comparé à un immense canal de dessèchement et de drainage où viennent affluer toutes les eaux d'infiltration. La Bièvre et le ruisseau de Ménilmontant, transformés en égouts de ceinture, coulent dans une cuvette parfaitement étanche, et par suite aucune nappe d'infiltration ne correspond à ces deux cours. Il n'en est pas de même du canal Saint-Martin ; dont le radier laisse souvent filtrer l'eau par ses fissures.

À l'état stationnaire, en plein été, quand l'étiage du pont des Tournelles est au voisinage de zéro, le niveau de la nappe souterraine forme une ligne régulière, au premier aspect horizontale, légèrement inclinée vers la Seine. Sur la rive gauche, la différence entre le point le plus haut et le point le plus bas ne dépasse guère 5 mètres, de l'enceinte de Paris à

la Seine ; elle est de plus du double sur la rive droite, parce que les terrains y sont bien moins perméables. La nappe atteint 40 mètres (au-dessus de la mer) à Belleville, 36 au boulevard Magenta, 33 aux buttes Chaumont, 33 à l'hôpital Beaujon, 29 à Vaugirard, 28 aux Gobelins ; de ces points elle descend en ligne droite à la Seine, où elle se confond avec le niveau du fleuve, soit à 25 ou 26 mètres d'altitude. Mais à l'Observatoire le sol est à 64 mètres, la nappe d'eau à 30 mètres, ce qui met celle-ci à une profondeur de 31 mètres, tandis qu'au quai des Grands-Augustins le sol est à 33 mètres, la nappe à 26 mètres, soit une profondeur de 7 mètres seulement. Bien plus, au pied de la colline de Montmartre, entre la rue Saint-Lazare et la rue de Provence, à la hauteur de la rue Taibout, par exemple, l'eau est souvent très-voisine du sol. À l'étiage du 20 août 1858 la nappe souterraine était en ce point à 31 mètres, le sol de la rue étant à 33 mètres. Le même fait s'observe immédiatement au pied des autres collines qui dominent Paris au nord. Tout l'intérêt de ces chiffres réside, pour nous médecins, dans cette profondeur, variable d'abord suivant la topographie, variable aussi pour chaque point d'une époque à l'autre, suivant la quantité de pluie tombée, la perméabilité des couches, le niveau de la Seine, etc.

La nappe souterraine règne d'ordinaire entre les terrains de transport ou de remblais et les marnes supérieures ou calcaires grossiers situés plus profondément. À ce point de vue, on peut diviser Paris en deux zones. Dans une zone centrale, concentrique à la Seine, la nappe souterraine est relativement peu profonde ; elle n'est recouverte que par un sol meuble artificiel, fréquemment rempli par les travaux de construction et de voirie ; cette zone est limitée par une ligne qui part, par exemple, de Saint-Philippe-du-Roule, gagne la caserne de la Pépinière, Notre-Dame-de-Lorette, la prison Saint-Lazare, l'hôpital Saint-Louis, le boulevard des Amandiers, coupe la Seine à la porte de Bercy, longe d'assez près la rive gauche, passe derrière la Halle aux vins, suit la rue Saint-Victor, le boulevard Saint-Germain, Saint-Sulpice, la prison du Cherche-Midi, l'École militaire, le boulevard d'Iéna. Dans l'intérieur de cette zone les inondations des caves sont fréquentes, tantôt par les crues de la Seine sur les bords du fleuve, tantôt parce que de longues pluies gonflent et élèvent la nappe d'infiltration : les caves des maisons situées au pied des coteaux qui dominent le centre de Paris donnent naissance à une multitude de sources, et toutes les caves situées en contre-bas de la nappe s'emplissent de la même façon que les

Or, dans cette petite revue historique, faite pour montrer la supériorité des planches de Vésale, il y a de nombreuses erreurs qui se sont perpétuées sous la grande autorité de Boerhaave et d'Albinus. D'abord Ryff ne mérite pas, comme on va le voir, l'honneur qui lui est fait ici, et les seules belles figures de sa compilation, celles de la tête, appartiennent à Dryander.

Je n'ai pas à m'étendre sur les planches bien connues de Béranger de Carpi. Je rappellerai seulement qu'elles ont paru en 1521 avec ses énormes commentaires sur l'anatomie de Mundinus. Elles sont reproduites dans son court *Isagoge* de 1523, avec quelques figures nouvelles.

Dryander publia l'anatomie de la tête humaine, en 1536 et 1537. Son premier ouvrage a pour titre : *Anatomia capitis humani, in Marpurgensi academid superiori anno publicè exhibitæ per Johannem Dryandrum, medicum. Marpurgi, in officinâ Eucharii Cervicorni Agrippinatis, anno 1536, mense septemb.*

Cet in-4° de 14 feuillets, extrêmement rare, puisque Haller le cite, sans l'avoir vu, d'après le catalogue de Thomassin, se trouve à la Bibliothèque nationale. Il est dédié à Jean Ficin, chancelier du très-illustre prince de Hesse, qui avait aidé à la fondation de l'Académie de Marbourg, très-estimé des savants, etc... *qua inter dissecandum super in humani capitis anatomia ad rivum typis atque figuris exceperam, tibi ob id maximo nuncupanda putavi...*

Puis le recteur de l'Académie de Marbourg annonce (*rerum medicarum studioso*) que le prince Philippe de Hesse, plein de sollicitude pour son école de médecine, a décidé de son autorité royale que tous les ans deux cadavres de prisonniers ou de suppliciés serviraient aux démonstrations publiques d'anatomie ; qu'avec cette permission Jean Dryander, professeur ordinaire de médecine, très-exercé dans ce genre d'études, en a fait deux avec le plus grand succès, l'une et juin 1535 et l'autre en mars 1536. Le recteur ne comprend pas comment l'Allemagne (Germania) a négligé jusqu'à présent de recueillir

puits du voisinage. Ce mécanisme de l'inondation des caves a été parfaitement démontré en 1837 par Arago, Elle de Beaumont, Etimery et Dufresnoy (voy. le 2^e *Mémoire sur les eaux de Paris*, présenté par le préfet de la Seine le 16 juillet 1838, et *Bull. de la Soc. géolog. de France*, t. XIX, p. 12, 4 nov. 1861). Les oscillations de la nappe d'infiltration doivent donc être très-étendues et très-fréquentes dans cette zone; elles sont subordonnées à la fois à l'étiage du fleuve et à la quantité de pluie tombée sur les collines qui dominent Paris.

Au delà de cette zone, qui circonscrit une sorte de cuvette dont la Seine est le fond, le sol est soulevé par des monticules dont la constitution géologique est complexe et variable; ce sont les collines de Chaillot, Passy, Montmartre, Belleville, Ménilmontant, la montagne Sainte-Geneviève. La nappe d'eau souterraine conserve malgré cela son horizontalité relative et passe profondément au-dessous de ces relèvements du sol; bien plus, sous le quartier de l'Observatoire et du Panthéon, sous Montmartre, Belleville, les buttes Chaumont, etc., se trouvent les carrières et les catacombes, qu'on peut considérer comme de vastes canaux de drainage et surtout de ventilation souterraine; or la nappe d'eau d'infiltration passe à plusieurs mètres au-dessous des catacombes, et c'est à travers celles-ci que les puits maçonnés vont chercher l'eau qui les alimente. Les oscillations du niveau de cette nappe ne peuvent ainsi avoir presque aucune influence sur les terrains supérieurs à ce réseau de voutes et de galeries.

Pour donner quelques exemples, à l'hôpital Lariboisière le sol est à 58 mètres; la nappe d'eau à 35 mètres, soit une profondeur de 23 mètres; de même :

	Niv. du sol.	Niv. de l'eau sout.	Profondeur.
Barrière Montparnasse..	55 mètres.	29 mètres.	26 mètres.
Observatoire.....	61	— 30	— 31
Panthéon.....	58	— 27	— 31
Barrière de l'Étoile.....	58	— 28	— 30
Barrière de Clichy.....	58	— 33	— 25
Barrière Blanche.....	61	— 32	— 29
Belleville.....	90 à 146	— 40	— 50 à 76

Les oscillations de la nappe d'eau souterraine doivent être beaucoup plus faibles dans cette zone élevée, et leur influence peut être considérée comme presque nulle, soit en raison de la profondeur de la nappe, soit par le fait de l'interposition des carrières et des catacombes.

Peu de villes paraissent donc aussi bien placées que Paris pour servir de contrôle aux opinions de Pettenkofer. Si ces théories sont vraies, la marche et la fréquence de la fièvre

typhoïde dans la partie excentrique et élevée de la ville doivent être constantes, identiques en tout temps, indépendantes des crues de la Seine, des oscillations de la nappe souterraine; les conditions opposées doivent se rencontrer dans la cuvette centrale qui constitue dans Paris la vallée de la Seine.

Sans doute il serait indispensable, avant toute recherche, de connaître la courbe de la nappe d'infiltration aux différentes périodes de l'année qui se termine, et surtout pendant les mois qui ont précédé l'épidémie; cette notion prend un intérêt particulier quand on se rappelle les inondations extraordinaires amenées au mois de février par les crues de la Seine: le fleuve a atteint le niveau le plus élevé qui ait été constaté depuis le commencement du siècle, et l'on pourrait se demander si l'épidémie actuelle n'est pas une conséquence tardive des crues excessives de l'hiver.

Toutefois, nous avons recherché, à l'aide des tableaux dressés par M. E. Besnier, si les arrondissements situés sur les hautes collines qui dominent la Seine avaient été plus ou moins éprouvés par la fièvre typhoïde que les arrondissements du centre. Peut-être vaudrait-il mieux, si cela était possible, rechercher la fréquence de la maladie plutôt que sa mortalité, car la gravité de la fièvre peut dépendre de la misère, de l'encombrement, etc., en un mot de conditions venant se joindre à celles qui président à son développement, mais pouvant être distinctes de celles-ci.

M. E. Besnier a classé dans l'ordre de 1 à 20 les arrondissements de Paris, en donnant le n° 1 à celui qui a eu la mortalité typhoïde la plus forte sur 1000 habitants, d'abord en 1872-75, puis dans le 3^e trimestre 1876; mais comme plusieurs arrondissements ont la même proportion de décès, M. Besnier a donné le même rang à tous ceux qui avaient le même chiffre: de sorte que le XX^e arrondissement (Ménilmontant), par exemple, est classé le 13^e, parce qu'il y en a 3 qui occupent le 8^e rang, 3 autres le 9^e; en fait, cet arrondissement devrait prendre le 20^e rang, puisqu'il a moins de décès typhoïdes que tous les autres.

Nous avons voulu voir quels rangs occupaient les 4 arrondissements les plus périphériques, les plus élevés au-dessus de la nappe d'eau souterraine :

	En 1872-75.	3 ^e trim. 1876.
XVII ^e (Batignolles).....	1 ^{er} rang (= 17 ^e ou 18 ^e)	10 ^e rang
XVIII ^e (Montmartre).....	8 ^e rang (= 10 ^e à 12 ^e)	12 ^e —
XX ^e (Ménilmontant).....	13 ^e rang (= 20 ^e)	17 ^e ou 18 ^e
XIV ^e (Observatoire).....	9 ^e rang (= 13 ^e à 15 ^e)	17 ou 18 ^e

Par comparaison, nous avons relevé l'ordre des 6 arrondis-

les fruits qu'on peut retirer des études anatomiques. C'est pour leur restituer leur antique splendeur que Dryander a été invité à publier les figures de l'anatomie de la tête humaine qui ont été si bien dessinées d'après nature sur ses préparations. On tâchera plus tard (*quis si placere viderimus*) de donner les figures d'anatomie du corps humain tout entier.

Après une pièce de vers (*Reinhardus Hadamaricus ad lectorem*), commentent les planches, qui devraient être au nombre de douze; nous allons voir que onze seulement paraissent cette année-là. Elles sont toutes disposées de la même manière: sur le recto est la figure avec son numéro d'ordre; en face, au verso de la figure précédente, se trouve l'explication. Quelques-unes donnent, en outre, les instruments qui ont servi à la préparation.

N° 1. Cœur cheveu avec incision cruciale; une ficelle autour de la tête au niveau du front; instruments.

N° 2. Les deux enveloppes extérieures du crâne rabattues; os à nu; instruments, scie courbe, etc.

N° 3. La calotte du crâne, scieée circulairement, est enlevée et mise de côté; la dure-mère est rabattue, le cerveau apparaît sous la pie-mère.

N° 4. La pie-mère est enlevée; cerveau à nu.

N° 5. La moitié droite du cerveau est conservée; l'autre est coupée jusqu'aux ventricules, pour montrer les membranes de séparation de la dure-mère.

N° 6. La coupe horizontale à trois travers de doigts de profondeur, pour montrer les ventricules latéraux, qui apparaissent sous forme de croissant.

N° 7. Tout le cerveau enlevé pour mettre à découvert le cervelet et l'origine des nerfs; le pressoir d'Avicenne (*torticular*).

N° 8. Cervelet enlevé à moitié; description peu compréhensible du quatrième ventricule, probablement ouverture du canal qui sera l'aqueduc de Sylvius.

N° 9. La partie inférieure du crâne où le cou est implanté.

N° 10. Trois figures: I. Tête de profil; suture coronale sur

sements compris en totalité dans la zone centrale voisine de la Seine, et nous trouvons les chiffres suivants :

	1872-75.	3 ^e trim. 1876.
VII* (Palais-Bourbon).....	2 ^e rang	4 ^e rang
VIII* (Élysée).....	11 ^e rang (=17*)	11 ^e ou 19*
I* (Louvre).....	4 ^e rang (=5*)	11 ^e rang
II* (Bourse).....	5 ^e rang (=6*)	5 ^e —
III* (Temple).....	9 ^e rang (=13*)	9 ^e —
IV* (Hôtel-de-Ville).....	7 ^e rang (=8*)	13 ^e —

En résumé, la différence est beaucoup moins tranchée qu'on n'aurait pu le croire; les arrondissements du centre paraissent atteints dans une proportion plus forte, mais l'Élysée (qui est d'ailleurs dans des conditions exceptionnelles) se distingue de tous ceux du même groupe. Au contraire, pendant l'épidémie de choléra de 1832, les arrondissements riverains de la Seine avaient eu 35 cholériques pour 1000 habitants, les arrondissements très-élevés 16 seulement.

Peut-être y aurait-il avantage à dissocier chaque arrondissement dans les quatre quartiers qui le composent, car les conditions géologiques et hydrologiques peuvent varier à l'extrême dans les diverses parties d'un même arrondissement. Dans le V*, par exemple, tandis que la partie méridionale est un des points les plus élevés de Paris (le Panthéon, la Montagne Sainte-Geneviève), tandis qu'elle repose sur des Catacombes, la partie septentrionale, au contraire, descend jusqu'à la Seine et à la plus faible altitude.

Il y aurait à faire, dans cette voie, une série de recherches applicables à l'étude des épidémies de fièvre typhoïde et de choléra, intéressant donc hautement la santé publique; mais un médecin livré à ses propres ressources ne peut, quel que soit son zèle, mener à bien un pareil travail; ces observations doivent être centralisées par le service municipal. C'est une tâche qui reviendrait naturellement aux stations météorologiques et hygiéniques qu'il est question de créer dans Paris. Ces renseignements ne pourraient guère être utilisés qu'après une année d'observations hydrologiques, lorsqu'on connaîtra la marche annuelle des oscillations de l'eau souterraine.

A Paris, le service public distribue à profusion une eau très-pure, amenée de très-loin par des aqueducs hermétiques, et personne ne fait plus guère usage de l'eau de Seine, surtout de l'eau des puits, pour l'alimentation. Si donc le niveau des eaux souterraines a une influence quelconque sur la marche et le développement de la fièvre typhoïde, il est difficile d'admettre l'opinion séduisante

abandonnée aujourd'hui par Pettenkofer, mais soutenue par Buchanan, Liebermeister, et un très-grand nombre de médecins français : lorsque la nappe souterraine est très-basse, dit-on, les eaux d'infiltration qui imprègnent le sol n'arrivent dans les puits, dont le niveau est très-abaisse, qu'après avoir été souillées par les débris organiques en fermentation, par le voisinage des égouts, des fosses d'aisances; l'ingestion d'une eau ainsi contaminée serait une des principales causes de la fièvre typhoïde. Cette explication, en apparence si plausible, est à peu près inadmissible pour Paris. Faut-il alors admettre avec Pettenkofer que la nappe d'eau souterraine en se retirant laisse à nu les couches profondes du sol, imprégnées de matières en voie de décomposition; ces couches deviennent un terrain fertile pour la reproduction, sinon pour le développement des germes morbides; les gaz méphitiques et les particules infecto-contagieuses qui se dégagent des profondeurs du sol dans les habitations seraient la cause du développement et de la propagation des maladies infectieuses comme la fièvre typhoïde et le choléra.

Nous croyons que c'est moins l'abaissement absolu de la nappe souterraine, que la fréquence et l'étendue de ses oscillations qui jouent le rôle le plus important; autrement, on en arriverait à dire que les terrains bas et humides sont plus salubres, au point de vue de l'infection du sol, que les lieux secs et élevés. Sans doute, l'eau en s'élevant jusqu'à la surface du sol, dans une inondation par exemple, lave dans une certaine mesure les couches souterraines; mais quand l'eau s'est retirée, il est évident que l'humidité favorise les fermentations organiques nuisibles. Au contraire, un terrain très-élevé n'est jamais atteint par les crues, il n'est lavé que par les pluies qui le traversent; mais la sécheresse habituelle du sol rend plus faciles la ventilation de ses couches profondes, la pénétration de l'air et la destruction par l'oxygène des matières organiques qui l'imprègnent. Le problème est encore plein d'obscurités, on ne peut le nier; l'étude plus complète des oscillations de la nappe souterraine aidera peut-être singulièrement à le résoudre.

E. VALLIN.

Dans son comité secret de mardi dernier, l'Académie, après une discussion très-animée, a décidé qu'elle accepterait l'offre que lui a faite le gouvernement de lui accorder, sur les terrains trauchés du Luxembourg (terrains de l'ancienne pépinière, près de l'École de pharmacie), une superficie de 1200 mètres pour y édifier une Académie de médecine. La

le côté; les os qui la forment. II. Tête de face : milieu de la suture coronale et cavité des yeux. III. La mâchoire inférieure avec ses dents.

N° 11. Deux figures : le reste des os du crâne avec les sutures de la partie postérieure et supérieure de la tête.

Ces quatre dernières figures des os de la tête ont été copiées sur les deux petits squelettes de Béranger de Carpi. La première appartient au squelette vu de face; les trois autres au squelette vu de dos qui tient dans la main droite une tête de profil et dans la gauche une autre tête présentant le sommet ou vertex. Elles sont exactement pareilles, mais considérablement agrandies.

Au verso du n° 11 on lit : *Finis figurarum anatomie captis humani.*

Totius autem corporis humani singulas partes anatomico negotio absolutas adeoque ad vivum expressas expectabis brevi.

Contrairement à ce qu'on a toujours répété partout, d'au-

tres figures n'ont pas tardé à paraître. Quelques-unes même portent la date 1536, bien qu'elles se trouvent dans l'ouvrage suivant, dont le titre est inscrit dans un frontispice très-curieux de composition :

Anatomie, hoc est, corporis humani dissectionis pars prior, in qua singula que ad caput spectant recensentur membra, atque singule partes, singulis suis ad vivum commodissime expressis figuris delineantur. Omnia recens nata.

Per Io. Dryandrum medicum et mathematicum.

Item

Ana- to- mia { *Pocci, ex traditione Caphnis.*

Infantis, ex Gabriele de Lerbis.

Marpurgi apud Eucharium Cervicornum.

Anno 1537, mense Junio.

C'est la première partie de l'Anatomie universelle du corps

construction sera exécutée aux frais de l'État, et l'Académie n'y participera que pour la somme qui lui avait été léguée, avec une destination spéciale, par Demarquay.

La proposition, faite par le bureau, d'accepter l'offre du gouvernement, avait trouvé dans le précédent comité secret une vive opposition. Dans celui-ci, elle n'a rencontré, du moins à la tribune, qu'un seul adversaire, et elle a même eu la bonne fortune d'être appuyée par un des membres, qui l'avait d'abord combattue. Ce n'est pas à dire que beaucoup de membres ne soient restés frappés du sérieux inconvenant de transporter l'Académie à une des extrémités de Paris; mais l'assemblée, presque à l'unanimité, a été dominée par la pensée des embarras où un refus pourrait la jeter au moment où elle va être évincée de la salle actuelle de ses séances.

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiologie expérimentale.

RECHERCHES SUR LE MÉCANISME DES ACCIDENTS CARDIAQUES CAUSÉS PAR LES IMPRESSIONS DOULOUREUSES, par le docteur FRANÇOIS-FRANCK.

(Fin. — Voyez le numéro 49.)

Excitation des nerfs rachidiens. — Je me contenterai de présenter ici trois tracés des pulsations du cœur recueillis



FIG. 6. — Ralentissement du cœur et arrêt respiratoire produits par le placement du nerf auriculaire postérieur au point E. (Héliographe.)



FIG. 7. — Ralentissement du cœur et léger arrêt respiratoire produits par l'attouchement du sciatique superficiel. (Le nerf n'a été qu'éffleuré pour éviter les mouvements généraux qui eussent troublé le tracé. (Héliographe.)

dans des conditions d'excitation différente des troncs nerveux rachidiens, et dans lesquels on voit toujours le même phénomène cardiaque se produire : le ralentissement des battements du cœur succède toujours à l'excitation du nerf

sensible, soit qu'on pince un nerf auriculaire (fig. 6), soit qu'on touche le nerf sciatique superficiel (fig. 7), soit enfin qu'on excite par une ou deux fortes décharges d'induction le bout central du grand nerf sciatique (fig. 8).

Les effets cardiaques dus à l'excitation douloureuse des racines postérieures des nerfs rachidiens ont été étudiés par le professeur Cl. Bernard depuis de longues années, et avec une telle autorité que, sans reprendre ces expériences, le parti le plus simple était de rassembler tous ses résultats et de les résumer sous forme de propositions. J'ai fait ce résumé en transposant sur des feuilles divisées, dans lesquelles les pressions se complaisant sur les ordonnées et le temps sur une abscisse commune, toutes les courbes correspondant aux chiffres des nombreuses expériences du professeur Bernard. Ces courbes ont été ensuite rapprochées les unes des autres, superposées et réduites enfin à un schéma que je reproduis ici (fig. 9).

Les idées que représente cette courbe schématique sont appuyées de l'approbation de M. Cl. Bernard, auquel j'ai soumis cette partie de mon travail.

On voit qu'après quelques oscillations normales (N) la pression artérielle, après le pincement d'une racine postérieure, tombe sans oscillations, ce qui indique l'arrêt du cœur.

Excitation des nerfs sensibles viscéraux. — Nous n'avons passé en revue jusqu'ici les troubles cardiaques (arrêt ou ralentissement) consécutifs à l'excitation des nerfs appartenant au système cérébro-spinal. Mais, quand on parcourt les recueils d'observations où sont notés des accidents cardiaques, des syncopes quelquefois mortelles, ayant leur point de départ dans des lésions ou dans des excitations

intenses des nerfs viscéraux (nerfs abdominaux spécialement), on est engagé à demander à l'expérience la raison de ces troubles ou de ces morts subites chez l'homme.

Les expériences qui ont été pratiquées sur les mammifères

humain, que Dryander s'était promis de faire et qu'il n'a pu achever. Nous allons voir tout à l'heure où il l'a laissée.

In-4 de 36 feuillets, beaucoup moins rare que le précédent. On y retrouve le même avertissement du recteur de l'Académie de Marbourg, la même dédicace de Dryander à Jean Ficin, les mêmes vers au lecteur de Reinhard d'Hadamar (ville du duché de Nassau). Après un grand discours de J. Dryander sur l'utilité de l'anatomie, prononcé à Marbourg le 25 octobre 1536, viennent les figures de l'anatomie de la tête dessinées d'après nature. Les sept premières avec leurs explications sont entièrement conformes à celles de la première édition, avec cette petite différence qu'en tête de chaque page on lit : à gauche, *Anatomia, id est dissectionis*, etc.; à droite, *capitis humani figura prima, secunda, tertia*, etc. Pour la huitième, l'explication est plus complète, et la planche a été mise dans un autre sens. La neuvième figure représente la cavité buccale, la langue avec épiglotte. La planche portant le n° 9 dans l'édition précédente (base du crâne où le cou est

implanté, à laquelle on a ajouté la mâchoire inférieure) forme ici : *Capitis humani figura decima*. Les figures 11^e et 12^e sont un peu différentes des autres; elles ont été dessinées sur des pièces montées chacune sur un socle qui porte une inscription la première INEVITABILE FATUM, la seconde HOMO BUI⁹.

avec la même date 1536. Elles sont destinées à montrer la forme et la position des os et des sutures du crâne. Malheureusement les quatre figures d'après Béranger de Carri, et les schémas d'un dessin beaucoup plus simple, ont été combinés avec une explication nouvelle, mais sans nul doute.

Ces douze planches de l'anatomie de la tête sont précieuses et suivies d'une même figure schématique assez complexe mais fort curieuse : *Universalis*. Elle nous offre même la *capitis humani cum sud explicat*. Personne ne se sera songé à faire remarquer qu'elle est la reproduction d'une grossière esquisse de la figure précédente deux fois dans l'ouvrage de François Huant, *de hominis dignitate natura et forma*.

ne nous fournissent que peu de renseignements à ce sujet. Voici cependant quelques indications dont il est bon de prendre note :

L'écrasement de l'un ou l'autre ganglion semi-lunaire a provoqué l'arrêt du cœur dans certaines expériences de Brown-Séguard (*Arch. de méd.*, 1856).

Cl. Bernard attribue la mort à l'arrêt du cœur dans des

1873, p. 196 à 202) a provoqué l'arrêt du cœur par des excitations électriques de la muqueuse stomacale, après section de l'encéphale en avant de la moelle allongée.

J'ai fait de mon côté, quelques expériences comparatives sur la grenouille et sur les mammifères pour reproduire l'arrêt réflexe du cœur; je les rappellerai succinctement,

On connaît les expériences de Bernstein (*Centralblatt*,

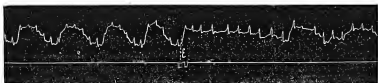


FIG. 8. — Ralentissement du cœur : après de la respiration consécutifs à l'excitation du bout central du grand sciatique par deux faibles secousses d'induction. (Ruptures seules, indiquées sur la ligne du signal électrique.) (Héliographe.)

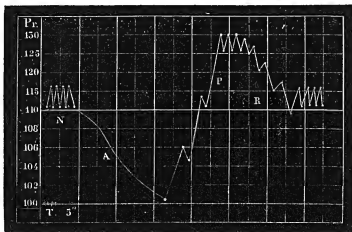


FIG. 9. — Schéma représentant les variations de la fonction corneale sous l'influence des excitations des racines postérieures rachidiennes (Chien). — P. Pression corneale. T, temps divisé par secondes. — N. Normal; A, pincement d'une racine postérieure, arrêt du cœur. — P. 20 secondes après le pincement; R, Retour à l'état normal.

conditions qu'il rappelle ainsi : « En pratiquant diverses expériences sur les ganglions ou nerfs abdominaux, j'ai vu souvent succomber les sujets avant qu'il se fût manifesté aucun phénomène inflammatoire ni aucune autre lésion anatomique appréciable. » (*Pathol. expér.*, p. 120.)

L'injection d'une certaine quantité d'éther dans l'estomac du lapin (qui ne peut pas vomir) a été également suivie de mort subite après distension considérable de l'estomac. » (Cl. Bernard, *Subst. toxiq.*, p. 416.)

De son côté, M. Oswald Naumann (*Pflüger's Archiv*, 1871-

1863, p. 817, et *Arch. f. Anat. und Phys.*, 1864, p. 614), de Goltz (*Virchow's Arch.*, XXVI, t. II, et XXIX, p. 394), de Tarchanoff (*Arch. de phys.*, 1875, p. 498), sur l'excitation des nerfs mésentériques, de l'intestin normal, de l'intestin enflammé de la grenouille : ces différents physiologistes ont vu l'arrêt plus ou moins prolongé du cœur se produire sous l'influence des excitations électriques ou mécaniques de l'appareil nerveux mésentérique de la grenouille. Les expériences de Tarchanoff sont particulièrement intéressantes en ce qu'elles démontrent que l'exaltation de la sensibilité des nerfs

1501, in-4). Les lettres explicatives mêmes ont été conservées; le dessin seul est meilleur. Si l'on avait la curiosité de les comparer l'une avec l'autre, on pourrait les voir dans un même volume de la bibliothèque Mazarine, n° 15510.

Après avoir terminé l'anatomie de la tête humaine, Dryander prévient le lecteur qu'il n'a pas pu, *partim per occupationes, partim per sculptores*, rédiger l'explication des planches représentant les organes de la cavité thoracique, ni composer l'anatomie du troisième ventre (comme on disait alors et qui était le premier pour les anatomistes). Il s'est décidé à donner comme avant-gout aux hommes studieux les figures de l'ouvrage commencé, qu'il a placées ici en appendice pour qu'elles puissent servir en attendant les autres.

Le thorax revêtu de ses parties molles, *detractâ priori cuticulâ*, avec la date 1537.

Les pommons vus par leur face postérieure, avec la trachée et les bronches.
Les gros vaisseaux qui en partent.

Le thorax osseux.

Une nouvelle pièce de vers, *Ad anatomia contemptorem*, termine le volume. Nous y voyons que le nom de famille de Reinhard d'Hadamar était Lorich, professeur de rhétorique à l'Académie de Marbourg.

J'aurais dû dire déjà que toutes ces planches ont été dessinées par le même artiste, un inconnu qui a laissé les initiales G. V. B., et le plus souvent l'une d'elles, G., combinées de différentes façons avec un compas ouvert. Cette variété de monogrammes a conduit Bruilhot à une singulière méprise (*Dict. des monogr.*, 2^e part. Le n° 2834.), la figure onzième de Dryander, signée G., est attribuée à un graveur en bois allemand du XVI^e siècle, et le n° 2839, la figure quatrième du même ouvrage et du même artiste, signée G. V. B., appartient cette fois à un graveur sur bois italien du XVII^e siècle.

Je me suis arrêté un peu longuement sur ces deux ouvrages de Dryander parce qu'aucun historien en France n'en a tenu compte. Lauth (*Hist. de l'anat.*, p. 367) n'avait pas pu se

mésentériques, provoquée par l'exposition à l'air et l'inflammation consécutive de l'intestin, a pour effet de déterminer un arrêt beaucoup plus prolongé des battements du cœur.

J'ai répété, avec Tarclanoff, ces expériences sur la grenouille, en m'attachant à préciser un point sur lequel l'attention n'avait pas été attirée, la durée du retard de l'effet cardiaque sur l'instant de l'excitation intestinale, et la comparaison de ce retard avec celui que présente l'arrêt du cœur sur l'instant de l'excitation du pneumogastrique. Les battements du cœur de la grenouille étaient inscrits avec la pince cardiaque qu'emploie le professeur Marey (voy. Marey, mém. II, *Trav. du labor.*, 1876, et Fr. Franck, art. MYOGASTRIQUE du *Dict. encycl. des sc. méd.*); la percussion de l'intestin s'opérait à l'aide d'un petit marteau de liège mis en mouvement



FIG. 10. — Partie supérieure 1. Arrêt du cœur (ligne C) produit par une série de percussions (S) de l'intestin enflammé de la grenouille. — Partie inférieure 2. Arrêt du cœur (C) par l'excitation du bout inférieur du pneumogastrique droit (ligne S).

par un tambour de Marey qu'actionnait un diapason de 40 vibrations doubles par seconde : les vibrations de ce diapason s'inscrivaient en même temps que les battements du cœur.

La figure 10 contient deux tracés comparatifs : le supérieur (n° 1) montre un grand arrêt du cœur qui a duré 40 secondes, à la suite d'une série de percussions de l'intestin enflammé ; ces percussions sont complètes par les vibrations S du diapason. Le tracé inférieur n° 2 représente un arrêt du cœur de la même grenouille produit par l'excitation induite du bout périphérique du nerf pneumogastrique droit (ligne du signal électrique S).

Me fondant sur cette considération que l'arrêt du cœur s'obtient beaucoup plus sûrement et est plus prolongé quand on irrite l'intestin enflammé de la grenouille que quand on excite l'intestin fraîchement livré à l'air, je repris sur le lapin les expériences qui ne m'avaient donné jusqu'alors qu'un résultat négatif : au lieu d'irriter l'intestin, l'estomac ou le péritoine récemment mis à nu, j'attendis vingt-quatre heures, et j'obtins alors par le pincement des parties enflammées de grands ralentissements et des arrêts plus ou moins accusés du cœur, mais j'ai toujours échoué. J'ai voulu produire

des troubles cardiaques par l'injection d'eau glacée dans l'estomac. On sait que l'ingestion de boissons très-froides a été quelquefois suivie chez l'homme de syncopes plus ou moins prolongées, quelquefois même de mort subite. Je n'ai pu observer de phénomènes analogues, peut-être parce que les animaux en expérience ne présentaient pas les conditions de suractivité circulatoire toujours notées chez les personnes qui ont éprouvé ces accidents (voy. pour les théories du mode d'action des injections froides : Dreschfelds, *Rech. du labor. de Wurtzbourg*, 1867; R. Ganz, *Pflüger's Archiv*, 1871, p. 8 à 13; Mayer et Pflüger, *Centralblatt*, 1873, p. 200; O. Naumann, *Pflüger's Archiv*, 1871-72). Quant aux effets du choc épigastrique (voy. Lauder Brunton, *Abernethian Society of S. Bartholomew's Hospital*, 1874), chaque fois que

j'ai voulu l'imiter par la percussion de la paroi abdominale après inflammation préalable du péritoine chez les animaux à sang chaud, cette manœuvre était suivie de mouvements généraux tellement violents qu'il devenait impossible de recueillir les pulsations du cœur.

Dans les différentes conditions qui viennent d'être rappelées (percussion de l'intestin enflammé chez la grenouille et chez le lapin, choc épigastrique et ingestion de boissons glacées chez l'homme), les troubles cardiaques paraissent ne pouvoir être attribués qu'à une action réflexe ayant son point de départ soit dans le plexus nerveux, soit dans les ganglions abdominaux.

Il faut, je crois, distinguer de ces accidents cardiaques réflexes les troubles cardiaques, faiblesse des battements, systoles avortées, quelquefois arrêt du cœur, qui s'observent dans certains cas d'afflux sanguin exagéré dans les vaisseaux abdominaux. Cette grande dérivation du sang vers l'abdomen au détriment des réseaux circulatoires sus-diaphragmatiques s'observe, par exemple, à la suite d'accouchements terminés trop brusquement. Nægelé et Grenser pensent que dans ces conditions les lipothymies et syncopes ont pour cause la dé-

procurer même l'anatomie de la tête de 1537. M. le docteur Chéreau (*Dict. encycl.*, art. ANATOMIE) n'en parle même pas.

Les six premières planches de Vésale, imprimées à Venise en 1538 et dessinées par un peintre célèbre de cette époque, *Joannes Stephanus Calcarensis*, sont presque aussi inconnues. Elles ont été cependant décrites par L. Choulant (*Geschichte und Bibliographie der Anatomischen Abbildung...* Leipzig, 1852), mais dans un ordre qu'il faut changer. La première, avec la dédicace à Narcissus Vertunus, de Magdebourg (Parthenonæus), contient la veine porte, avec le foie et la rate, *Jecur sanguificationis officina... Generationis organa...* La deuxième, *Vene cava, jecoriarie descriptio que sanguis omnium partium nutrimentum per universum corpus diffunditur*. La troisième, *Arteria magna... et sinistra cordis sinu oriens, et vitalem spiritum loco corpori deferens, naturalemque calorem per contractionem et dilatationem temperans*. La quatrième, *Humani corporis ossa parte anteriori*

expressa. La cinquième, *Lateralis externus figura designatio*, avec ce distique sur le nombre des os :

*Adde quator dentis bis centum senaque, habebis
Quam sis multiplici conditus osse, semel.*

Enfin la sixième planche, *Externus à tergo delineatum*.

Ce sont de très-grandes feuilles, imprimées d'un seul côté. La figure principale a 43 centimètres de hauteur. L'explication est sur les côtés. Elles sont rarissimes et ne se trouvent pas dans les bibliothèques de Paris. Les cinq dernières ont été reproduites dans de moindres dimensions par Ryff, mais leur dessin grossier ne peut donner qu'une faible idée de ces planches célèbres qui avaient été dessinées par un grand artiste.

D^r E. TURNER.

(A suivre.)

plétion subite de la matrice; le sang, faisant irruption dans les vaisseaux des cavités abdominales et pelviennes dégagées de toute pression, est soustrait en trop grande quantité au cerveau et au cœur (*Traité d'accouchements*, p. 596). J'ai été témoin de quelques accidents de ce genre. Chez une femme, par exemple, à laquelle je pratiquais une ponction pour une ascite, quand j'en avais une certaine quantité de liquide se fut écoulée, la malade eut une syncope; j'arrêtai l'écoulement sans songer à ce moment que cet écoulement pût être en cause; je serrai le bandage autour de l'abdomen, et la malade, en position horizontale, reprit bientôt connaissance. Quand j'ouvris le robinet de la canule et que le liquide recommença à couler, la syncope redevint imminente. Je me décidai alors à suspendre l'évacuation du liquide, mais je ne compris que plus tard la raison des syncopes auxquelles j'avais exposé cette femme par une évacuation trop rapide du liquide ascitique.

Un peu plus tard, en 1873, assistant comme aide à une opération d'ovariotomie, je vis mourir l'opérée de syncope dès qu'on eut soulevé l'énorme kyste qui comprimait les vaisseaux abdominaux. Le docteur L. Land (qui a publié cette observation dans la *Gazette médicale de Bordeaux*, septembre 1873) partage cette opinion et croit pouvoir aussi interpréter la mort de cette femme par la dérivation sanguine considérable qui s'est produite vers les vaisseaux abdominaux: c'est par un mécanisme analogue à celui de l'hémorrhagie que la syncope se produit, et l'on a dit, je crois, que les malades avaient une véritable hémorrhagie dans les vaisseaux abdominaux, tout comme les animaux chez lesquels on lie la veine porte (Oré) ou dont on coupe les splanchiques (Ludwig et Asp).

J'ai rappelé ces faits pour les bien distinguer de ceux qui font l'objet principal de cet exposé: l'arrêt du cœur à la suite de l'excitation intense des nerfs mésentériques est un arrêt réflexe; la syncope consécutive à l'accumulation trop rapide d'une grande quantité de sang dans les vaisseaux abdominaux ou pelviens reconnaît une cause mécanique et est tout à fait comparable à la syncope par hémorrhagie.

II. Conclusions des expériences tendant à déterminer les centres de réflexion et les voies de transmission centrifuge des excitations qui retentissent sur le cœur.

Je me bornerai à rappeler ici le résultat des expériences qui sont exposées en détail dans le mémoire original.

1° Les excitations des nerfs sensibles (extrémités périphériques, troncs, racines) retentissent sur le bulbe rachidien.

2° Dans le bulbe, ces excitations sont réfléchies soit directement, soit après entre-croisement, sur les centres modérateurs du cœur.

3° L'influence modératrice réflexe (ayant pour effet l'arrêt ou le ralentissement des battements) est transmise au cœur par les pneumogastriques, comme le démontre la disparition des troubles cardiaques après la double section de ces nerfs ou leur paralysie par l'atropine, le curare, etc.

4° Dans les pneumogastriques, ce sont les fibres provenant des racines bulbaires des nerfs spinaux qui constituent les organes de transmission centrifuge.

III. Quelle est la part de l'élément douleur dans les arrêts du cœur qui succèdent à l'excitation des nerfs sensibles?

Résumé. — Est-il nécessaire que l'impression soit douloureusement perçue pour que les troubles cardiaques consécutifs aux excitations périphériques se produisent? ou bien suffit-il que ces excitations soient transmises au bulbe et réfléchies par lui sur les pneumogastriques?

J'ai essayé cette analyse en employant plusieurs moyens pour supprimer la douleur: l'anesthésie, la narcotisation, l'asphyxie, etc. Si le cœur n'était plus modifié par les excitations périphériques pendant le sommeil anesthésique, c'est que la perception douloureuse est une étape nécessaire: la

question semblait du moins se poser ainsi; mais elle est loin d'être aussi simple.

Les animaux anesthésiés par le chloroforme ou l'éther, ceux qui furent plongés dans le sommeil chloralique par l'injection intra-veineuse d'hydrate de chloral ou narcotisés avec l'opium, la morphine, ou enfin soumis à l'asphyxie, ne présentèrent plus de réaction cardiaque quand on les soumit aux excitations, qui ne manquaient pas d'en provoquer à l'état normal.

Mais je me suis aperçu que dans ces conditions de tolérance du cœur, les nerfs pneumogastriques étaient paralysés, complètement inexcitables par les courants électriques.

Pendant l'anesthésie chloroformique la douleur n'est pas perçue, comme l'établissent les observations chirurgicales et obstétricales; mais, quand la perception persisterait, l'impuissance des nerfs qui en commandent la manifestation nous empêcherait de nous en apercevoir.

Cette inexcitabilité des pneumogastriques pendant l'anesthésie chloroformique *complète* semble constituer pour les opérés l'un des plus grands bienfaits de l'anesthésie. En effet, le cœur ne peut plus être arrêté; la syncope réflexe n'a plus le moyen de se produire. Mais pour arriver à cette période de tolérance du cœur, il faut traverser les premières phases de la chloroformisation, et celles-là se caractérisent, comme nous l'avons vu, par une plus grande susceptibilité des nerfs d'arrêt du cœur.

Les anesthésiques, les narcotiques, etc., nous montrent bien que le cœur ne réagit plus par l'arrêt ou le ralentissement, mais nous ne savons pas quelle part il faut réserver à la douleur, puisque les instruments de sa manifestation font défaut. Cette question me paraît donc ne pouvoir être tranchée à l'aide des procédés qui suppriment à la fois la sensibilité de l'animal et ses moyens de réaction.

L'ablation des hémisphères cérébraux a été faite sur de jeunes lapins, le bulbe étant conservé: j'ai vu que les effets cardiaques réflexes se maintenaient, malgré la suppression de ces régions supérieures de l'axe cérébro-spinal, dans lesquelles on place les centres de perception.

Nous pouvons par suite considérer l'arrêt ou le ralentissement du cœur sous l'influence d'une excitation périphérique comme un *réflexe bulbaire*. Mais ce réflexe, comme le prouvent les troubles cardiaques si fréquemment observés chez l'homme à la suite d'une émotion pénible et soudaine, ce réflexe peut avoir sa source dans les hémisphères cérébraux tout aussi bien que dans une impression douloureuse périphérique quelconque: en supprimant les hémisphères cérébraux on supprime une cause du réflexe bulbaire, la cause *cérébrale*, la perception douloureuse sans faire pour cela disparaître les autres voies de transmission vers le bulbe.

En somme, un animal ou un homme soumis à des excitations périphériques douloureuses peut présenter les troubles cardiaques indiqués pour deux raisons qui sont réunies et concourent au même résultat chez un sujet normal: d'abord la transmission centripète pure et simple le long du nerf sensible et des conducteurs centraux (substance grise, etc.); ensuite la douleur perçue qui retentit sur les centres d'arrêt du cœur en ajoutant son influence à la première. Supprimez l'une de ces deux causes, la *perception cérébrale*, l'effet se produira encore (chez les animaux sans hémisphères): ce sera un réflexe ordinaire, rien de plus.

Faites subir d'emblée la secousse douloureuse aux hémisphères cérébraux (émotion soudaine) sans impressionner les nerfs périphériques, l'arrêt du cœur se produira aussi.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

SUR L'EMPLOI DE L'IODURE DE POTASSIUM DANS LA COLIQUE ET DANS LA PARALYSIE SATURNINES. — Note de M. *Jacobs*. La colique saturnine est toujours accompagnée de congestion rachidienne : la pression sur les apophyses épineuses dénote de la sensibilité et souvent de la douleur.

« Les moyens curatifs, dans cette maladie, sont dirigés contre la moelle épinière, contre les symptômes gastro-intestinaux et contre la cause de ces accidents. Les ventouses scarifiées, en plus ou moins grand nombre, répétées suivant la nécessité du cas, le long du rachis, seront la première indication; ces éméto-cathartiques et des purgatifs drastiques, l'huile de croton rempliront la seconde. Ce traitement amène une amélioration rapide; la douleur disparaît, les vomissements et les coliques cessent, les fonctions digestives se rétablissent et l'appétit renaît.

« Le médicament dirigé contre la cause de cette maladie est l'iodure de potassium. L'administration en est commencée après la cessation des symptômes aigus et après le relèvement des forces digestives. Le malade en prend 1 gramme par jour, par doses croissantes de 1 gramme, jusqu'à 6, 8, 10, 12 ou 15 grammes, puis à doses décroissantes, jusqu'à la dose initiale. Aucune règle ne peut être établie pour la quantité d'iodure à administrer et pour la durée de la prise de ce médicament; la supposition de l'intensité de l'intoxication doit seule entrer en ligne de compte. Toutefois, mieux le malade supporte l'iodure, plus vite il est guéri. » (Renvoi à la Commission des arts insalubres.)

HYGIÈNE DES ATELIERS. — M. *H. Cambon* adresse une Note relative à l'hygiène des ateliers dont l'atmosphère est insalubre (Renvoi à l'examen de M. le général Morin.)

RECHERCHES SUR LE SENTIMENT COMPARÉ AU MOUVEMENT. — Note de M. *Ch. Richet*, présentée par M. Claude Bernard.

« Je passe sous silence tous les détails techniques, pour ne donner que les résultats de mes expériences :

1° La sensibilité éveillée par des courants très-faibles, après s'être accrue pendant quelque temps, finit par disparaître lentement; mais un court moment de repos suffit pour que la sensibilité revienne tout aussi parfaite qu'auparavant. En un mot, la sensibilité, sous l'influence d'une excitation prolongée, décroît lentement, mais revient rapidement à l'état normal.

2° Des excitations isolées ou séparées l'une de l'autre par un long intervalle ne produisent pas d'effet sensitif, tandis que ces mêmes excitations très-rapprochées produisent un effet sensitif d'autant plus marqué que leur fréquence est plus grande. Supposons deux excitations, celles, par exemple, que la rupture et la clôture d'un courant de pile produisent dans les fils d'une bobine d'induction. Si elles sont très-éloignées l'une de l'autre, le sujet en expérience ne perçoit rien ni à la rupture ni à la clôture; mais, si elles sont très-proches, il y aura une sensation unique et réellement perçue, par suite de l'addition de ces deux forces réunies...

3° Pour des excitations égales entre elles et répétées, le moment de la perception est d'autant plus retardé que l'intensité de ces excitations est plus petite, et d'autant plus accéléré que leur intensité est plus grande.

Cette loi est une conséquence directe de la précédente. En effet, si les premières excitations sont insuffisantes pour produire un effet sensitif, ce qui est le cas des excitations faibles, la perception ne surviendra que tard, après la dixième excitation par exemple, tandis qu'avec des excitations fortes, la perception, étant déjà produite par la première excitation, sera presque instantanée...

4° Les phénomènes connus sous le nom d'éducation de la perception peuvent rentrer dans les faits d'addition. Si l'on prend plusieurs excitations même assez éloignées l'une de l'autre, on ne sentira pas bien les premières, tandis que les dernières seront très-bien perçues et avec beaucoup moins de retard...

5° Si les excitations sont très-faibles, on pourra en prendre un nombre limité, jusqu'à dix par exemple, sans obtenir d'effet sensitif; que si, au contraire, on prend des excitations égales aux premières en fréquence et en intensité, mais étant en nombre illimité, il y aura à la fin une perception distincte, ce qui montre que, pour se produire, elle exige plus de dix excitations, et que c'est au

délà de dixième seulement que l'effet sensitif sera produit... D'un autre côté, si l'excitation était moins faible, deux excitations rapprochées seront suffisantes pour amener la perception qu'une seule de ces excitations isolées ne saurait produire.

6° Il faut distinguer la transmission d'une excitation qui est toujours très-rapide et uniforme, quelle que soit son intensité, et la persistance de cette excitation. C'est grâce à cette persistance que l'on peut observer des phénomènes d'addition aussi bien dans le muscle que dans les centres nerveux. La transmission est un phénomène qui dépend du nerf, la persistance dépend des centres nerveux... Par un grand nombre d'expériences, j'ai pu démontrer que la persistance d'une impression est proportionnelle à l'intensité de l'excitation qui l'a produite. Il suit de là que, si l'on prend des courants dont la fréquence est uniformément accélérée, moins l'intensité des courants est grande, plus il faut de fréquence; si les courants sont plus forts, une moindre fréquence suffit.

Il résulte de ces faits une loi générale qui s'applique aussi bien au muscle qu'aux centres nerveux sensitifs, et qui peut se formuler ainsi : le nombre des excitations nécessaires pour amener une perception ou un mouvement est inversement proportionnel à l'intensité et à la fréquence de ces excitations.

Nous pouvons ainsi nous faire une idée juste, quoique encore fort obscure, du travail cérébral, analogue au travail médullaire étudié par quelques auteurs (*Rosenthal, Tarchanoff*) à propos de l'action réflexe. Le travail des centres nerveux ressemble à beaucoup d'égards au travail des muscles. Il semble qu'il y ait dans l'infinité de ces deux tissus comme une résistance à l'excitation, une sorte d'inertie qui fait que des excitations faibles n'arrivent qu'à la longue à vaincre cette résistance (Ces recherches ont été faites au Collège de France, dans le laboratoire de M. Marey.)

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES EFFETS CARDIAQUES, VASCULAIRES ET RESPIRATOIRES DES EXCITATIONS DOULOUREUSES. — Note de M. Fr. Franck (Voy. p. 749.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CHATIN.

M. le ministre des travaux publics communique une pièce relative au service médical des mines.

M. le ministre de l'instruction publique transmet un mémoire de M. Joly sur un remède nouveau.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : a. Deux exemplaires d'un mémoire de M. Rendu sur une épidémie de variole qui a sévi à Lyon en 1875. (*Commission des épidémies*). — b. Des comptes rendus négatifs sur les épidémies des départements de l'Indre et des Ardennes. (*Même commission*). — c. Un brochure de M. le docteur Puzos sur l'acétic de l'air des puits. (*Même commission*). — d. Quatre exemplaires du rapport sur les travaux des conseils d'hygiène du département de l'Entre en 1875. (*Même commission*). — e. Des exemplaires d'une circulaire adressée à MM. les préfets sur le service des vaccinations. (*Même commission*). — f. Le rapport de M. le médecin inspecteur des eaux minérales de Saint-Sauveur. (*Commission des eaux minérales*). — g. Une demande formée par madame Seininger, à l'effet d'obtenir l'autorisation de vendre en France l'eau minérale de la source de Reipertswiller. (*Même commission*). — h. Le rapport de M. le médecin inspecteur des eaux minérales d'Autun pour 1874. (*Même commission*).

L'Académie reçoit : a. Des lettres de candidature de MM. Aug. Voisin et Marc Sée. — b. Une lettre de M. Ancelet relative à une question de priorité sur l'emploi des pincettes métalliques.

M. J. Lefort communique, au nom de M. le docteur Filhol, un mémoire sur la composition des eaux de Bonnes (Basses-Pyrénées.)

M. Poggiale présente une INSTRUCTION SUR L'ESSAI CHIMIQUE DES MÉDICAMENTS par M. Strohl, traduit de l'allemand par MM. Schmid et Wolfrum.

M. Yerneuil présente un mémoire de M. le docteur Teitster sur le diabète phosphatique.

M. Dechambre présente, au nom de M. le docteur E. Berlin à 4^e trois brochures extraites du MONTPELLIER MÉDICAL et comprenant la suite de ses revues mensuelles ; 1^o Les articles Coma et Colon ; extrait du DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES.

M. Guibet présente, au nom de M. le docteur Landovsky, quelques considérations sur le kousm.

LIQUIDES PATHOLOGIQUES DE LA CAVITÉ PÉRITONÉALE. — M. *Mehu*. Les liquides ascitiques contiennent les mêmes éléments organiques que le sérum du sang; la proportion des matières albumineuses y varie seule dans des limites assez étendues, mais jamais elle ne dépasse celle qu'aurait donnée un poids égal de sérum sanguin. Ces liquides sont légèrement alcalins au papier de tournesol. Sur 200 liquides environ, il n'en a rencontré qu'un seul à réaction acide et doué de qualités spéciales qui obligent à le décrire à part.

Un liquide ascitique n'est filant que parce qu'il contient

des leucocytes; c'est l'alcalinité et la putrescibilité du liquide qui ont déterminé la dissolution partielle des leucocytes et amené cette consistance particulière.

Les liquides filants des kystes ovariques peuvent ne pas devoir leur consistance particulière à des leucocytes dissous, mais à une matière distincte.

La présence de quelques leucocytes dans les liquides aseptiques, et même d'une quantité capable de donner une couche sensible à l'œil nu, n'est pas nécessairement l'indice d'un état bien grave, à moins que le liquide ne soit très-pauvre en éléments solides.

Une notable quantité de leucocytes exclut la présence de la fibrine élastique. Cette observation est d'ailleurs commune à tous les liquides séreux.

Les liquides pauvres en matière fixe se reproduisent ordinairement d'une façon plus rapide que les liquides riches. En général, la vie des malades est beaucoup plus menacée dans les cas de liquides pauvres que dans les cas de liquides riches.

M. Méhu a groupé les deux cents observations qu'il possède d'après les causes qui ont déterminé l'épanchement : la cirrhose, les affections cardiaques, le carcinome hépatique, les kystes ovariques, les tumeurs fibreuses, etc. Bien qu'en général les liquides les plus riches sont ceux qui ont pour causes déterminantes des tumeurs solides ou des kystes ovariques, il ne faut pas déduire de cette remarque des conclusions trop absolues.

D'autre part, presque tous les liquides dus à des tumeurs cancéreuses ont une teinte létérique et contiennent du pigment biliaire. Ce n'est pas là un caractère certain, car ce pigment biliaire se montre sous l'influence de causes passagères et se rencontre dans des cas de éyrrhose bien démontrés par des autopsies.

Dans de nombreux cas, l'analyse permet d'affirmer que le liquide provient d'une ascite et non d'un kyste ovarique, mais il existe un assez grand nombre de kystes ovariques dont le contenu ne saurait être distingué par ses caractères physiques ou chimiques de celui d'une ascite.

Société de chirurgie.

SEANCE DU 29 NOVEMBRE 1876. — PRÉSIDENCE DE M. HOUËL. DE L'HÉMOSTASE DÉFINITIVE PAR COMPRESSION EXCESSIVE À L'AIDE DE PINCES HÉMOSTATIQUES. — NOMINATION D'UNE COMMISSION. — RAPPORTS. — SUTURE DES TENDONS. — PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. *Kaberté* (de Strasbourg) lit un mémoire intitulé : De l'hémostase définitive par compression excessive à l'aide de pinces hémostatiques. Ce mémoire a déjà été analysé dans la *Gazette hebdomadaire*, n° 48.

M. *Tillaux* fait des réserves au sujet de l'emploi constant de cette méthode. Il ne pense pas que le procédé de M. *Kaberté* puisse être mis en parallèle avec la ligature et même la torsion. Dans une amputation de cuisse comment peut-on laisser un certain nombre de pinces à demeure dans le moignon? M. *Tillaux* emploie les pinces pour l'hémostase temporaire.

M. *Kaberté* n'applique pas ses pinces sur les grosses artères, telles que la fémorale, mais sur les artères de moyen calibre, comme la radiale; au bout de quelques heures on obtient l'hémostase définitive. Dans les amputations, M. *Kaberté* fait toujours la ligature des grosses artères.

— Nomination d'une commission chargée de présenter la liste des candidats aux places déclarées vacantes dans la section des correspondants nationaux. Sont élus : MM. *Pautet*, *Guérisset*, *Lucas Championnière*, *Magitot* et *Giraud-Teulon*.

— M. *Després* fait un rapport verbal sur les travaux adressés par M. *Devals*, candidat au titre de membre correspondant. La principale observation envoyée par M. *Devals* a pour titre : Kyste oœgénital du tissu cellulaire du cou guéri après deux ponctions successives par le trocart capillaire.

— M. *Després* fait un autre rapport verbal sur deux observations de M. *Bertin* (de Gray) : 1° Rhumatisme cérébral survenu à la suite de l'opération de la taille;

2° Observation : Calcul vésical ou prostatique sorti spontanément par un abcès du périnée; guérison avec fistule.

— M. *Panas* fait un rapport verbal sur deux observations d'ectropion communiquées par M. *Brière* (du Havre).

— M. *Duplay* fait une communication sur la suture des tendons. Une femme de trente-six ans se lorde le pouce en tombant; la phalange resta dans la flexion; au bout de six semaines, la malade se présenta à l'hôpital. Le long extenseur du pouce ne fonctionnait plus. Sur la face dorsale du poignet, au niveau de la tabatière anatomique, M. *Duplay* constata une petite saillie qui semblait mobile; il y avait rupture sous-cutanée du tendon.

Le 14 septembre, M. *Duplay* fit une incision longitudinale au niveau de la tabatière anatomique; le tendon se terminait par une petite saillie en bas; le bout supérieur était très-haut, près du corps charnu du muscle. Mais quelle que fût la position donnée au pouce, les deux bouts restaient séparés par un intervalle de six centimètres. M. *Duplay* annastomosa le tendon du long extenseur au premier radial externe par une boutonnière et une suture métallique.

Le 6 octobre, après divers accidents phlegmonieux, l'appareil plâtré fut enlevé; peu à peu, sous l'influence de l'exercice, de l'électricité, le pouce reprit ses mouvements d'extension. Le 30 octobre la suture fut enlevée.

M. *Tillaux*. Les anastomoses de tendons sont rares; M. *Tillaux* en a présenté un exemple à la Société de chirurgie il y a un an.

Il y a huit jours, à l'hôpital Lariboisière, M. *Tillaux* a fait une opération identique à celle pratiquée par M. *Duplay*. Le sujet ayant passé la main à travers un carreau de voiture se coupa le tendon extenseur du pouce. M. *Tillaux* ne retrouva pas le bout central; il sutura le bout périphérique au premier radial externe qui était en partie divisé.

La élastique du tendon adhère à la peau chez la malade de M. *Duplay*; en sera-t-il de même chez la malade de M. *Tillaux*? Chez un malade opéré par M. *Notta*, le tendon n'adhère pas à la face profonde de la peau. Il est important de préciser ce détail, car on pourrait dire que les mouvements sont rétablis par l'intermédiaire de la peau et non par la suture au tendon voisin.

— M. *Pozzi* présente un individu sur lequel il a pratiqué l'opération d'Esmark pour un resserrement des mâchoires.

SEANCE DU 6 DÉCEMBRE 1876. — PRÉSIDENCE DE M. HOUËL.

CORRESPONDANCE. — SUTURE DES TENDONS. — DU COTON HYDROPHILE ET DE SON EMPLOI EN CHIRURGIE. — DES LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'URÈTHRE. — PRÉSENTATION DE MALADE. — PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. *Verneuil* fait hommage à la Société de chirurgie d'un portrait de Lisfranc.

— M. *Tillaux* présente la thèse de M. *Gellée* sur un signe nouveau indiquant qu'un nouveau-né a respiré. Ce signe est tiré de l'inspection de l'oreille : quand l'enfant n'a pas respiré, la caisse du tympan est remplie d'une masse gélatiniforme rougeâtre, qui se résorbe rapidement dès les premières respirations.

— M. *Lucas-Championnière* présente la thèse de M. *Charles Paris* intitulée : Indications de la trépanation des os du crâne au point de vue de la localisation cérébrale. Cette thèse a été faite sous son inspiration et passée au mois de juillet dernier. M. *Championnière* fait remarquer que cette thèse et un article de son journal (*Journal de méd. et de chirurgie pratiques*, 1876, p. 493. Des localisations cérébrales, rôle qu'elles

peuvent jouer dans le traitement et le diagnostic des maladies cérébrales; trépan) ont été passés sous silence dans une communication récente à l'Académie de médecine. Cette thèse est pourtant basée sur les faits les plus remarquables et déjà relativement anciens; opération de M. Broca sur un aphasique suivie de mort; opération de M. Championnière sur un individu aphasique aussi, avec paralysie partielle du membre supérieur droit, suivie de succès complet; opération de M. Marvaud pour une paralysie droite et aphasie, suivie de succès.

Les recherches de topographie du crâne de M. Broca, de M. Turner, de M. Féré, ont établi les points de repère les plus précieux pour le chirurgien, et depuis longtemps M. Championnière a montré comment on pouvait les utiliser au point de vue du trépan. Les indications nécessaires au chirurgien sont heureusement beaucoup moins précises que celles nécessaires en anthropologie, vu le diamètre considérable des couronnes du trépan. Quant à la localisation cérébrale en elle-même, aucun fait connu de traumatisme n'a montré une décomposition des centres aussi remarquable que celle du blessé que M. Championnière a pu guérir en 1874, à Lariboisière, par la trépanation.

— M. Terrier a fait la suture tendineuse sur un individu qui, donnant un coup de poing à travers une glace, se coupa les deux tendons extenseurs du pouce, celui de l'index et celui du médius. Il fallut remonter très haut du côté de l'avant-bras pour trouver les bouts tendineux; suture métallique et réunion immédiate; il y eut de la suppuration au niveau des points de suture. Si un nouveau cas se présentait, M. Terrier ferait les sutures avec le cat-gut pour ne pas avoir de suppuration et éviter l'adhérence des cicatrices tendineuses à la peau, comme cela a lieu dans ce cas.

M. Tillaux a vu un opéré de M. Notta qui ne présentait pas cette adhérence du tendon à la face profonde de la peau; mais le plus souvent c'est au moyen de l'adhérence du tendon à la peau que se rétablissent les mouvements.

— M. Pawlet lit un rapport sur un travail de M. Touraine, médecin-major : DU COTON CHARPIE ET DE SON EMPLOI EN CHIRURGIE. M. Guyon fait usage de la ouate éponge; M. Gubler a conseillé la ouate glycerinée; les premières expériences de M. Touraine datent de 1855. M. Guyon plonge la ouate dans l'eau, la comprime et l'emploie humide; mais une fois desséchée, la ouate retrouve ses propriétés ordinaires. Bruns, en Allemagne, fait cuire la ouate dans une lessive; puis, lavage à l'eau pure et on fait sécher. M. Touraine trouve que cela ne suffit pas; il donne plusieurs lessives et une fois la ouate séchée, on la carde de nouveau. Ce coton ainsi préparé peut être facilement nettoyé.

M. Guyon croit que la ouate préparée d'avance aura l'inconvénient de la charpie et absorbera les germes atmosphériques: dans son service, on prépare la ouate tous les jours avec une solution phéniquée à 5 pour 100.

M. Le Fort, M. Touraine m'avait donné de son coton et j'ai constaté qu'il absorbait avec la facilité de l'éponge. On peut rendre ce coton anti-septique en le lavant à l'eau phéniquée.

M. Trélat. Les qualités élastiques du coton, de même que les qualités isolantes, sont compromises par cette préparation. Il ne faut donc pas employer le coton hydrophile à l'exclusion du coton naturel.

M. Pawlet, M. Touraine n'a qu'un but, remplacer la charpie par son coton hydrophile.

— M. Guyon lit un très-remarquable rapport sur les mémoires envoyés à la Société par M. Cras (de Brest). M. Guyon étudie les lésions traumatiques de l'urètre au point de vue du traitement.

— M. Terrillon présente le malade qui a fait l'objet de la

communication de M. Proust à l'Académie de médecine, le 28 novembre dernier.

— M. Connor présente un calcul développé dans la bourse prérotulienne.

Société de biologie.

SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENTICE DE M. CL. BERNARD.

ÉPIDÉMIE DE TÉTANIE : M. HILLAIRET. — INDÉPENDANCE DES PHÉNOMÈNES DE L'OVULATION ET DE LA MENSTRUATION : M. DE SINÉTY. — COLORATION DE CERTAINS POISSONS PRIVÉS D'UN GIL : M. POUCHET. — DE LA VITESSE DES PERCEPTIONS SENSITIVES : M. CH. RICHEL. — MORT SUBITE PAR EXCITATION DES PNEUMOGASTRIQUES OU DES NERFS LARYNGÉS : M. DEBT. — ÉLECTION.

— M. Hillairet, à l'occasion des communications de M. Magnan, dans la dernière séance, fait connaître les résultats d'une enquête qu'il a dû faire, pour le conseil de salubrité, au sujet des cas de contracture des extrémités observés à Gentilly. Il résulte de cette enquête que, sur le nombre assez considérable d'enfants qui ont été considérés comme atteints du tétanie, quatre seulement ont été véritablement affectés; que toutes les autres, en particulier les vingt-quatre enfants qui ont été prises en l'espace de deux jours dans l'école des filles, ont simulé la maladie et qu'elles ont fini par avouer qu'elles avaient voulu s'amuser. Il n'y a donc pas eu là d'épidémie réelle, mais bien de simples faits de simulation.

M. Magnan déclare que les enfants qu'il a pu examiner, que la jeune fille qui a été atteinte la première en juillet, ainsi que celle qui a été prise en octobre, ont été réellement atteints de contracture des extrémités. Deux autres enfants, qu'il a également examinés, étaient aussi bien réellement atteints, puisqu'elles présentaient un certain degré d'œdème aux poignets. Quant aux faits qui se sont passés les 13 et 14 novembre à l'école des filles de Gentilly, faits dont a parlé M. Magnan dans sa première communication, il rappelle qu'il a lui-même déclaré qu'il pouvait bien être question d'une épidémie par imitation.

— M. Pouchet a entrepris, en même temps que M. Chantran, une série d'expériences qui montrent que si l'on enlève un œil à certains poissons, tels que la truite, par exemple, on voit, sous l'influence de cette ablation, l'animal présenter un côté noir et un côté blanc. Mais il est, dans l'appréciation de ce phénomène, une cause d'erreur contre laquelle il faut se tenir en garde.

En effet, une truite, privée d'un œil, se met à nager sur le côté de l'œil enlevé, de telle sorte que ce côté paraît plus foncé que le côté opposé. Cependant, malgré cette cause d'erreur, M. Pouchet a pu constater d'une façon évidente une modification réelle dans la coloration des deux côtés de l'animal. Le côté de l'œil conservé devient plus foncé que le côté aveuglé. En outre, l'animal se tient obliquement, et la nageoire pectorale du côté aveuglé se trouve placée horizontalement, tandis que la nageoire pectorale du côté voyant est relevée.

Que conclure de ces faits au point de vue de la physiologie? M. Pouchet croit pouvoir en déduire que ces phénomènes sont dus à une altération du grand sympathique résultant de l'ablation de l'œil. Les nerfs optiques étant croisés chez ces poissons, il en résulte que c'est le grand sympathique du côté opposé qui est altéré et que c'est, par conséquent, le côté du corps où l'œil est conservé qui est affecté. Ces expériences peuvent être de quelque utilité pour les anatomistes soucieux des origines cérébrales du grand sympathique.

— M. Ch. Richet, en étudiant les lois de la sensibilité, a comparé les phénomènes de la perception sensitive à ceux de la contraction musculaire. Ces expériences ont été faites sur l'homme sain, et la méthode graphique a permis de démontrer les propositions suivantes :

1° La sensibilité, mise en jeu par une excitation faible, décroît lentement, mais revient rapidement à l'état normal, après un repos, même très-court.

2° Des excitations multiples produisent un effet sensitif qu'une excitation unique est impuissante à produire; ce fait fondamental ne peut s'expliquer que par l'addition (somme) de Gruenhagen et Pfleger), grâce à laquelle des excitations successives vont s'accumuler dans le cerveau.

3° La conséquence directe de cette proposition est que des excitations faibles sont perçues avec un très-grand retard, tandis que des excitations fortes sont presque instantanées: ceci n'est vrai qu'à pour des séries d'excitations électriques, mais ne serait pas exact pour des excitations uniques qui, fortes ou faibles, sont perçues au même moment.

4° Il existe une relation entre la fréquence, l'intensité et le nombre des excitations, telle que le nombre des excitations nécessaires pour provoquer une perception est en raison inverse de l'intensité et de la fréquence de ces excitations.

5° La persistance d'une impression dans les centres nerveux est en raison directe de l'intensité de l'excitation qui l'a produite.

Il faut donc distinguer l'excitation du nerf et l'excitation des centres nerveux. L'excitation du nerf est une simple transmission; l'excitation des centres est une sorte d'ébranlement de vibration qui persiste longtemps après que l'excitation a été faite. A ce point de vue, les centres nerveux ressemblent aux muscles, et il y a une relation étroite, non entre la fonction, mais entre la forme de la fonction de ces deux tissus.

— M. Paul Bert, à l'occasion des faits signalés dans la dernière séance par MM. Leven et Charcot, rappelle les expériences qu'il a pratiquées, il y a plusieurs années, et qui démontrent qu'une simple excitation des nerfs nasaux, laryngé supérieur, ou pneumogastrique, peut entraîner chez les animaux, non-seulement un arrêt instantané de la respiration, mais même la mort subite. La mort, dans ces cas, n'est nullement le résultat de la syncope, ni de l'asphyxie. Par exemple, si l'on vient à écraser la trachée d'un canard, animal qui a pourtant la vie dure, comme on sait, on détermine la mort instantanément. Cinq minutes après, il n'y a plus de contractilité musculaire, et la rigidité cadavérique arrive très-promptement. M. Bert est disposé à rapporter la mort, dans ces cas, à une commotion du plancher du quatrième ventricule, à une sidération du névad vital par une action centripète dont le point de départ est une irritation de l'un des nerfs dont il a parlé. La plupart des faits de mort subite qui ont été observés, soit à la suite de l'introduction d'un corps étranger dans le larynx, soit à la suite de cautérisations ammoniacales du pharynx, soit même à la suite de l'ingestion d'une glace, sont évidemment, suivant M. Bert, des faits de l'ordre de ceux qu'il vient de rappeler. Enfin la mort subite dans la fièvre typhoïde ne serait-elle pas plutôt expliquée par ces faits que par l'action réflexe partant des intestins admise par M. Dieulafoy?

— Nous reviendrons sur la présentation de M. de Sinéty dans le prochain compte rendu.

— Dans cette séance, M. Albert Robin a été élu membre titulaire de la Société de biologie.

SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE 1876. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

EXAMEN DE L'OVAIRE D'UNE HYSTÉRIQUE: M. DE SINÉTY. — SUR LA DIFFÉRENCE D'ACTION DES DEUX PNEUMOGASTRIQUES: M. TRIPIER. — SUR LA MORT CONSÉCUTIVE À LA SECTION DES PNEUMOGASTRIQUES: M. PHILIPPEAUX. — ACTION DE L'EXCITATION VASCULAIRE GÉNÉRALISÉE SUR LE COURS DU SANG: M. COUTY. — ACTION DE L'ESSENCE DE TANALISÉ: M. PEYROT. — MODIFICATIONS DE LA TÊTE DU FŒTUS PENDANT L'ACCOUCHEMENT: M. RUDIN.

M. de Sinéty, complétant la communication qu'il a faite dans la dernière séance, rend compte de l'examen des organes génitaux d'une fille hystérique, de vingt et un ans, morte en

juillet 1876 dans le service de M. Charcot. Nous réunissons dans ce compte rendu les deux communications de M. de Sinéty. Elles sont fort intéressantes au point de vue de la question longtemps discutée des rapports qui existent entre l'ovulation et la menstruation. Les physiologistes admettent généralement que l'ovulation peut avoir lieu sans être accompagnée de l'écoulement menstruel, mais un grand nombre d'auteurs repoussent encore la possibilité de la menstruation en l'absence d'ovulation et par conséquent chez des femmes privées des deux ovaires.

La jeune fille dont il s'agit, réglée pour la première fois à l'âge de treize ans, avait continué à être menstruée, quoique avec quelques irrégularités, jusqu'à deux mois avant sa mort. Tandis que ses ovaires ne contenaient aucune cicatrice indiquant une ovulation récente, la muqueuse utérine présentait les modifications que l'on observe au début de la période menstruelle. On ne trouvait dans les ovaires que des follicules primordiaux et nulle part aucun follicule de Graaf, non-seulement arrivé à maturité, mais même à un degré quelconque de sa période ascensionnelle.

Chez une autre malade, opérée d'ovariotomie double par M. le docteur Terrier, au mois de juillet 1875, les règles, supprimées pendant les premiers mois qui ont suivi l'opération, ont reparu au mois de décembre 1875 et se sont encore montrées aux deux dernières époques (octobre et novembre dernier) avec tout leur cortège habituel, douleurs lombaires, gonflement des reins, etc.

L'auteur rappelle qu'il a présenté à la Société, en 1875, un cas d'ovulation chez une phthisique, malgré l'absence des règles datant de six mois.

Chez la jeune fille hystérique dont parle M. de Sinéty, on observait une sorte d'ovaire surnuméraire constitué par une tumeur de la grosseur d'un pois située à un centimètre de l'ovaire droit, entre cet organe et le pavillon de la trompe.

Les coupes de cette tumeur examinées à un faible grossissement (15 diamètres) avaient une grande ressemblance avec l'ovaire du nouveau-né. On voyait un revêtement épithélial se prolongeant sur certains points dans le stroma de la tumeur. Ces prolongements épithéliaux, anastomosés quelquefois entre eux, rappelaient la disposition des tubes de Pfleger. En outre, on observait des cavités arrondies, contenant de petites masses sphériques simulant un follicule de Graaf avec son ovule. A un fort grossissement, on voyait que le stroma de cette production était à peu près semblable à celui de l'ovaire normal adulte. Mais l'épithélium de la surface, ainsi que celui qui remplissait les tubes, était formé de cellules à cils vibratiles.

Les cavités étaient également tapissées d'une seule rangée de cellules vibratiles et les petites masses sphériques n'étaient autre chose que des amas d'épithélium desquamé, libres dans la cavité.

Sur aucun point de la tumeur, on n'a pu observer un seul ovule, ni rien qui y ressemblât.

Ce que nous connaissons du développement de l'ovaire et la présence, sur le point où était située cette production, d'un épithélium vibratile chez beaucoup d'animaux et même chez la femme, explique assez facilement le mode de formation de ce pseudo-ovaire.

— M. Tripier a observé des faits de mort à la suite de la section du pneumogastrique qui tendent à démontrer que le pneumogastrique gauche agit sur le cœur; dans ces expériences faites avec M. Arloing, il a vu, chez deux ânes, la mort survenir à la suite de la section du nerf pneumogastrique du côté droit. Ainsi que le fait observer M. Bernard, la physiologie du pneumogastrique est une question fort complexe, et qui semble mise à l'ordre du jour; il y aura donc lieu, pour nous, de revenir sur ces études physiologiques si des communications analogues continuent à être faites à la Société de biologie; et, d'ailleurs, M. Moreau présente, au

nom de M. Philippeau, le résultat d'expériences faites sur la mort consécutive à la section des deux pneumogastriques.

On peut, dit l'habile expérimentateur, couper les deux pneumogastriques chez un certain nombre d'animaux sans produire la mort, à condition de mettre un intervalle suffisant entre les deux sections, et M. Philippeau a pu déterminer cet espace nécessaire entre les deux sections. Sur les rats, il faut attendre trente jours; chez le chien, la limite est de soixante jours; elle atteint quatre-vingts jours chez le cobaye; la limite n'est pas déterminée chez le lapin.

M. Couty conclut de ses expériences que la tension vasculaire généralisée, c'est-à-dire le resserrement vasculaire généralisé produit l'accélération de l'écoulement du sang, phénomène qui diffère de celui que produit l'excitation du grand sympathique localisée au cordon cervical.

M. Peyrot, étudiant l'action de l'essence de tanaïsie, a observé, à la suite de l'injection de quelques gouttes de cette essence dans l'oreille de lapins, des convulsions toniques tétaniformes comparables aux convulsions rabiques. Le chloral, les injections d'acide carbonique dans le pharynx, arrêtent ces convulsions.

— M. Budin fait une communication sur les modifications de forme que subit la tête du fœtus pendant l'accouchement. Nous en donnons le résumé, qui intéressera les médecins praticiens autant que les anthropologistes :

Depuis longtemps on avait remarqué la forme allongée, en poire, qu'offrait la tête aussitôt après son expulsion dans les présentations du sommet, et sa forme aplatie de haut en bas à la suite de l'accouchement par la face. Ces deux formes sont caractéristiques, typiques pour ainsi dire, dans ces deux présentations, et elles peuvent exister indépendamment de tout rétrécissement du bassin. Vingt-quatre ou quarante-huit heures après la naissance, la tête retrouve sa forme ronde normale. M. Budin a pris de nombreuses mensurations et des tracés dans les huit premiers jours qui suivent l'accouchement, et il montre que des conditions anatomiques particulières favorisent et expliquent ces déformations.

En étudiant les diamètres antéro-postérieurs, l'occipito-mentonnier, l'occipito-frontal et le sous-occipito-bregmatique, il a vu d'abord que, contrairement à l'opinion généralement admise, le diamètre occipito-mentonnier n'est pas le diamètre antéro-postérieur le plus grand : le diamètre le plus étendu est un diamètre sus-occipito-mentonnier, qui va du menton à la suture sagittale, se terminant en un lieu qui varie entre la pointe de l'occiput et la fontanelle antérieure. Ce diamètre est donc le diamètre *maximum* de la tête.

Si on mesure les diamètres aussitôt après l'accouchement, on trouve par exemple : diam., O. M. 12 cent., diam., O. F. 11 cent., diam., Ss. O. Br., 9 cent.; le lendemain ou le surlendemain on trouvera : O. M. 12 cent. 5, O. F. 11 cent. 5, Ss. O. Br. 9 cent. 5. Ces trois diamètres ont donc augmenté, et comme la tête a repris sa forme normale, il est rationnel d'en conclure que ces diamètres avaient, au moment de l'accouchement, diminué de longueur.

Quant au diamètre maximum, il diminue au contraire de beaucoup, le premier et le deuxième jour, donc il avait augmenté pendant l'accouchement.

Or, en examinant le crâne d'un enfant nouveau-né qui a succombé, si on enlève les deux pariétaux, on voit la pointe de l'occipital, excessivement mobile, se laisser refouler en avant avec la plus grande facilité. L'écaïlle de l'occipital, dans son ensemble, est mobile autour d'une charnière qui existe au niveau de sa réunion avec la portion basilaire de cet os. Il y a là, en effet, une ligne de démarcation très-nette, constituée par du tissu cartilagineux et du tissu fibreux, qui explique cette mobilité. Pendant l'accouchement, la pointe de l'occiput est repoussée en avant et s'enfonce sous les pariétaux, ce qui explique la diminution des diamètres O. M. et O. F. L'abord postérieur des frontaux est mince et très-souple, il se laisse

aussi déprimer, d'où la diminution du diamètre Ss. O. Br. Quant aux pariétaux, ils sont comprimés d'avant en arrière, et leur bord sagittal devient beaucoup plus conné, d'où l'augmentation au contraire du diamètre maximum.

À la suite des présentations de la face, le phénomène est tout différent : la pointe de l'occiput se trouve au contraire repoussée en arrière, d'où une augmentation des diamètres occipito-mentonnier et occipito-frontal. La tête reprend sa forme normale, et les diamètres diminuent après l'accouchement. La même disposition anatomique explique donc des déformations tout à fait différentes.

Quant la tête a repris son aspect normal, il se passe pendant les jours qui suivent un nouveau phénomène; la tête continue à augmenter dans tous ses diamètres lorsque l'enfant est bien portant. Les sutures et les fontanelles s'élargissent considérablement, à tel point parfois qu'on pourrait se demander s'il n'existe pas un commencement d'hydrocéphalie. Il n'en est rien, cette distension des sutures et des fontanelles est un fait normal et habituel.

REVUE DES JOURNAUX

Influence des causes morales sur la production du goître, par le docteur A. FOVILLE.

Ce sera le quarante-troisième ordre des causes auxquelles aura été jusqu'ici attribuée la production du goître, si l'on s'en rapporte aux supputations de M. Saint-Lager, qui en a déjà découvert quarante-deux. Mais il faut reconnaître que les faits cités par M. Foville en vue, sinon de prouver absolument (il est plus réservé), du moins de rendre vraisemblable l'influence des causes morales sur le développement du goître, sont dignes d'une attention sérieuse. Ces faits, à la vérité, il ne les a pas observés lui-même; mais ils ont cela encore de remarquable qu'ils sont en conformité avec une opinion très-répandue dans les pays où la maladie est endémique, ou, pour être plus précis, dans les pays que l'auteur a visités, et qui sont la Suisse et la Savoie.

Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire une partie de son récit :

L'auteur est en route pour Martigny et Saxons. Il a pour conducteur une sorte de médisant assez intelligent. « Celui-ci est né à Vernayaz, village voisin de Martigny; jusqu'à l'âge de trente ans, il n'avait pas eu le moindre gonflement du cou. En 1842, de grandes calamités vinrent fondre sur lui. A quelques jours de distance, sa maison fut détruite par un incendie et ses champs furent ravagés par une inondation. Il était marié et avait déjà plusieurs enfants; un pareil désastre le ruina presque complètement, et mettaït en grand danger sa famille. Le pauvre homme tomba dans une tristesse profonde, et pendant trois ans son désespoir fut tel que plus d'une fois il fut sur le point de se suicider. Cependant, avec le temps, grâce à un travail assidu et à quelques bonnes récoltes, ses pertes étaient réparées, sa maison reconstruite, sa famille florissante. Il reprit alors le dessus, sa mélancolie se dissipa, et depuis lors il n'a jamais cessé de vivre courageux et satisfait. Mais, pendant ce temps de douleurs, s'était développé, au devant de son cou et surtout à droite, un goître gros comme les deux poings; ni lui, ni ceux qui le connaissent, n'hésitèrent à attribuer cette production au chagrin qu'il avait éprouvé. Comme une pareille tumeur était très-lâche et très-génante, comme d'ailleurs elle nuisait beaucoup aux rapports que, dès cette époque, il avait avec les touristes en qualité de voiturier, il voulut s'en guérir; il s'adressa à un paysan de Martigny qui passait pour connaître beaucoup de bons secrets; le savant de village lui appliqua sur le cou des caustiques très-énergiques qui déterminèrent des ulcérations, et au bout de quelques semaines le goître avait disparu. Ce conducteur portait, en effet, calcées dans sa barbe et sous sa cravate, des cicatrices multiples, profondes, très-courbées, qui devaient être le résultat des caustifications énergiques sous l'influence desquelles la tumeur avait disparu; ces cicatrices étaient surtout marquées à

droite; la partie inférieure du corps thyroïde était encore un peu gonflée sur la ligne médiane, mais sans que cela fût bien apparent; plus haut on ne put constater de traces d'hypertrophie. M. Foville eut soin de lui demander si, au moment de ses revers, il n'avait pas été soumis à de grandes privations; il m'affirma qu'après ses malheurs, comme avant, sa manière de vivre avait été la même, toujours d'une grande sobriété.

« Le surlendemain, dit l'auteur, j'étais à Chamoumy, où le hasard me fit assister dans l'église à un service d'anniversaire de funéraires. Les femmes qui, au nombre de cinquante à soixante, composaient presque toute l'assistance, allèrent successivement à l'offrande, et je pus, de la place que j'occupais, les examiner une à une, alors qu'elles déclinaient devant moi. Je remarquai que presque toutes celles qui étaient âgées de quarante ans, ou davantage, avaient des goultes plus ou moins volumineux, tandis que les jeunes n'en présentaient point ainsi dire aucun exemple. Dans la journée, je fis une excursion avec un guide fort intelligent, fort habillé à causer avec les voyageurs, et qui devait compter parmi les plus recommandables de ses collègues, car, quoique jeune encore, il avait déjà été choisi vingt-cinq fois pour faire l'ascension du Mont-Blanc. Je lui parlai du goulte et de ma remarque du matin; il me dit alors, spontanément, et sans que je l'aie mis au courant de ma conversation de l'avant-veille à Martigny, qu'en effet le goulte était très-rare chez les personnes jeunes, que le plus souvent il se développait chez les femmes un peu âgées, surtout chez celles qui avaient eu des causes de chagrin en perdant leur mari, leurs enfants, ou leurs moyens d'existence. Je lui fis répéter la chose avec plus de détails, et il me la confirma, ajoutant que c'était là une opinion courante et générale dans le pays, et qu'il pourrait m'en citer bien des exemples.

Le même soir, je repris ce sujet de conversation avec une jeune fille intelligente, dont le père était l'instituteur du village des Bois, situé juste au-dessous de la Mer de glace. Elle me dit que, dans son village, il n'y avait plus que très-rarement des goultes parmi les jeunes gens, mais qu'il s'en produisait encore parfois chez les femmes âgées, à la suite de chagrins, et elle me raconta, à l'appui, l'histoire d'une voisine et amie de sa famille.

« Cette femme avait vécu longtemps heureuse; puis, en quelques années, elle avait perdu son mari et avait eu un fils tué à la guerre, tandis que l'autre encourait une condamnation à plusieurs années de prison. La pauvre femme fut désespérée de tant de malheurs, et bientôt elle devint goulteuse; elle avait une certaine aisance et son infirmité ne pouvait être attribuée à des privations. »

L'auteur rappelle, en terminant, que l'ouvrage de M. Gosse sur l'Étiologie du goulte et du crétinisme (Genève, 1853) contient un passage dans lequel l'influence des causes morales, mais surtout des *chagrins concentrés et durables*, sur cette double affection est assez formellement signalée (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1876, t. XLVII).

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur l'anatomie et la physiologie comparée, etc., par le professeur H. Milne-Edwards, t. XI, fasc. II et t. XII, fasc. I, — G. Masson, Paris, 1876.

Dans une précédente analyse nous n'avons pas voulu entamer le compte rendu des leçons du professeur Milne-Edwards sur l'anatomie et la physiologie des *Organes des Sens*, afin d'en présenter un tableau plus complet quand l'étude de ces organes serait terminée par l'auteur.

Nous pouvons aujourd'hui indiquer quelques points importants des leçons sur les organes du Tact, du Goût, de l'Odeur et de l'Ouïe dans la série animale : le sens de la vue n'étant point encore exposé au complet dans le fascicule qui vient de paraître, nous aurons à y revenir plus tard.

La signification physiologique d'organes souvent mal définis chez un sujet appartenant à un groupe élevé dans la série animale n'est pas toujours évidente d'emblée; c'est alors qu'apparaît le grand intérêt des études comparatives : les analogies morphologiques et fonctionnelles éclairent quelquefois des points que l'analyse exclusive d'un seul type

aurait laissés obscurs : nous en avons la preuve à tout instant dans l'ouvrage si largement conçu de M. Milne-Edwards, mais nous en sommes surtout frappés en lisant ce qui a trait aux sens du tact, de l'odorat et de l'ouïe.

Des organes tactiles considérés dans la série, choisissons l'étude des *leviers tactiles* qui reposent sur une partie sensible, sur un bouton nerveux sensitif aussi bien chez les insectes que chez beaucoup de mammifères. Ces leviers tactiles servent le plus souvent à transmettre la pression déterminée par le contact d'un corps étranger, mais ils deviennent aussi de véritables instruments palpeurs. Ce sont le plus souvent des poils rigides comme ceux qui constituent la moustache du chat : il est très-possible, par exemple, que chez cet animal la faculté de se diriger la nuit sans se heurter aux obstacles soit subordonnée, en grande partie, à l'intégrité des poils de la lèvre supérieure (*expérience de Broughton*). On retrouve ces poils tactiles à la face inférieure de l'aile des chauves-souris : « La résistance de l'air n'est pas la même quand l'aile, en le refoulant, disperse ce fluide au loin ou l'envoie frapper contre un obstacle situé à courte distance et détermine ainsi un remous... » À la base de ces petits « leviers anémométriques » se trouve un bulbe nerveux qui les embrasse en forme d'anneau (Jobert), et l'on conçoit que, les poils tactiles étant poussés dans différentes directions suivant que le courant aérien suit son cours primitif ou se renverse en arrière, l'animal peut distinguer les impressions produites et diriger son vol en conséquence. C'est à la même catégorie qu'appartiennent probablement les poils de l'oreille de la chauve-souris; ces poils auriculaires, disposés sur le trajet des couches d'air mises en mouvement, permettent encore à l'animal de savoir si l'air se meut librement dans l'espace ou rencontre à courte distance un obstacle.

Nous retrouvons les leviers tactiles, chez les poissons, dans les appendices cutanés situés au voisinage de la bouche et appelés barbillons; chez les mollusques, les tentacules sont doués d'une sensibilité tactile bien manifeste.

Les appendices coniques ou filiformes des annélides (*cirrhes, tentacules, antennes*) semblent être encore des organes tactiles; les articulés sont munis de palpes mandibulaires, maxillaires et labiaux dont l'article terminal, tronqué, est recouvert d'une peau dépourvue d'épiderme écaillée et se trouve parfaitement adapté par conséquent à l'exercice du toucher; l'extrémité de la trompe chez les insectes suceurs, les mouches, par exemple, est aussi un organe de palper des plus délicats. Voyons enfin les cirrhes et autres prolongements libres qui, chez les zoophytes, jouent un rôle si important; ce sont encore des leviers tactiles qui avertissent l'animal de la présence d'objets résistants.

Les organes olfactifs envisagés dans la série animale ont fourni matière à d'importants développements anatomiques et physiologiques : nous ne pouvons qu'indiquer rapidement quelques traits de cette étude.

Parmi les principes odorants, les uns préexistent dans le corps qui les émet et sont la conséquence de son état chimique ou physique (arsenic chauffé, acide sulfhydrique); les autres (essences, huiles volatiles) sont le produit de la sécrétion de cellules spéciales existant dans les tissus dont la substance est inodore (Heurs); souvent le principe odorant résulte d'un changement chimique éprouvé par une ou plusieurs matières constitutives d'un corps (acide butyrique se formant dans le beurre qui devient rance); souvent aussi ce principe résulte de la combinaison d'une substance peu ou point odorante avec l'ammoniaque; tels sont les points essentiels sur lesquels insiste le professeur Milne-Edwards au début de ses leçons sur l'odorat, rappelant les beaux travaux de Chevreul et les recherches intéressantes de Robiquet.

Ces odeurs agissent *exclusivement*, dit M. Milne-Edwards, sur la terminaison des nerfs olfactifs : il y a cependant, indépendamment des réserves faites à ce sujet par Magendie et par le professeur Cl. Bernard, certains faits anatomiques qui

pourraient être pris en considération : ainsi Fischer (Hamburg, 1864) représente sur l'axolotl une branche importante du Trijumeau qui va se confondre avec un gros rameau de l'Olfactif, et, chez les mammifères, le nerf naso-palatinal présente certains caractères qui semblent de nature à laisser subsister quelques doutes. Quoi qu'il en soit, les particules odorantes arrivent au contact de la muqueuse olfactive et d'après certains histologistes (Schultze, Kolliker) se mettent directement en rapport avec des cellules fusiformes, de nature nerveuse (?), intercalées parmi les cellules épithéliales ordinaires.

L'olfaction existe incontestablement chez les invertébrés supérieurs, mais nous sommes peu fixés sur les organes à l'aide desquels ce sens s'exerce. Cependant nous savons, par les expériences de M. Moquin-Tandon, que chez les gastéropodes terrestres (les arions, par exemple), « le sens de l'odorat réside dans le bouton rétractile qui termine les tentacules frontaux oculifères et loge un ganglion nerveux mis en connexion avec les ganglions cérébroïdes par un nerf particulier. »

L'histoire de la fonction olfactive chez les animaux articulés est beaucoup plus avancée au point de vue physiologique que chez les mollusques, mais elle est encore moins précise au point de vue anatomique. Les mouches à viande, les nécroploques qui, trompés par l'odeur fétide de certaines plantes, déposent leurs œufs sur des feuilles où les larves périront de faim; les lépidoptères mâles qui retrouvent leur femelle enfermée dans la boîte de l'entomologiste, etc., tous ces animaux ont évidemment un sens olfactif développé; mais l'organe est-il placé dans les parties vestibulaires du système trachéen, (Lehman), dans la cavité buccale (Huber), dans les antennes (Lefebvre, Perris)? C'est ce que de nouvelles recherches sont appelées à décider.

Nous insistons sur une seule particularité de la fonction auditive, à cause de l'intérêt physiologique qui ressort de la comparaison de cette particularité dans la série : c'est le rôle que joue l'organe de Corti ou ses analogues dans la distinction des tons.

D'après la théorie de Helmholtz, le ton et le timbre ne deviendraient sensibles à l'ouïe qu'en raison de l'aptitude spéciale de chacune des parties de l'appareil de Corti à vibrer par influence, sous l'action d'un nombre donné de vibrations. Cependant chez les oiseaux, les arcades de Corti font défaut et on ne met point en doute la délicatesse avec laquelle leur oreille sait apprécier toutes les qualités du son, comme le prouvent les résultats de l'éducation.

« L'incline à croire, dit M. Milne-Edwards, que la division du travail acoustique, réalisée probablement par le clavier cochléen, peut s'effectuer d'une manière analogue dans le vestibule ou dans les canaux demi-circulaires. »

Il y a plus: les poissons dont l'oreille se réduit à un labyrinthe membraneux logé dans l'intérieur de la boîte crânienne, avec ou sans appareil de renforcement, paraissent distinguer très-nettement les sons : mais comme ils sont dépourvus de la portion cochléenne de l'oreille interne dont le rôle paraît être des plus importants dans l'appréciation des intervalles musicaux et du timbre des sons, « il serait intéressant d'examiner si les poissons sont sensibles au bruit seulement, ou si ces animaux sont capables de distinguer les différences de ton et de timbre. »

Enfin, étant admis que les antennes des insectes constituent leurs appareils auditifs, on a pensé que les poils qui garnissent latéralement ces antennes remplaceaient des fonctions analogues à celles qu'on attribue aux arcs de Corti dans le limaçon des vertébrés supérieurs : quelques-uns de ces poils vibrent énergiquement quand on approche un diapason (Ut 4 par exemple, Mayer), tandis que les autres restent en repos; si l'on change de diapason, les poils tout à l'heure en vibration s'arrêtent et d'autres se mettent en mouvement, et ainsi de suite pour une série de sons dans des tons différents.

Nous avons trop longuement insisté sur le tact, l'odorat et l'audition pour accorder à la fonction gustative plus de quelques lignes : entre autres points importants traités à ce chapitre par M. Milne-Edwards nous devons signaler le mode de production des sensations de saveur sous l'influence des combinaisons chimiques, les indications sur la confusion si fréquente des impressions olfactives et gustatives, la question des cellules gustatives (Axel Key), l'hypothèse émise avec réserve au sujet des appareils gustatifs des poissons: M. Milne-Edwards serait porté à penser que les organes singuliers, de nature nerveuse, qui existent dans des canaux sous-cutanés ou dans des cavités cyathiformes chez certains poissons, fonctionnent à la manière d'un appareil gustatif et permettent à ces animaux de juger des qualités de l'eau dans laquelle ils se trouvent.

D^r François FRANCK.

VARIÉTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont autorisés à se faire suppléer pendant l'année scolaire 1876-77: M. Tardieu, professeur de médecine légale, par M. Brouardel, agrégé; — M. Richet, professeur de clinique chirurgicale, par M. Le Dentu, agrégé. M. Ollivier, agrégé, est chargé du cours de pathologie médicale à ladite Faculté, en remplacement de M. Axenfeld, décédé. M. Tournoux sera chargé des fonctions de préparateur du laboratoire d'histologie.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. Daresté de la Chavaune, docteur en sciences et docteur en médecine, est autorisé à faire un cours d'embryogénie à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris, pendant l'année scolaire 1876-77.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Jacquemet, agrégé, est maintenu en activité pendant l'année scolaire 1876-77.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Blondot, professeur de chimie médicale et toxicologie, est autorisé à se faire suppléer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1876-77, par M. Engel, agrégé.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE POTIERS. — M. Jouvin, ancien pharmacien en chef de la marine, ancien professeur à l'École de médecine navale de Rochefort, est nommé professeur de pharmacie, en remplacement de M. Malapert, décédé. — Un concours sera ouvert le 1^{er} juin 1877, pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle à ladite École. Le registre des inscriptions sera clos deux mois avant l'ouverture dudit concours.

MUTATIONS DANS LES HÔPITAUX (Services de chirurgie). — Par suite de la mise en disponibilité de M. Mennier, M. Le Dentu passe de la Salpêtrière à l'hôpital Saint-Antoine; — M. Périer passe de l'hôpital de Lourcine à la Salpêtrière; — M. Th. Anger passe de l'hospice de Bicêtre à l'hôpital de Lourcine; M. Terrier, chirurgien du Bureau central, est nommé chirurgien à l'hospice de Bicêtre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'INDRE-ET-LOIRE. — Question proposée pour le prix de la Société en 1877: *De la cautérisation dans la diphtérie.*

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE. — Nous ferions connaître dans le prochain numéro les bureaux nouvellement élus de la Société française de tempérance.

SUCCESSEUR DE TRAUBE. — La chaire de clinique médicale de l'hôpital de la Charité de Berlin vient d'être donnée au professeur Leyden, de Strasbourg.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort de plusieurs médecins anglais: M. Martin Hella, médecin du dispensaire de Malden Road, décédé à Londres à l'âge de vingt-quatre ans.

— M. le docteur Brunton, chirurgien résident du dispensaire de Peasley, qui s'est suicidé dans un accès de délire fébrile.

— M. le docteur Ellis Jones, médecin distingué de Liverpool, un des membres les plus actifs de la *British medical association*.

— On annonce la mort du docteur Louis Evrat, ancien médecin directeur de l'asile de Saint-Robert, près Grenoble.

RÉUNION EXTRA-PARLEMENTAIRE DES MÉDECINS-LÉGISLATEURS.
— Cette réunion vient d'adresser, en date du 6 décembre, à MM. les présidents des Sociétés de médecine des départements, la circulaire suivante :

Monsieur le président et honoré confrère,

Le médecin faisant partie du Sénat et de la Chambre des députés se sont constitués en réunion extra-parlementaire. Leur but a été d'organiser en quelque sorte un *comité consultatif* où pourraient être étudiées toutes les questions générales intéressant la corporation médicale et susceptibles de provoquer une solution législative dans l'une ou l'autre de nos Assemblées. Leurs efforts doivent donc tendre à apporter dans les discussions que soulève l'initiative gouvernementale ou parlementaire sur des sujets de leur compétence une opinion déjà mûrie et fortifiée par l'examen auquel la réunion s'est livrée; d'autre part, les propositions, les projets de loi qu'il peut paraître nécessaire à leur initiative de déposer, ne parviennent sur le bureau des Chambres qu'après avoir été l'objet de délibérations ayant permis d'en peser et d'en établir aussi solidement que possible tous les termes.

Fermement décidée à écarter toutes questions d'intérêt personnel, la réunion extra-parlementaire des *médecins-législateurs* ne peut et ne doit utilement s'occuper que des sujets offrant un caractère d'utilité générale et rentrant dans la compétence des médecins. Le champ ainsi délimité est cependant encore assez vaste pour que toutes les bonnes volontés, tous les dévouements, y puissent trouver place.

De divers côtés, plusieurs mémoires et rapports nous ont été adressés, soit à titre individuel, soit en nom collectif; cette initiative ne saurait, ce nous semble, être trop largement encouragée. Elle nous est une preuve bien précieuse et de la nécessité de notre œuvre et de l'espoir que le corps médical fonde sur ses résultats. Nous avons jugé utile, honoré confrère, de nous adresser par votre intermédiaire à la Société dont vous êtes le président. Une société départementale de médecine nous a fait récemment parvenir une série de rapports courts et précis qui sont les résumés et les conclusions des délibérations de ses membres sur les questions qui sont de notre ressort. Si chacune des sociétés analogues suivait cet exemple, nous serions bientôt en possession des *cahiers du corps médical*, précieux éléments qui permettraient de donner la plus complète, la plus légitime et la plus sérieuse autorité aux justes revendications qui doivent être soumises à l'attention des législateurs. C'est ainsi que, dans la précédente Assemblée, les chambres de notaires, les chambres des huissiers ont pu facilement obtenir gain de cause dans des questions où l'accord était complet chez les membres de ces corporations.

Le corps médical tout entier ne manque pas, lui aussi, de sujets à propos desquels il puisse élever une voix unanime; quelle force notre réunion extra-parlementaire n'acquerrait-elle pas alors dans les discussions législatives où elle pourrait prendre appui sur cette unanimité? Notre attention, en tous cas, serait plus directement appelée par l'étude des délibérations de votre société sur tous ces problèmes si nombreux dont la solution exige encore des recherches et des investigations minutieuses.

Veuillez agréer, etc.

Le bureau de la réunion : docteur LAUSSEDAZ, *président*;
docteurs SOYE, TESTELIN, *vice-présidents*; docteur Fleury
LOUVILLE, *secrétaire*.

Questions intéressant la médecine actuellement soumises aux
délibérations des Chambres.

1° Organisation des services hospitaliers de l'armée dans les hôpitaux militaires et les hospices civils; 2° Assistance médicale dans les campagnes; 3° Restitution aux Conseils municipaux de la nomination des membres des commissions administratives des hospices et hôpitaux et des bureaux de bienfaisance; 4° Législation concernant les eaux minérales; 5° Conditions d'autorisation de l'exercice de la médecine en France par les gradués des universités étrangères et par les médecins étrangers.

Autres questions à l'ordre du jour de la réunion

6° Exercice illégal de la médecine et de la pharmacie; 7° Enseignement de la médecine.

NOTA. — Messieurs les présidents voudront bien avertir de tous les cas, qui parviendraient à leur connaissance, d'inexécution de la loi relative à la *protection de l'enfance*, loi votée par l'Assemblée nationale.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS. — Elections du Bureau pour l'année 1877 : *Président*, De Ranse; *vice-présidents*, Sanson et Ploix; *secrétaire général*, P. Broca; *secrétaire général adjoint*, Magiot; *secrétaires*, Girard de Rialle et Collinneau; *trésorier*, Legay; *archiviste*, Bureau; *conservateur des collections*, Topinard; *commissio de publication*, Bataillard, Bertillon, Dally.

COURS DE DÉMOGRAPHIE ET DE GÉOGRAPHIE MÉDICALE. — Nous avions exprimé notre surprise que ce cours, confié au docteur Bertillon, n'eût pas lieu au siège même de l'enseignement anthropologique, là où se font les autres cours (*Gaz. heb.*), nous apprenons que cette anomalie va cesser.

Le cours aura lieu tous les samedis, à cinq heures, dans le local de l'École d'anthropologie. Dans la prochaine séance de samedi prochain, 16 décembre, le professeur continuera à traiter de l'influence comparée du célibat, du mariage et du veuvage sur la mortalité, et commencera l'importante question des mariages consanguins.

CONSEIL MUNICIPAL. HYGIÈNE PUBLIQUE. — Le Conseil municipal de Paris vient de voter un crédit de 50 000 francs pour la création d'un service de direction, concernant l'hygiène publique, et qui aurait notamment pour but de concentrer tous les documents relatifs à l'hygiène publique et à la démographie.

Nous ne pouvons enregistrer cette nouvelle immédiatement après l'annonce du cours de M. Bertillon, sans que la pensée nous vienne, comme elle viendra à tout le corps médical, que le chef d'une pareille direction est tout trouvé dans sa personne. Il nous paraît impossible que le Conseil municipal, ou au moins son élément médical, dont la compétence ne peut pas ne pas être invoquée, n'ait pas déjà songé de lui-même au savant qui résume, pour ainsi dire, chez nous la science démographique et qui n'a cessé d'en faire à l'hygiène publique d'instructives et utiles applications.

CONCOURS DE L'EXTERNAT DES HÔPITAUX DE PARIS. — Ce concours, ouvert le 5 octobre, s'est terminé le 12 décembre 1876, par les nominations suivantes. (Nous les ferons connaître dans le prochain numéro.)

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. *Conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*. — M. le docteur Aug. Voisin, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, a recommencé ses conférences cliniques le jeudi 14 décembre, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les jeudis suivants à la même heure. Présentation de malades et démonstrations histologiques.

Nous rappelons que, par décision ministérielle du 15 novembre, MM. les étudiants devront être munis d'une carte d'entrée que le directeur de la Salpêtrière leur délivrera sur le vu d'un certificat de la Faculté de médecine attestant qu'ils ont passé le troisième examen de fin d'année. Les médecins et les magistrats auront accès à ces cours sur la présentation de leur carte personnelle.

État sanitaire de Paris :

Du 1^{er} au 7 décembre 1876, on a constaté 937 décès, savoir : Variole, 9. — Rougeole, 20. — Scarlatine, 3. — Fièvre typhoïde, 86. — Erysipèle, 2. — Bronchite aiguë, 35. — Pneumonie, 56. — Dysentérie, 0. — Diarrhée cholériforme des enfants, 1. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 15. — Croup, 32. — Affections puerpérales, 4. — Autres affections aiguës, 211. — Affections chroniques, 405, dont 153 dus à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 43. — Causes accidentelles, 15.

SOMMAIRE. — PARIS. La fièvre typhoïde et la nappe d'eau souterraine de Paris. — Transfert de l'Académie de médecine. — TRAVAUX ORIGINAUX. Physiologie expérimentale : Recherches sur le mécanisme des accidents cardiaques causés par les injections douloureuses. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — REVUE DES JOURNAUX. Influence des causes morales sur la production du goitre. — BIBLIOGRAPHIE. Leçons sur l'anatomie et la physiologie comparée. — VARIÉTÉS. Réunion extra-parlementaire des médecins législateurs. — FEUILLETON. Les planches anatomiques de J. Dryander et de G. H. Rye.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 21 décembre 1876.

Société des hôpitaux: DU TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR LA MÉTHODE RÉFRIGÉRANTE. — *Société de médecine légale*: OBSERVATION D'HERMAPHRODISME BI-SEXUEL.

Du traitement de la fièvre typhoïde par la méthode réfrigérante

La gravité exceptionnelle de l'épidémie de fièvre typhoïde que nous traversons depuis trois mois a naturellement reporté l'attention des observateurs sur les différentes méthodes de traitement en usage contre cette maladie et en particulier sur la méthode réfrigérante. Cette méthode, connue depuis longtemps, a été remise en honneur en France par un travail de M. Glénard, dont les conclusions ont déjà été discutées par la *Gazette hebdomadaire*. Ce travail avait pour point de départ des observations recueillies à Stettin, dans le service du docteur Brand, pendant l'année 1874. M. Glénard arrivait à cette conclusion péremptoire : « Toute fièvre typhoïde traitée régulièrement dès le début par l'eau froide sera exempte de complications et guérira. »

Il était impossible que de pareils résultats proclamés avec une entière bonne foi passassent inaperçus. Généralement la méthode fut accueillie avec faveur; mais, généralement aussi, on mettait en doute son efficacité absolue, constante, et l'assurance de ceux qui la recommandaient n'était nullement partagée par la majorité des praticiens. Dans ces conditions, une enquête sérieuse devenait nécessaire. Une épidémie se déclara à Lyon en 1874 et offrit à nos confrères lyonnais l'occasion attendue; l'enquête se fit sur une large échelle (750 cas). Le rapporteur de la commission nommée à cet effet, M. le docteur H. Mollière, fut son travail devant la Société des sciences médicales, en octobre dernier. Ses conclusions ne venaient pas à l'appui de la supériorité de la méthode dite de Brand. Il résultait, en effet, du dépouillement des observations qu'elle avait donné 9 pour cent de morts, tandis que les méthodes ordinaires ne donnaient qu'un chiffre de 5 pour cent.

Les conclusions de M. Mollière ne furent pas acceptées sans conteste. M. le docteur Mayet, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, qui avait fourni à son collègue cinquante-deux observations, réclama énergiquement contre l'interprétation donnée par M. Mollière aux matériaux dont il avait disposé. Il fait remarquer que les cas de son service traités par la balnéation froide étaient absolument exceptionnels au point de vue de leur gravité, et que les cas légers avaient été traités par les moyens ordinaires.

D'un relevé général qui porte sur 1269 cas observés depuis 1872 jusqu'au dernier trimestre de 1876, il résulte que la létalité de la fièvre typhoïde s'abaisse quand elle est

traitée par les bains froids. Quant aux cas graves traités par cette méthode, ils donnent une mortalité de 18 pour cent. Nous serions, d'après cette statistique, bien éloignés des résultats merveilleux proclamés par M. Glénard. Mais il est juste de faire remarquer que la médication balnéaire n'est intervenue le plus souvent que pour modifier des symptômes inquiétants à une époque trop éloignée du début pour que les résultats puissent être comparés à ceux que présente M. Glénard.

Les recherches des médecins de Lyon ne paraissent donc pas avoir complètement jugé la question. On en peut cependant déjà conclure que la méthode n'a pas donné dans leurs mains les résultats merveilleux qu'on était en droit d'en attendre.

À notre tour, nous avons été depuis quelques mois visités par l'épidémie. Le traitement balnéaire a été largement appliqué; et dans la dernière séance de la Société des hôpitaux, M. le docteur Féréal est venu rendre compte des résultats de sa pratique. Cette lecture ouvre devant la Société une discussion à laquelle prendront part beaucoup de ses membres et qui ne peut manquer de jeter une vive lumière sur la question encore si controversée de la supériorité du traitement par les bains froids sur toute autre médication. Nous suivrons avec soin cette discussion. Nous voudrions aujourd'hui rechercher les origines de cette méthode, baptisée, on ne sait pourquoi, du nom de *méthode de Brand*, et montrer quelle est la part d'initiative qui revient véritablement au médecin de Stettin dans son institution. Nous trouvons dans un travail de M. H. Huchard publié dans l'*Union médicale*, en mai 1874, des renseignements complets sur l'emploi des bains froids dans les fièvres.

C'est à James Currie (1798) qu'il faut rapporter l'honneur d'avoir compris le premier les dangers qui pouvaient résulter d'une accumulation considérable de chaleur dans l'économie, et consécutivement d'avoir cherché par les immersions dans l'eau froide à enlever cet excès de chaleur. Il obtint de cette façon des succès répétés dans une épidémie de fièvre typhoïde sévissant sur des femmes syphilitiques d'un hôpital de Londres.

Notre génération médicale n'a pas perdu le souvenir de Récamier et de la hardiesse avec laquelle il employait les ablutions froides dans les cas graves de fièvre typhoïde.

Dans un travail lu en 1849 à l'Académie des sciences et ayant pour titre : DE L'EMPLOI DE LA GLACE COMME AGENT THÉRAPEUTIQUE ET DES LOIS A OBSERVER DANS SON MODE D'ADMINISTRATION, SOIT DANS LES CAS DE MÉDECINE, SOIT DANS LES CAS DE CHIRURGIE, le docteur Wanner expose le traitement qu'il employait depuis plusieurs années contre les fièvres typhoïdes. Ce traitement consistait dans les boissons froides, les lavements froids et des *passes* ou lotions d'eau à la température de la glace fondante, répétées plusieurs fois par jour. Deux ans plus tard, le docteur Wanner reprend

cette question. Il montre la nécessité de ramener le corps à la température normale dans les pyrexies. Il y parvient par l'eau froide, *intus et extra*. Il compare l'action des bains froids à celle des *passes* et donne la préférence à ces dernières. Quatre ans après (1855), il insère un nouveau mémoire dans le MONITEUR DES HÔPITAUX : « Du degré constant de la chaleur animale considéré dans l'homme comme loi de la santé; des effets morbides produits par les variations de cette chaleur et des applications à en déduire pour la thérapeutique. » C'est dans ce travail qu'il affirme la certitude expérimentale qu'il a acquise de triompher de toute fièvre typhoïde dont « l'invasion ne dépasse pas sept jours ». On croirait entendre parler le docteur Brand.

En 1866, nouvelle communication à l'Académie de médecine, plus affirmative, plus magistrale. Le traitement doit toujours être employé dès le premier septenaire. Dès son début, il modifie profondément la marche de la fièvre et la rend, pour ainsi dire, méconnaissable. Les malades ainsi traités n'ont pas de convalescence.

La découverte est complète, si découverte il y a. Le principe physiologique est reconnu. Le résultat poursuivi : abaissement de la température, est atteint, non par les bains qu'on considère comme un moyen de réfrigération moins commode et moins efficace; mais par les lotions, les boissons, les lavements froids. Que manque-t-il à la méthode? Rien; pas même les succès qui sont constants.

D'ailleurs, le docteur Wanner n'avait pas la priorité. Trois ans auparavant (1846), le docteur Jacquez (de Lure) communiquait à la Société de médecine de Besançon les résultats d'un traitement nouveau de la fièvre typhoïde par les applications de compresses froides renouvelées toutes les dix minutes ou toutes les demi-heures, suivant les cas; par les lavements froids, les boissons glacées. Les phlegmasies pulmonaires ne coupaient nullement ce traitement dont l'influence se fait rapidement sentir sur la fièvre, les troubles nerveux, les phénomènes gastriques, etc. Sur 313 malades traités de cette façon, le docteur Jacquez accuse 12 insuccès, dont 7 seulement sont véritablement imputables à la méthode.

Rapprochons de ces observations celles du docteur Leroy (de Béthune) dont le traitement consistait en une évacuation sanguine au début suivie de l'emploi de l'eau froide *intus et extra* pendant toute la durée de la maladie (*Union médicale*, 1852). Le docteur Leroy insiste sur les effets rapides du traitement, sur les modifications imprimées au pouls, la sédation des phénomènes nerveux, des manifestations intestinales; l'absence presque absolue des contre-indications. Sous l'influence de ce traitement, la mortalité est réduite au chiffre de 7 pour cent dans la pratique hospitalière (civils et militaires) et de 3 pour cent dans la clientèle civile. Ces chiffres traduisent les résultats de vingt-cinq années de pratique.

En présence de ces documents que nous empruntons au travail étendu de M. le docteur Huchard on se demande par quelle aberration singulière on donne à la méthode de la réfrigération, créée, pratiquée, recommandée en France, exposée devant nos sociétés savantes depuis plus de quarante ans, le nom de méthode allemande ou de méthode de Brand, sous laquelle elle figure encore dans nos discussions.

Est-ce parce que Brand a substitué à tout autre moyen de réfrigération l'emploi des bains froids? Mais il est évident que le mérite et la supériorité de la méthode découlent de ce principe que les hautes températures constituent par elles-

mêmes un danger imminent, et les avantages des applications extérieures du froid étant reconnues, il importe peu de refroidir le malade par des lotions ou par des bains, pourvu qu'on atteigne le résultat cherché. Nous avons vu que les médecins français, véritables inventeurs de la méthode, avaient essayé des bains froids auxquels ils préféraient les lotions comme offrant un emploi plus commode, plus facile à généraliser et atteignant aussi sûrement le but proposé.

Pourquoi cette méthode ne s'est-elle pas répandue en France dès le début, et surtout après les travaux si intéressants, si consciencieux, si persévérants du docteur Wanner? Pourquoi a-t-elle eu besoin de se germaiser, en quelque sorte, pour s'implanter définitivement dans la pratique française? Plusieurs raisons peuvent nous l'expliquer. Tout d'abord la méthode a été réservée pour les cas graves. La plupart des médecins français répugnaient à appliquer une médication fatigante, pénible, à des fièvres qu'ils voyaient habituellement céder à un traitement beaucoup plus doux. Il en résultait que les succès de la balnéation froide étaient singulièrement restreints en raison de la gravité exceptionnelle des cas auxquels elle était adressée. En Allemagne, tous les cas étaient, dès le début, tributaires du même traitement auquel on reconnaissait le pouvoir d'imprimer à la maladie une marche favorable. La méthode a donc bénéficié d'une quantité considérable de fièvres typhoïdes qui assurément eussent été guéries par les moyens ordinaires. De là cette masse imposante de succès qui lui auraient donné un véritable caractère d'infailibilité.

De cette manière, les médecins qui cherchent aujourd'hui à apprécier cliniquement la valeur de la méthode dite de Brand ne se placent pas, à notre sens, dans les conditions où ils devraient être pour que leur statistique puisse être acceptée par les fauteurs de la méthode. En Allemagne, nous venons de le dire, toute fièvre typhoïde, dès qu'elle est reconnue, est traitée par le bain froid; non-seulement les médecins n'attendent pas l'apparition de symptômes menaçants, mais ils affirment que le traitement les prévient, les arrête dans l'immense majorité des cas. Ne leur parlez donc pas de votre distinction en cas graves et en cas légers: ils sont en droit de vous objecter que la plupart des cas graves vous sont imputables et que la balnéation appliquée dès le début les aurait sans doute profondément modifiés. Tant qu'on ne se placera pas dans les mêmes conditions que le médecin de Stettin, les résultats contradictoires seront déclarés non avenue. Reste la question de savoir si la balnéation n'est pas responsable de quelques accidents qui rendraient sa généralisation dangereuse. C'est ce que nous étudierons plus tard.

Il est une autre raison, d'un ordre tout différent, qui explique encore le peu de vogue dont jouit en France la balnéation froide. Dans l'état actuel d'organisation de nos services hospitaliers, cette médication est fort difficile à appliquer. Elle exige un personnel plus nombreux que celui qui nous est attribué. La plupart des services ne disposent que d'une baignoire fixée à demeure dans un cabinet de bains plus ou moins bien installé. L'administration d'un bain au lit du malade est toute une affaire; à plus forte raison y a-t-il une véritable difficulté à donner plusieurs bains dans les vingt-quatre heures et pendant un temps plus ou moins long. Que serait-ce si le nombre des malades à baigner se multipliait dans une même salle.

Nous ignorons quelle est l'installation à ce point de vue des hôpitaux allemands; il est probable qu'on a levé depuis longtemps toutes ces difficultés matérielles. D'après les renseigne-

ments que nous avons recueillis sur l'organisation de certains hôpitaux étrangers où l'on pratique en grand la méthode de la balnéation froide, les salles, beaucoup plus petites que les nôtres, sont parcourues par des rails qui permettent de faire circuler les baignoires sans aucune difficulté; le bain, préparé à la température prescrite, est envoyé en quelques instants au lit du malade, aussi souvent que son état l'exige. Si la méthode de la balnéation froide tendait à se généraliser, une disposition analogue deviendrait indispensable dans nos salles. Il ne faut pas regarder de trop haut ces menus détails qui ont leur importance. Aujourd'hui un médecin d'hôpital qui voudrait soumettre tous ses typhiques à la médication balnéaire serait assurément fort embarrassé. Or, nous le répétons, la méthode ne pourra être jugée en France que lorsqu'elle aura été ainsi généralisée.

La discussion qui s'ouvre en ce moment devant la Société des hôpitaux ne peut manquer d'être féconde et nous la suivrons avec l'intérêt qu'elle mérite. Mais nous voulions avant tout démontrer, preuves en mains, après M. le docteur Huchard, que la méthode dite allemande est tout au moins anglo-française dans son principe, dans son mode fondamental d'application. Il est bon de protester dès le début contre des dénominations qui consacrent une erreur, et de rendre à chacun ce qui lui appartient.

BLACHEZ.

Observation d'hermaphrodisme bisexuel.

Dans la dernière séance de la Société de médecine légale, M. Lutaud a communiqué quelques observations sur *un cas supposé d'hermaphrodisme bisexuel* qui n'avait pas encore été publié en France et qui présente un grand intérêt. Il s'agit d'un individu qui naquit en Franconie en 1824 et reçut le nom de Catherine Hohmann, et qui présenta à diverses périodes de son existence les attributs physiologiques des deux sexes. Vers l'âge de douze ans, les organes génitaux et les mamelles se développèrent; à dix-sept ans, Catherine prit un amant avec lequel elle vécut en concubinage pendant de longues années; à dix-neuf ans, la fonction cataméniale s'établit et se maintint régulièrement jusqu'à l'âge de quarante ans.

Il y a quelques années seulement que la disposition anatomique des organes génitaux de Catherine est connue du monde médical. Elle fut examinée pour la première fois à Wursbourg, en 1866, et pour la dernière fois à New-York, en 1874, par M. Paul Mundé, qui en a publié une longue relation dans l'*AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS*.

Lorsque la fonction menstruelle eut cessé et qu'elle eut été éclaircie sur sa conformation sexuelle, Catherine, se sentant entraînée vers le sexe féminin, prit les habits d'homme et épousa une jeune fille américaine.

Les organes génitaux externes de Catherine se rapprochent du type masculin. Ils consistent en un pénis de 5 centimètres incurvé en bas et fixé par deux replis muqueux à la manière des hypospodes. Ce pénis n'est pas perforé et ressemble par ses dimensions et sa forme à un clitoris très-développé. L'urètre s'ouvre à la partie moyenne de la face inférieure du pénis; il est très-dilatable et admet très-facilement une petite sonde d'homme. Au-dessous se trouve une fente située sur la ligne médiane se terminant en cul-de-sac et constituant un rudiment de vulve.

Au-dessous du pénis, on remarque un scrotum bifide dans

lequel on trouve à droite un testicule bien développé et à gauche une tumeur lobulaire et molle qu'on pourrait considérer comme un testicule rudimentaire et atrophie.

L'examen des organes internes a été fait avec le plus grand soin par les professeurs allemands et a été l'objet de quelques discussions. Cependant, d'après l'examen si complet du professeur Schultze (d'Iéna), on peut admettre comme bien constaté l'état suivant : l'urètre, qu'on peut désigner dans ce cas sous le nom de canal uro-génital, a une profondeur d'environ 7 centimètres et conduit directement dans la vessie; il est très-dilatable et présente près du col de la vessie un petit diverticulum de 15 millimètres de longueur qui se termine par un renflement qui ne saurait être autre chose qu'un utérus rudimentaire.

Le toucher rectal permet en outre de sentir à gauche de ce rudiment d'utérus une autre tumeur cylindrique de 2 centimètres de longueur, et rattachée à la première par une expansion membraneuse ayant toutes les apparences d'un ligament large. Cette seconde tumeur, mobile, cylindrique, rattachée à l'utérus, ne pouvait être autre chose qu'un ovaire. Telle est du moins l'opinion de Schultze, de Olshausen, qui, ayant examiné Catherine quelques mois plus tard, arrive aux mêmes conclusions. Les autres parties du corps se rapprochent plutôt du type masculin. A part les mamelles qui sont très-développées et l'absence de poils sur le visage, Catherine a l'aspect extérieur d'un homme; larynx, thorax et bassin présentent les caractères du sexe masculin. Telles sont les particularités anatomiques que présentait Catherine il y a environ dix ans, lorsqu'elle fut examinée par Scanzoni, Virchow, Schultze et M. Mundé, dont l'autorité est une garantie suffisante de l'authenticité des détails que nous avons rapportés.

Mais c'est surtout la partie physiologique de cette observation qui présente un grand intérêt. Ainsi, nous sommes en présence d'un individu qui a été réglé pendant vingt ans et a pu remplir, imparfaitement il est vrai, le rôle de la femme dans l'acte copulateur. Ce même individu, porteur d'un appareil génital masculin à peu près complet, a pu également pendant de longues années et peut encore aujourd'hui accomplir un coit régulier suivi d'éjaculation. Il y a donc là, à n'en pas douter, un exemple d'hermaphrodisme bisexuel.

Ce cas se rapproche d'une autre observation d'hermaphrodisme bisexuel publiée par M. Odin, et ce sont les deux seuls exemples où l'on puisse supposer, avec quelque apparence de raison, l'existence de l'hermaphrodisme vrai.

Les individus porteurs de cette difformité peuvent-ils se marier? Un médecin légiste éminent, M. Legrand du Saulle, répond par la négative, se fondant sur l'impossibilité de la fécondation. Mais cette opinion ne doit pas être adoptée, car quiconque est possesseur d'un état civil régulier est civilement apte au mariage. On sait que la jurisprudence actuelle rejette l'impuissance comme cause de nullité de mariage, et qu'en admettant même que la rupture d'un mariage fût admise pour cause d'impuissance, il serait toujours facile pour celui des époux qui aurait intérêt à maintenir l'union, d'é luder la loi en refusant de se soumettre à un examen auquel on ne saurait le contraindre.

TRAVAUX ORIGINAUX

Syphillographie.

PARALYSIE DU NERF MENTONNIER PAR LÉSION SYPHILITIQUE DU MAXILLAIRE, par le docteur Alfred FOURNIER, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté.

L'observation qui va suivre, remarquable à coup sûr par sa singularité, est un exemple de ces troubles nerveux circonscrits que détermine assez fréquemment la syphilis, en portant son action non pas sur un tronc nerveux, mais sur un rameau, un ramuscule nerveux, la branche terminale d'un nerf.

Il s'agit ici d'un malade syphilitique qui se trouva affecté « soudainement » d'une paralysie de la sensibilité très-exacte-ment circonscrite à une moitié latérale de la lèvre inférieure et à la portion correspondante du menton. Cette paralysie bizarre, qui, pour le dire immédiatement, avait sa cause organique dans une exostose de la branche horizontale du maxillaire, disparut et guérit très-rapidement sous l'influence du traitement antisiphilitique. Il serait donc impossible d'en contester l'origine et l'essence spécifique.

Ce petit fait ne laisse pas, je crois, d'être curieux. Le voici résumé en quelques lignes :

Ons. — M. X..., actuellement âgé de trente-cinq ans, est un homme de constitution robuste, ayant toujours joui d'une excellente santé.

En 1872, il contracta la syphilis. Il n'a jamais eu de chancre, dit-il; de moins ne s'est-il jamais aperçu d'une écorchure ou d'une lésion quelconque à la verge. Toujours est-il que des accidents secondaires non douteux se produisirent sur lui en 1872 et 1873, accidents caractérisés par des éruptions à la peau, des plaques muqueuses à la bouche, des glandes cervicales, de l'opopécie, etc. A cette époque, il suivit un traitement mercuriel de courte durée (pilules de proto-iodure). Plus tard, il alla à Aix-la-Chapelle, et là fit une cure de frictions mercurielles.

Je le vis pour la première fois en janvier 1875. A cette époque, je le trouvai affecté d'un sarcoécème syphilitique affectant le testicule gauche. Cette lésion, dont je passe la description sous silence, était un type de l'albuginite spécifique si bien décrite par M. Ricord. Elle guérit en l'espace de quelques semaines sous l'influence d'un traitement à l'iodure de potassium (3 grammes par jour en moyenne); le testicule revint à son volume absolument normal et ne conserva pas traces d'induration.

Se croyant à l'abri de tout accident, le malade négligea, contre mon conseil, de reprendre la médication ultérieurement. Je ne le revis plus jusqu'au mois d'octobre 1876.

Le 18 octobre, il revint me trouver, en proie à de vives alarmes. « Très-certainement, dit-il, c'est fait de lui, car déjà sa lèvre est morte. » Il me raconte que, depuis quelques jours, il a remarqué sur lui les symptômes les plus bizarres; il ne sent plus rien dans la moitié droite de la lèvre inférieure et dans la partie voisine du menton; il s'est mordu cette lèvre sans en avoir conscience. Quand il porte une cuillère à la bouche, il n'en sent que la moitié, comme si l'autre moitié n'existait pas. Quand il boit, il ne sent que la moitié du verre, comme si le verre était échanuré, cassé du côté droit. « Cela n'est pas supportable, ajoute-t-il; c'est à en devenir fou. »

Je le rassure tout d'abord, et, l'examinant avec soin, je constate ceci :

La sensibilité est éteinte, en effet, absolument éteinte, sur la moitié droite de la lèvre inférieure, au niveau de la muqueuse extérieure; elle semble diminuée seulement sur la muqueuse interne, intra-buccale. Elle est abolie également sur la portion cutanée de la lèvre et sur les téguments du menton, jusqu'à 1 centimètre environ au-dessus du bord inférieur du maxillaire, et cela depuis la ligne médiane jusqu'à une ligne descendant verticalement de la commissure labiale droite. En dedans et en dehors de ces deux lignes la sensibilité reparait à l'état normal.

Dans l'étendue que je circonscris de la sorte, la sensibilité est affectée à la fois relativement au toucher et à la douleur. Il y a anesthésie et analgésie simultanées; ainsi le malade ne perçoit pas le contact du doigt, d'une plume, d'une cuillère; et, de plus, il reste insensible à la piqûre d'une épingle, au pincement, etc.

Les mouvements de la lèvre sont intacts. J'explore minutieuse-

ment l'état de la sensibilité sur les parties avoisinantes, sur la face, sur la tête, sur le cou, sur les membres, et partout je la trouve normale.

Du reste aucun autre trouble. Santé générale excellente. Tout se réduit à une perte de sensibilité dans la région desservie par le nerf mentonnier droit.

Ce phénomène constaté, restait à en trouver la cause. Or, cette cause, dont le malade ne parlait pas, n'était pas difficile à découvrir, comme on va le voir.

Dirigeant mon attention vers le maxillaire, je constatai aussitôt un symptôme dont le malade, dans sa préoccupation excessive, avait négligé de m'avertir, à savoir : une tuméfaction douloureuse de l'os. Dans son tiers moyen, c'est-à-dire depuis le niveau de la canine jusqu'à celui de la seconde grosse molaire, la branche horizontale du maxillaire présentait un gonflement fusiforme que la barbe avait pu me masquer tout d'abord, mais que la palpation rendait aussitôt évident. Ce gonflement, notable surtout vers la face externe de l'os et inférieurement, épaississait le maxillaire de 1 centimètre environ, et son maximum correspondait exactement à la région du trou mentonnier. Il présentait au toucher une dureté osseuse. Nul doute, en conséquence, qu'il ne fût constitué par l'os même tuméfié. Enfin, il était douloureux à la palpation et plus encore à la pression, comme l'est habituellement l'exostose récente en voie de formation.

Cela constaté, les choses devenaient des plus claires; très-évidemment le malade était affecté d'une exostose du maxillaire. Il était donc à croire que la paralysie du nerf mentonnier devait se rattacher comme épiphénomène à cette lésion de l'os. Et en effet, la lésion de l'os, comme nous l'avons vu, avait son maximum de développement au niveau du trou mentonnier, c'est-à-dire au point d'où émerge le nerf dentaire inférieur pour prendre le nom de nerf mentonnier. Tout naturellement l'hyperplasie osseuse n'avait pu se faire sans retentir sur le nerf, sans l'intéresser mécaniquement, et la compression exercée sur ce nerf rendait un compte très-légitime des phénomènes de paralysie, qui affectaient précisément l'aire de distribution de ses filets terminaux.

En conséquence, et sans hésitation, le diagnostic me parut devoir être porté de la façon suivante : exostose syphilitique affectant la branche horizontale du maxillaire aux environs du trou mentonnier; paralysie symptomatique du nerf mentonnier, lésé ou comprimé par cette exostose.

Le traitement spécifique fut aussitôt prescrit (3 grammes d'iodure de potassium quotidiennement), et ne tarda pas à produire ce qu'il produit le plus habituellement en pareil cas, à savoir : une détente immédiate des troubles morbides, puis une guérison rapide.

Une semaine, en effet, s'était à peine écoulée que le malade me revenait aussi joyeux que je l'avais vu désespéré lors de sa première visite. « Tout était fini, disait-il; les parties insensibles avaient recouvré leur sensibilité. » Un examen minutieux me démontra que, si cette assertion n'était pas rigoureusement exacte, elle était bien près de l'être. La sensibilité, sans être absolument parfaite dans les parties préalablement affectées, était presque revenue à l'état normal. Quant à la tuméfaction de l'os, d'une part elle n'était plus douloureuse au toucher, et d'autre part elle avait considérablement diminué, des trois quarts pour le moins.

Guérison complète les jours suivants.

Inutile d'insister, je crois, pour démontrer ce qui est évident et ce qui ne sera contesté par personne, à savoir : que cette guérison à si brève échéance confirmait d'une façon absolument significative le diagnostic porté sur la spécificité syphilitique des troubles observés. Il reste donc indubitable que, dans ce cas, nous avons eu affaire à une paralysie du nerf mentonnier, paralysie symptomatique d'une lésion syphilitique du maxillaire.

Ce cas, au surplus, n'est pas unique dans la science, même en ce qui concerne le nerf mentonnier. Un fait exactement semblable a déjà été observé par Ros'an sur un malade syphilitique. Et peut-être ne sera-t-il pas sans intérêt de rapprocher ce fait du nôtre, qui trouvera de la sorte une confirmation dans l'autorité d'un illustre maître.

Voici le fait en question, relaté *in extenso* par M. Zambaco dans son remarquable ouvrage sur les *Affections nerveuses syphilitiques* (p. 250 et suiv.), mais réduit ici au seul point qui nous intéresse :

Malade âgé de trente-cinq ans, syphilitique depuis plusieurs années. Accidents spécifiques aussi multiples que graves : périostose

sternale; six tumeurs gommeuses disséminées le long du rachis; gomme ulcérée du sein droit; douleurs ostéopores très-violentes dans les membres inférieurs; sciatique gauche; paraplégie (dont l'autopsie démontra plus tard la spécificité); cachexie, etc. — Or, ce malade présentait en outre une *ostéo-périostite du maxillaire inférieur* à gauche, et une *paralysie du nerf mentonnier* que l'observateur décrit de la façon suivante: « Sur la partie horizontale du maxillaire inférieur, à gauche, et à 1 centimètre de la symphyse, il existe une tumeur formée en partie par l'augmentation du volume de l'os, en partie par une périostose avec dépôt plastique... La peau qui la recouvre est rouge, et la pression y détermine des douleurs vives. Les mouvements exigés pour la mastication et même pour l'acte de la parole sont très-douloureux; aussi le malade ne les exécute-t-il que très-incomplètement. Le nerf mentonnier, probablement comprimé ou altéré par l'affection osseuse, cesse d'animer la lèvre inférieure à sa moitié gauche; aussi peut-on piquer et pincer cette lèvre sans que le malade éprouve aucune douleur. La sensation est abolie à tel point que, lorsqu'il boit, il a l'impression du verre cassé, dont le morceau manque du côté paralysé, etc. »

L'identité des deux observations qui précèdent est presque complète. De part et d'autre, en effet, paralysie du nerf mentonnier, et paralysie relevant de la même cause, à savoir: lésion syphilitique du maxillaire. Mêmes symptômes également de part et d'autre, notamment en ce qui concerne cette sensation bizarre du verre cassé, si caractéristique dans l'espèce, et si formellement accusée par les deux malades.

C'est un fait acquis actuellement que les paralysies de motilité circonscrites, les paralysies limitées à un groupe de muscles ou à un muscle, relèvent très-fréquemment d'une influence syphilitique. La même remarque, je n'en doute pas, s'applique également aux paralysies circonscrites de la sensibilité. Ces dernières aussi reconnaissent la syphilis pour une de leurs causes les plus habituelles. C'est là ce dont témoignent, entre autres exemples, les deux cas précités et ce que confirme l'observation journalière.

Clinique chirurgicale (1).

CALCULS URINAIRES D'UROSTÉALITHÉ, par M. CHAUVEL, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Obs. — M. X..., âgé de quarante-cinq ans, est entré à l'hôpital du Val-de-Grâce, au mois de mai 1876, pour un cancer du rectum, dont le début remontait à la fin de l'année 1875. L'examen montra que le néoplasme avait envahi l'intestin sur une étendue trop considérable pour qu'aucune intervention opératoire fût possible. On se contenta de soins palliatifs, et l'affection suivit son cours ordinaire, sans que rien autre chose qu'un léger trouble de la miction, qui céda au bout de quelques jours, pût faire soupçonner l'existence de calculs vésicaux. A l'autopsie (novembre 1876), je constatai un cancer colloïde du rectum, occupant tout le petit bassin. La prostate, le col vésical étaient envahis par le néoplasme, et dans l'épaisseur de la muqueuse de la vessie, un grand nombre de petits noyaux cancéreux s'étaient développés. En ouvrant ce réservoir, je fus surpris d'y rencontrer une douzaine de calculs, dont la présence n'avait pas été soupçonnée pendant la vie du malade. Tous offraient plus ou moins la forme de disques aplatis, de coloration rougeâtre, ou rouge-brun, mous, friables, etc... Ces calculs, par suite de leur consistance, ne donnaient pas de sensation nette au choc de la sonde, et le diagnostic en était fort difficile. Leurs caractères sont indiqués par M. Vidal. J'ajouterai seulement que je n'en ai trouvé que deux cas dans la science: le premier dans les ARCHIVES DE HELLER (1844-1845); le second appartient au docteur Moore, de Dublin (*Dublin quarterly Journal of med. sc.*, 1854). Encore l'existence réelle de ces calculs d'urostéalthé est-elle mise en doute par Beale (trad. d'Ollivier et Bergeron, 1865).

Analyse des calculs, par M. Vidal.

Ces calculs, de la forme et de la grosseur d'une fève ordinaire, sont composés d'une partie intérieure de consistance

molle, onctueuse, et d'une enveloppe solide. Leur couleur est brune.

La partie interne ne se dissout pas dans l'eau, à peine dans l'alcool, à peu près complètement dans l'éther. Ce qui est dissous par l'alcool renferme la plus grande partie de la matière colorante brune, qui ne contient pas de pigments biliaires, mais plutôt des dérivés de l'acide urique. Le reste est une sorte de graisse de la consistance du suif, se ramollissant et se horsoufflant par la chaleur en répandant une odeur forte et désagréable, brûlant ensuite avec une flamme fuligineuse; saponifiable par les alcalis, tachant le papier, présentant en résumé les caractères physiques des corps gras.

Les cendres provenant de la calcination du noyau des calculs sont formées de carbonate et de phosphate de chaux.

L'enveloppe solide a la même composition.

Les concrétions urinaires dont nous venons de parler sont excessivement rares. Neubauer et Vogel (*De Urine et des sédiments urinaires*, p. 468-61) donnent, d'après F. Haller (1845) et W. Moore (1854), une description de calculs formés d'une matière appelée *Urostéalthé*, qui possède les caractères que j'analyse nous a permis d'assigner aux noyaux mous des produits que nous avons examinés, et semble par conséquent identique.

Une seule réaction, indiquée par Neubauer et Vogel, n'a pu être reproduite: « L'Urostéalthé amorphe, qui reste lorsqu'on évapore la solution éthérée, se colore en violet si l'on continue à chauffer. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

SUR LA CARIE DES OS. Mémoire de M. Ch. Brame. — L'auteur donne les résultats de sa pratique personnelle. (Renvoi à la section de médecine et chirurgie.)

VINS FUCHSINÉS. — MM. P. Guyot et R. Bidau adressent, comme complément à leurs précédentes communications, une note sur la recherche de l'acide rosolique dans les vins en présence de la fuchsine. (Renvoi à la commission des arts insalubres.)

MICROSCOPE. — M. A. Brachet adresse de nouvelles notes relatives à des perfectionnements à apporter au microscope et à l'éclairage par la lumière électrique. (Renvoi à la commission précédemment nommée.)

RECHERCHES SUR L'URÉE DU SANG. Note de M. P. Picard.

« En opérant avec les précautions convenables, on trouve toujours dans le sang veineux une quantité de substances décomposées par le réactif de Milon, plus faible que celle existant dans le sang artériel.

» *Expérience.* — Chez un chien on met une canule dans l'artère carotide et une canule dans la veine crurale, puis en même temps on extrait le sang artériel et le sang veineux. On les pèse l'un et l'autre rapidement, on additionne de sulfate de soude et l'on fait bouillir, etc. (voyez l'opération du dosage dans une note antérieure, COMPTES RENDUS, 20 novembre 1876). Il faut absolument que les deux sangs soient extraits simultanément; mais, par-dessus tout, il faut les traiter simultanément, car, en abandonnant à l'air libre seulement quinze à vingt minutes les deux sangs artériel et veineux, on voit disparaître entièrement la différence qui existait entre eux.

» Un exemple montrera ce que sont ces différences chez un chien robuste et en bon état: Sang artériel (1000 grammes), 1^{re} 45; sang veineux (1000 grammes), 0^{re} 80. (Les chiffres 1^{re} 45 et 0^{re} 80 sont obtenus en calculant dans l'hypothèse où tout ce qui est décomposé par le réactif serait de l'urée.) Chez les chiens affaiblis la différence persiste, mais elle est moindre, et la quantité pour 1000 grammes est moindre également.

(1) Cette observation a été présentée à la Société de chirurgie dans la séance du 9 novembre.

Est-ce la proportion d'urée qui subit ainsi une diminution ? Il est évident, en effet, que le fait de la destruction de l'urée dans les capillaires aurait été en désaccord avec ce qu'on pense généralement de cette substance et ne pouvait être énoncé par moi sans une preuve décisive. Or, il faut admettre dans le sang l'existence de deux substances décomposées l'une et l'autre par le réactif de Milon : l'une, essentiellement variable, se détruisant à peu près totalement dans les capillaires des membres, et existant cependant toujours dans le sang artériel (le lieu de sa formation n'a pas encore été précisé); l'autre, en proportion égale dans le sang artériel et le sang veineux des membres, et qui est l'urée.

Voici sur quelles observations se fonde cette opinion :
 J'ai examiné, dit l'auteur, le sang artériel de chiens affaiblis. C'est à cette circonstance qu'est due la faiblesse des chiffres. J'ai fait un dosage immédiat, et un second dosage, dans le même sang, une heure après. Le premier dosage donna, pour 1000 grammes de sang, 8 décigrammes; le second 6 décigrammes. Ces résultats constants montrent que, dans les premiers moments, il y a destruction dans le sang d'une fraction de la substance décelée par le réactif de Milon.

Dans le même sang artériel j'ai fait des analyses successives et j'ai vu qu'après les phénomènes de destruction du premier moment la masse totale reste la même pendant une longue durée de temps. Dans cette deuxième série d'analyses on a donc constaté un état fixe des substances décomposées par le réactif de Milon.

Si l'on fait les dosages dans deux sangs artériel et veineux après les avoir laissés l'un et l'autre quinze à vingt minutes à l'air libre, on ne trouve plus entre eux de différence : la substance destructible a disparu, et la substance fixe reste en proportions sensiblement égales dans les deux. — *Expérience.* Dosage vingt minutes après la sortie des vaisseaux : *Sang artériel* (1000 grammes), 96 centigrammes; *sang veineux* (1000 grammes), 94 centigrammes.

SUR LES CELLULES FIXES DES TENDONS ET LEURS EXPANSIONS PROTOPLASMIQUES LATÉRALES. Note de M. J. Renault.

L'auteur a montré, dans un travail récent (1), que l'osine soluble dans l'eau se fixe sur les expansions protoplasmiques délicates et les colore énergiquement. Il s'est servi de ce réactif, cette fois encore, pour déterminer si les prolongements latéraux des cellules tendineuses étaient ou non de nature protoplasmique.

Un tendon filiforme de la queue d'un rat, ou mieux d'un loir jeune adulte, est fixé dans sa forme par l'immersion préalable dans une solution de bichromate d'ammoniaque, tendu sur la lame du verre et légèrement dissocié avec des aiguilles, dans une goutte de solution d'osine dans l'eau (à 1 pour 100); il est ensuite monté dans la glycérine salée. Sur une pareille préparation les faisceaux conjonctifs sont presque incolores, et les cellules tendineuses se montrent isolées, ou reposant encore à la surface des faisceaux. Leur portion centrale, formée d'un protoplasma grenu, est colorée en rose vif; leur noyau n'est point coloré par l'osine; enfin, outre qu'il existe une, deux ou trois crêtes d'empreintes saillantes, vivement accusées sur la cellule, le protoplasma paraît finement strié dans le sens longitudinal. De chaque côté de la cellule se voit une expansion membraneuse d'une délicatesse extrême, frangée sur ses bords, mais colorée en rose comme le protoplasma. Sur cette expansion, la striation protoplasmique longitudinale, formée par des granulations rangées en série, se poursuit en décroissant du point d'attache de l'aile à sa périphérie. Parfois, sur les cellules vues de profil, on remarque une expansion membraneuse partant d'une crête d'empreinte. Ces expansions sont quelquefois sillonnées elles-mêmes par des crêtes d'empreintes véritables, analogues à celles du corps de la cellule. Ces faits permettent de soupçonner que les expansions en forme d'ailes décrites par M. Gruenhagen ne sont autre chose que des prolongements du protoplasma des cellules. Cette hypothèse est d'ailleurs pleinement corroborée par les faits suivants.

Un tendon filiforme frais est lavé, tendu et fixé sur une lame de verre, puis imprégné fortement d'argent. Il est ensuite lavé de nouveau, traité légèrement par le pinceau qui enlève sa couche endothéliale superficielle, puis coloré par l'osine à 1 pour 100 et examiné dans la glycérine. À sa surface paraît un réseau de cellules étoilées décrit par les auteurs sous le nom de *couche sous-endothéliale*. Mais on remarque que ces cellules, anastomosées entre elles par des prolongements irréguliers, sont disposées, comme les cellules tendineuses, en série linéaire. Elles n'ont point

de noyau propre; mais au centre de chacune d'elles on voit une masse rectangulaire de protoplasma avec son noyau. Cette masse centrale de protoplasma appartient à une cellule tendineuse dont la striation longitudinale se poursuit, en décroissant, sur la figure étoilée. Le réseau de figures étoilées subjacent à l'endothélium du tendon n'est donc pas formé par des cellules du tissu conjonctif ordinaire, mais par les expansions protoplasmiques des cellules tendineuses voisines de la surface, qui s'étalent sur ce point et s'anastomosent entre elles.

Il est facile de voir, sur un tendon que l'on a légèrement dissocié avant de l'argenter, que la disposition observée à la surface existe aussi dans la profondeur. Chaque cellule tendineuse est l'origine d'une expansion membraneuse qui s'insinue entre les faisceaux conjonctifs voisins, les contourne, et va s'anastomoser avec les prolongements frangés d'une de ses similaires placée sur un plan supérieur ou inférieur. Sur des coupes transversales de tendons colorés par l'osine, le corps des cellules et les prolongements membraneux sont seuls colorés en rouge. On reconnaît alors facilement que les expansions protoplasmiques ne forment nullement aux faisceaux une enveloppe continue, comme le pensait M. Gruenhagen.

Il résulte de ce qui précède que, de même que les cellules du tissu conjonctif lâche, celles des tendons sont fréquemment anastomosées entre elles par des prolongements protoplasmiques.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. CHATIN.

M. le ministre de l'Agriculture et du commerce transmet à l'Académie : a. Le compte rendu négatif des épidémies des départements du Jura, du Lot-et-Garonne et de Flébo pour l'année 1875. (Commission des épidémies). — b. Le compte rendu des épidémies qui ont régné en 1875 dans l'arrondissement de Mont-de-Marsan. (Même commission). — c. L'état des vaccinations pratiquées de 1850 à 1876 par madame Derud' sage-femme à Besançon. (Commission de vaccine).

L'Académie reçoit : a. De la part de M. Emmerique, l'état des vaccinations pratiquées dans le 114^e de ligne pendant la douzième trimestre de 1876. (Commission de vaccine). — b. Une note de M. le docteur Schert sur le traitement de la diphtérie. — c. Un titre de candidature de M. le docteur Hayen, pour la section d'anatomie pathologique.

M. Chéreau présente une NOTICE BIOGRAPHIQUE SUR CHARRIÈRE.
 M. J. Brodeur expose sur le bureau le COMPTE RENDU DE LA QUATRIÈME SESSION DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE (1875).

M. Verneuil présente, au nom de M. le docteur Daniel Mollière, un TRAITÉ DES MALADIES DE L'ANUS ET DU RECTUM.

M. Villemin présente, au nom de M. le docteur Caserich, l'ANNÉE MÉDICALE D'UN RÉGIMENT DE CAVALERIE. (Commission des épidémies).

M. Larrey dépose : 1^o Au nom de M. le docteur Vidal, une ÉTUDE CLINIQUE SUR LE TRAITEMENT DES ÉPANCHÉS PLEURÉTIQUES PAR LA PUNCTION ASPIRATRICE. — 2^o Au nom de M. le docteur de Chaumont, deux brochures sur l'hygiène militaire et sur la ventilation.

M. J. Guérin transmet à l'Académie, au nom de M. le docteur Metzger, des pièces pathologiques relatives au métrite qui a été communiqué dans une des dernières séances.

M. Dechambre présente un ouvrage de M. le docteur Fock (d'Utrecht), intitulé : SYMÉTRIE DES PROPORTIONS DU BEAU.

Cet ouvrage est destiné à établir ce principe d'art : que le beau dans les arts du dessin est soumis aux mêmes lois de proportion que le beau dans l'art musical; en d'autres termes, qu'il y a une harmonie optique comme il y a une harmonie acoustique, toutes deux soumises aux lois de la proportion en nombre simple. M. Dechambre entre à cet égard dans de longs développements; mais, ne connaissant pas les détails du livre, qui est écrit en hollandais, il se borne à montrer que dans les monuments antiques de l'art la règle de proportion simple, quoique bien connue, n'était pas rigoureusement suivie. Il donne ensuite les raisons pour lesquelles il doute de la découverte, récemment affirmée, du canon de Polyclète.

RENOUVELLEMENT DU BUREAU. — L'Académie procède au renouvellement de son bureau pour 1877. Elle avait à élire un vice-président, un secrétaire annuel et deux membres du conseil. Sont élus :

M. Baillarger est élu vice-président par 70 voix sur 72 votants.

M. H. Roger est élu secrétaire annuel à l'unanimité.
 Mm. Barthez et Alph. Guérin sont élus membres du

(1) Comptes rendus, 4 décembre 1876. (Sur la forme et les rapports réciproques des cellules fixes du tissu conjonctif lâche).

conseil, le premier par 65 voix sur 68 votants, le second par 60 voix sur 63 votants.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE SULFURIQUE. — M. Laboulbène présente des pièces pathologiques se rapportant à un cas particulier d'empoisonnement par l'acide sulfurique. Le 4 novembre dernier un individu avala par erreur deux ou trois gorgées d'acide sulfurique à 66°. Cinq minutes après, il éprouva une sensation de brûlure et de constriction à la gorge. Les lèvres étaient indennes, la langue non tuméfiée; on trouvait sur le voile du palais des taches blanches et des phlyctènes. Au bout de quelques jours d'un traitement approprié, les accidents se calmèrent, mais, vers le douzième jour, le malade fut pris de suffocations et de vomissements et rendit d'abord des lambeaux de muqueuse, puis une masse de tissu qui n'était autre chose que la presque totalité de la membrane muqueuse de l'estomac. C'est cette membrane que M. Laboulbène présente à l'Académie; il n'y a pas trouvé de glandes à pepsine.

M. Gubler ne pense pas que la membrane expulsée soit la membrane muqueuse; s'il en était ainsi, on trouverait dans la pièce des glandes à pepsine, qui sont situées dans la muqueuse stomacale.

M. Laboulbène. Les glandes n'ont pu être reconnues, mais il est probable qu'elles auront été détruites par le caustique.

M. Gubler ne peut admettre cette explication; il croit que la membrane expulsée est constituée par un exsudat plastique qui s'est formé à la suite de la cautérisation.

M. Colin pense que la question sera facile à juger après un examen anatomique complet. L'absence de glandes à pepsine prouverait, en effet, que ce n'est pas la muqueuse stomacale. Il s'étonne que cette membrane ait pu rester si longtemps dans l'estomac sans y être digérée.

M. Villemin ne partage pas cette opinion. Si l'on trouve des vaisseaux et des fibres élastiques dans cette membrane, elle doit appartenir à l'estomac. Quant aux glandes à pepsine, il ne doit pas y en avoir. On sait que ces glandes n'ont pas de parois propres et qu'elles sont simplement caractérisées par leur épithélium qui a été nécessairement détruit par le caustique.

COMPOSITION CHIMIQUE DES EAUX DE BONNES. — M. Lefort communique une note de M. Filhol qui tend à démontrer :

1° Que l'eau de Bonnes est remarquable par sa faible alcalinité;

2° Qu'elle ne contient pas de bisulfure quand on la prend à son griflon; qu'elle ne contient pas exclusivement de l'acide sulfhydrique libre et qu'elle est minéralisée par un monosulfure ou par un sulfhydrate;

3° Qu'elle n'est pas arsenicale et qu'elle contient infiniment moins d'iode et de lithine que n'en a signalé M. Garrigou;

4° Que l'existence dans cette eau minérale de l'étain, de l'antimoine, du nickel, du cobalt, etc., ne doit être admise qu'après vérification.

— La séance est levée à cinq heures.

Académie royale de médecine de Belgique.

SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU 9 DÉCEMBRE 1876. — PRÉSIDENCE DE M. SOUPART.

M. Romée, désirant apporter des modifications au travail sur la cataracte qu'il a soumis à l'Académie, en demande le renvoi. — Adopté.

M. le docteur Waszecz, correspondant, demande à l'Académie d'accepter le dépôt d'un pli cacheté. — Accepté.

LECTURE. — Œdème de la glotte, causé par un abcès latéro-pharyngien situé dans le voisinage du repli aryéno-épiglottique droit, chez un enfant âgé de trois mois. Etat

asphyzique de l'enfant. Scarification des replis aryéno-épiglottiques. Ouverture de l'abcès. Guérison; par M. HANBURN, correspondant. L'auteur résume son travail comme suit :

Lorsqu'un malade présentera les symptômes de l'œdème de la glotte, si l'inspection de la gorge, soit par le fait de l'étroitesse de ce conduit, soit par le fait des mucoosités qui l'occulent, ne laisse constater aucune lésion, il sera permis de soupçonner une affection du pharynx, dans le voisinage des replis aryéno-épiglottiques, s'il n'y a pas d'aphonie; les présomptions augmenteront encore si l'on peut découvrir un peu de rougeur ou de gonflement sur l'un des côtés du pharynx, si le sifflement de l'inspiration part surtout de l'un des replis aryéno-épiglottiques, et, enfin, si se produit une légère intumescence de la région cervicale correspondante.

En pareille occurrence, il ne faut pas hésiter à scarifier les replis aryéno-épiglottiques et la muqueuse voisine. Ces scarifications, faites avec prudence, ne peuvent donner naissance à aucun accident sérieux. Elles contribuent à faciliter la respiration en provoquant le dégorçement sanguin et séreux des parties malades. En cas d'abcès dans le voisinage des replis aryéno-épiglottiques, les scarifications donnent issue au pus et procurent ainsi un résultat aussi heureux que brillant.

DISCUSSIONS. — Suite de la discussion sur l'étiologie, la nature et le traitement de l'affection épidémique qui s'est déclarée à Bruxelles en janvier 1869, et sur la fièvre typhoïde en général :

A la suite de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi à Bruxelles, en 1869, M. I. boungreeste de la capitale, sous l'inspiration d'une auguste institution, et de l'avis conforme du Conseil communal et de la Commission médicale locale, décida qu'une enquête serait ouverte « pour la recherche des causes de cette épidémie et des moyens propres à en prévenir le retour. » La Commission qui fut nommée à cet effet se réunit le 4 décembre 1869. Dans la séance d'installation, pour faciliter et compléter ses travaux, elle fut divisée en trois sections ou sous-commissions, sous le titre de Section médicale, Section des travaux publics et Section de statistique.

L'Académie, ayant reçu communication des rapports de ces trois sections, confia à M. Lefebvre la mission d'en prendre connaissance et de rendre compte à la Compagnie de l'enquête faite par la Commission de Bruxelles. Ce rapport figure au BULLETIN (1875, t. IX, 3^e série, p. 1130). C'est sur ce document que s'est ouverte l'importante discussion dont nous aurons à rendre compte.

— M. E. Martin, membre honoraire, président de la Commission médicale locale (Section médicale de la Commission), après avoir rendu hommage à la façon impartiale avec laquelle M. Lefebvre s'est acquitté de sa tâche, résume comme suit les travaux qui ont été effectués par la ville de Bruxelles en vue de prévenir le retour du fléau. « Dès que la Commission lui eut fait connaître les mesures prophylactiques jugées nécessaires, elle s'empressa de les mettre à exécution : en activant le parachèvement des travaux d'assainissement commencés — voltement de la Senne, construction d'égouts à grandes sections reliées à tout un nouveau système de conduits souterrains de moindre dimension, se dirigeant, d'une part, vers les grands collecteurs adjacents à cette rivière, d'autre part, vers un nouveau grand collecteur construit le long du ruisseau le Maalbeek; — en appliquant aux principaux édifices publics, tels que le grand théâtre, la bourse, etc., le système de ventilation que l'expérience a considéré comme le plus efficace; en soumettant à l'avis préalable de la Commission médicale le plan de nouveaux établissements publics à construire (les écoles, par exemple); en augmentant le volume du système de distribution d'eau de

la ville par le creusement de galeries dans la couche aquifère du sous-sol du bois de la Cambre; enfin, en créant le bureau d'hygiène, spécialement chargé d'exercer une surveillance active, incessante et directe, sur tout ce qui touche à la santé des habitants ainsi qu'à la prompte exécution des mesures proposées par la Commission médicale et adoptées par l'autorité. Elle a nus ainsi en quelque sorte la dernière main à la plupart des moyens actuellement réalisables, préconisés dans le rapport de la sous-commission d'enquête. Le résultat favorable de ces mesures sanitaires n'a pas tardé à se manifester, car, depuis 1869, aucune épidémie typhoïde notable n'a sévi dans la capitale et le niveau de la mortalité annuelle y est descendu de quelques unités. Les travaux accomplis et en voie d'exécution, ainsi que ceux qui restent encore à exécuter, dans un avenir sans doute peu éloigné, nous font espérer que notre belle capitale récupérera son antique réputation de salubrité, que des circonstances fatales ont failli lui faire perdre. »

M. Martin fait observer ensuite que M. Lefebvre rejette toutes les causes générales pour n'admettre qu'une seule cause locale, très-importante il est vrai, l'engorgement des égouts par des matières putrescibles en fermentation et que, pour justifier cette opinion, il lui a fallu recourir à une hypothèse, trop souvent mise en avant et complètement inadmissible; d'après cette hypothèse, les émanations délétères des égouts du bas de la ville, mal détergés faute de l'abord d'un volume d'air suffisant, pénétrant par un mouvement ascendant dans ceux des hauts quartiers, et, de là, dans les rues, par les regards, mal obstrués, dont les cuvettes manquant d'eau, et dans les habitations, par les conduites des éviers, et des latrines, auraient provoqué dans ces hauts quartiers, pour lesquels le fléau avait eu une réelle préférence, l'intoxication miasmatique. « Hâtons-nous, dit l'orateur, de dérompre notre savant collègue sur le rôle que, d'après la Section des travaux, il fait jouer aux émanations des égouts de la ville basse. Ils n'ont aucune communication avec ceux du quartier Léopold. Les égouts de la capitale appartiennent à deux systèmes distincts. Les uns se dirigent vers la Senne; les autres vers le ruisseau et le collecteur du Malheek. De sorte que tout ce qui a été avancé sur ce point, sauf pour la rue Royale et le quartier du Parc, est complètement erroné.

» Pour la section médicale, que nous représentons ici, les causes premières de l'épidémie de 1868-69 sont la sécheresse d'abord, et, subseqüemment, la température tiède et humide de l'automne de la première de ces années et de l'hiver qui lui a succédé. C'est à la sécheresse que l'on a dû l'abaissement de la nappe d'eau souterraine et l'engorgement des égouts, principalement de ceux du quartier Léopold, privés en grande partie des eaux provenant des maisons, veuves, pour la plupart, de leurs habitants; et surtout des ondes pluviales périodiques habituelles, si nécessaires au lavage de ces mêmes égouts. Et c'est à la température tiède et humide que l'on a dû la fermentation de ces matières putrides et le dégagement de leurs émanations délétères dans les rues et dans les habitations par les conduites particulières.

» Mais pourquoi, avance notre collègue, attribuer aux seuls égouts du quartier Léopold une préférence nocive que la sous-commission semble ne pas admettre au même degré pour les autres conduits souterrains de la capitale? En voici les motifs — et ce sont les raisons sur lesquelles nous allons nous appuyer qui vont expliquer toute l'importance que la section médicale a attribuée à la sécheresse, qui n'a pas été aussi innocente à l'endroit des épidémies qui ont régné vers cette époque, même dans notre pays, qu'on pourrait se l'imaginer, comme l'a fort bien avancé le Van Vyterboeven dans la séance de la sous-commission tenue à l'Hôtel de ville, le 27 février 1871.

» Quand l'épidémie typhoïde a éclaté, le quartier Léopold n'était annexé à la ville que depuis peu d'années. Ce quar-

tier, dépendant d'une commune limitrophe, construit à une époque où l'on s'occupait peu ou point d'hygiène, où les administrations publiques elles-mêmes n'y prelaient qu'une attention fort médiocre, fut laissé, pour tout ce qui concernait les travaux d'art et d'égouts, à la merci de la Société financière qui en avait fait l'objet d'une spéculation de terrains, et qui, sournoise, avant tout, de voir de belles rues tirées au cordeau, de magnifiques places publiques qui semblaient couvrir les capitalistes à y venir construire des habitations luxueuses et des hôtels somptueux, ne demanda rien de plus à ses architectes, qui, alors, comme aujourd'hui encore, sont généralement peu versés dans la science de l'hygiène et sacrifient volontiers à l'aspect architectural et même au clinquant les dispositions éminemment utiles et importantes qui ressortissent à la salubrité et à la santé. Aussi, la construction des égouts qui, tout d'abord, doit attirer l'attention des administrations publiques dans tout nouveau quartier à élever, y fut-elle complètement négligée. Construits économiquement, à section insuffisante, sans pente bien établie, avec des matériaux de qualité douteuse, mal cimentés à l'intérieur, ils devaient, tôt ou tard, provoquer la catastrophe dont nulle autre cause ne peut rendre compte, avec autant de certitude, la triste paternité. Et voilà comment, d'un quartier situé sur un plateau élevé, bien aéré, bien disposé, aux rues et aux places spacieuses, réunissant, en un mot, toutes les conditions apparentes de salubrité, on a pu faire, par la négation des lois les plus élémentaires de l'hygiène publique, un foyer de peste et de mort.

» Depuis lors, tout s'est modifié dans le quartier Léopold, au point de vue de l'hygiène publique. De grands égouts collecteurs se dirigeant vers le Malheek vont être construits à grands frais. Les égouts de moindre importance ont été améliorés. Les conduites partant des maisons ont été munies pour la plupart de coupe-air à immersion bien disposés, de manière à intercepter le passage du gaz délétère; et les regards des rues, établis d'après le système proposé par la section des travaux, sont mieux surveillés. L'eau n'y fait plus aussi souvent défaut, et les habitants de ce quartier, ceux du moins qui passent l'été à la campagne, instruits par l'expérience, ont soin de faire aérer leurs demeures avant d'en reprendre possession. Tout fait donc espérer que, grâce au progrès de l'hygiène et aux améliorations incessantes d'assainissement qui ne peuvent manquer d'aller en croissant, de nouvelles épidémies de l'espèce ne viendront plus affliger la capitale.

• De ce qui précède, et ici nous croyons encore être l'interprète de la Section médicale de la Commission d'enquête, nous pensons que les causes premières et réelles de l'épidémie typhoïde de 1868-1869, à part la constitution médicale qui a régné sur toutes les contrées de l'Europe pendant toute cette époque, peuvent se résumer dans les suivantes :

1° Séjour plus ou moins prolongé des latrines, des eaux d'éviers et de lessive dans les égouts;

2° Insuffisance, disposition vicieuse et mauvaise construction de ces derniers, dans diverses parties de la ville, et notamment au quartier Léopold;

3° Influence néfaste de l'été sec et torride de 1868, qui, en privant ces conduits souterrains des ondes pluviales périodiques, qui sont en quelque sorte l'apanage habituel de notre climat, dans cette période de l'année, a provoqué leur engorgement, surtout dans certains quartiers (le quartier Léopold);

4° Insuffisance des eaux urbaines nécessaires à leur irrigation et à leur lavage quotidien. Disposition vicieuse et mauvais entretien de leurs regards. Infection des habitations par les conduites particulières qui ont servi en quelque sorte de cheminées d'appel.

» Les autres causes, soit générales, soit locales, que la Section médicale a énumérées dans son Rapport et qui ressortissent à toutes les épidémies ne doivent être considérées

que comme très-secondaires à côté des causes probantes, puissantes et péremptoires mentionnées plus haut. »

M. Couzot rentre dans les considérations générales qu'il a exposées dans sa MONOGRAPHIE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE, que l'Académie a récemment couronnée, et termine par les conclusions suivantes: 1° La fièvre typhoïde, quel que soit son caractère, infectieux, contagieux, endémique, sporadique ou épidémique, reconnaît comme cause nécessaire un même et identique contagé.

2° La fièvre typhoïde épidémique, à côté de ce facteur premier et indispensable, paraît exiger des causes *adjuvantes*, empruntées aux conditions générales de l'hygiène.

3° Le contagé typhogène paraît devoir être quelque organisme inférieur parasite, à vie polymorphe. Cette théorie rend compte de tous les faits; elle seule est en position de le faire.

M. Boëns dit que la fièvre typhoïde est un empoisonnement, une intoxication pure et simple, et que, comme les milieux dans lesquels se trouvent les poisons sont incapables de le produire, la fièvre typhoïde ne saurait se reproduire elle-même; qu'en conséquence elle n'est pas contagieuse.

M. Crocq croit que nier la contagion de la fièvre typhoïde, c'est nier la contagion de toutes les maladies; c'est rayer le mot « contagion » du vocabulaire pathologique. La fièvre typhoïde est donc contagieuse. Mais ce n'est pas à dire pour cela qu'elle ne puisse se développer spontanément; on voit, en effet, certains virus, celui du typhus exanthématique, par exemple, naître de toutes pièces sous l'influence de causes bien connues, telles que l'encombrement extrême d'hommes sains, ce qui ne paraît pas conciliable avec la théorie, tout hypothétique, des germes animés, soutenue par M. Couzot, germes qui, dans l'espèce, devraient ainsi être le résultat d'une génération spontanée. « Aussi longtemps, dit l'orateur, que le germe animé des maladies contagieuses ne m'aura pas été montré, comme on m'a montré l'acarus de la gale, le parasite du muguet, etc., je dirai que toutes ces théories relatives aux germes animés sont des théories nuageuses, hypothétiques, manquant de la première base que doit réclamer tout fait scientifique, l'observation. »

L'heure du comité secret étant arrivée, l'orateur continuera son discours à la reprise de cette discussion.

COMITÉ SECRET. — L'élection des trois candidats à présenter au gouvernement pour la place de secrétaire-trésorier, devenue vacante par la démission de M. Sovet, donne les résultats suivants:

1^{er} candidat; M. Thiernesse, secrétaire infirmier actuel.

2^e candidat: M. Warlomont.

L'assemblée n'étant plus en nombre pour l'élection du troisième candidat, cette élection est ajournée à la prochaine séance.

Société médicale des hôpitaux.

SEANCE DU 24 NOVEMBRE 1876. — PRÉSIDENCE DE M. LABOUBÈNE.

L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE. — TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR LES BAINS FROIDS. — UN CAS DE PERFORATION DU GROS INTESTIN AU-DESSUS D'UN RÉTRÉCISSEMENT CONGÉNITAL CHEZ UN TYPHOÏDE. — DEUX CAS DE PLEURÉSIE PURULENTE. — UN CAS DE MOLLUSCUM. — ANÉMIE PERNICIEUSE. — DISCUSSION.

M. Er. Besnier fournit quelques renseignements sur l'épidémie de fièvre typhoïde:

Malgré le grand nombre des cas encore observés en novembre, on peut affirmer que l'épidémie entre dans une phase décroissante. La mortalité se chiffre pour la première semaine par 171 décès, pour la seconde par 150 décès, pour la troisième semaine par 103 décès.

Au nom de M. le docteur Mayet, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, M. E. Besnier lit une note sur les résultats com-

parés du traitement de la dothiëntérie par la méthode de Brand et par les méthodes ordinaires (1).

Ce travail, sur lequel nous aurons occasion de revenir au cours de la discussion qui va s'ouvrir à la Société sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, s'appuyant sur la statistique très-étudiée des nombreux cas (1269) traités dans les hôpitaux de Lyon et en particulier dans le service de M. Mayet depuis l'année 1873, époque à laquelle le docteur Franz Glénard, revenant de Stettin, introduisit à Lyon la méthode de Brand, se termine par les deux conclusions suivantes:

1^{er} Les sujets soumis aux bains froids répétés, quoique choisis parmi les plus gravement atteints, ont fourni constamment, depuis 1874, une mortalité inférieure à celle qu'ont donnée ceux qui ont été traités autrement.

2^e La mortalité des typhisants a été croissante dans nos hôpitaux depuis que le nombre des sujets soumis à la méthode de Brand a été décroissant.

— M. Millard montre des pièces provenant de l'autopsie d'un malade mort dans son service à Lariboisière dans le cours d'une fièvre typhoïde ataxo-dynamique.

Le malade était un menuisier de trente-neuf ans, alcoolique, qui, tombé malade vers le 10 novembre, entra à l'hôpital avec fièvre intense et les signes d'une typhoïde grave. Le 17 novembre, le délire se manifesta en même temps que le météorisme augmentait. Ce météorisme était considérable et portait particulièrement sur le gros intestin. Le colon transverse paraissait très-dilaté. Les purgatifs salins réitérés n'amenèrent pas de diminution du ventre. De plus, le dos et les lombes étaient violemment douloureux; l'urine contenait beaucoup d'albumine; et, phénomène insolite dans la dothiëntérie, des taches de *purpura simplex* apparurent vers le 20 novembre sur le tronc au niveau des fausses côtes, sur les cuisses, là où d'ordinaire séjournent les rash varioloux. Pas d'autres hémorrhagies ne se produisirent. Pendant ce temps, l'anémie et le météorisme augmentaient malgré la médication tonique et stimulante. Le 22, apparition d'une large pustule d'ecthyma sur le ventre et d'une large plaque noirâtre au sacrum: mort le 23, à six heures du matin, sans vomissements ni aucun des signes ordinaires des perforations intestinales.

L'autopsie a montré que la cavité péritonéale contenait des gaz intestinaux et du pus et que la séreuse était violemment enflammée. L'intestin grêle présentait les lésions ordinaires de la fièvre typhoïde, mais en aucun point n'était perforé. Le gros intestin, lui, était énormément dilaté derrière la valvule de Bauhin jusqu'à l'angle du colon transverse et du colon descendant: en ce dernier point il était étranglé, rétréci, et cela simplement par l'épaississement et l'hypertrophie annulaire de la couche musculeuse du viscére, sans traces de cicatrices, brides ou ulcérations. Au-dessous de ce rétrécissement probablement congénital, et jusqu'à l'anus, l'intestin était notablement diminué de calibre.

Entre la valvule iléo-cæcale et le rétrécissement, on trouva des ulcérations: l'une dans la portion ascendante du colon, petite, à fond jaunâtre; les autres à 35 centimètres au-dessous de la valvule, reposant sur une large et longue tache rougeâtre ecchymotique, et au nombre de 4 ou 5, à aspect gangréneux. Deux de ces dernières ont atteint la tunique séreuse, l'ont perforée et ont été cause de l'épanchement intra-péritonéal des gaz et des liquides intestinaux, et par suite de la péritonite.

Le rétrécissement du colon a évidemment contribué à la dilatation énorme du gros intestin, au météorisme persistant, et a favorisé la rupture des tuniques intestinales au niveau des follicules clos ulcérés.

L'existence d'un pareil rétrécissement et la perforation ulcéreuse du gros intestin dans le cours de la fièvre typhoïde, jointes à l'éruption du *purpura*, si exceptionnelle dans cette maladie et à l'albuminurie intense qui se rattache à la dégénérescence graisseuse des reins, comme dans les cas signalés, dans un récent mémoire, par MM. Legroux et Hanot (*Arch. gén. de méd.*, décembre 1876), ont donné à ce cas

(1) Nos lecteurs ne rappelleront que le docteur Mayet a publié dans ce journal, en 1874, en collaboration avec le docteur Weil, alors son interne, un remarquable article sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids. (Voyez 1874, pages 539, 556 et 569.)

de fièvre typhoïde une marche et des caractères cliniques très-particuliers. Peut-être pourrait-on attribuer à l'alcoolisme une part dans l'allure insolite de la maladie.

M. *Férelot* a observé aussi chez un alcoolique, atteint de fièvre typhoïde, du purpura et des plaques gangréneuses dans les parties déclives.

M. *Bucquoy* se demande, d'après les lésions constatées par M. Millard, si la maladie ne remontait pas à une date plus éloignée que celle qu'il a indiquée. On voit dans l'épidémie actuelle beaucoup de cas où la maladie reste pendant quelque temps à l'état latent, de telle sorte que, le début passant inaperçu, on ne peut pas être bien fixé sur l'époque du développement de la maladie.

M. *Proust* cite des cas où des hémorragies multiples, purpura, épistaxis, apoplexie pulmonaire et des accidents gangréneux pulmonaires se sont produits, et cela sur des malades appartenant à une même famille.

M. *Laboulière* rapporte avoir perdu deux malades à la suite de perforations intestinales qui ne s'étaient annoncées par aucun des signes ordinaires, et chez lesquels un abaissement considérable de la température avait pu faire croire à une hémorragie interne considérable.

— M. *Libermann* présente deux malades guéris de pleurésie purulente qui furent traités par les lavages journaliers à l'aide de l'appareil Potain.

Le premier malade a guéri au bout de seize mois sans déformation de la poitrine; le second, au contraire, dont la maladie a duré quatre mois de plus, conserve une déformation considérable.

Les injections pratiquées avec le siphon si comode de M. Potain ont été faites d'abord avec de l'eau alcoolisée et plus tard avec une solution de 15 à 20 grammes de sulfate de zinc pour 1000 grammes d'eau, ou une solution de nitrate d'argent dans les mêmes proportions.

Par les détails de ses deux observations, M. Libermann arrive à conclure que dans les cas de pleurésie purulente il vaut mieux pratiquer de suite l'opération de l'empyème plutôt que de placer des canules à demeure, lesquelles sont maintenues très-difficilement et ulcèrent la peau.

— M. *Hérard* présente un enfant de dix ans atteint de molluscum, maladie fort rare.

— M. *Ferrand* lit une observation d'anémie pernicieuse recueillie dans son service, à l'hôpital Beaujon.

M. *Hérard* n'accepte pas sans réserve la dénomination d'anémie pernicieuse et croit qu'on pourrait intituler le cas de M. Ferrand: *diarrhée chronique rebelle avec anasarque et anémie consécutive*. M. Hérard fait d'ailleurs les mêmes réserves pour le fait présenté par M. Lépine dans une des précédentes séances.

M. *Hayem* objecte également que, dans le fait de M. Ferrand, les globules du sang s'offraient pas les caractères qui sont spéciaux à l'anémie pernicieuse et qu'il vaudrait mieux intituler l'observation: *anémie extrême, sans préciser davantage la nature de l'affection*. Il ne faut pas trop se hâter dans une question encore à l'étude, et l'on doit discuter avec soin la dénomination d'anémie pernicieuse que l'on serait tenté d'appliquer à certains cas. Ce que l'on sait jusqu'ici de positif, c'est que l'anémie pernicieuse s'est présentée chez des adultes, femmes, qui ne présentaient pas de lésion organique, et que cette anémie se caractérisait par une déglobulisation intense du sang. Cette déglobulisation est progressive et supérieure à tout ce que l'on constate dans les autres cachexies.

M. *Laboulière* a trouvé dans deux cas analogues une altération des fibres musculaires du cœur.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1876. — PRÉSIDENTIE DE M. HOUËL.

CORRESPONDANCE. — LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'URÈTHRE. — DE L'HÉMOSTASE NATURELLE ET DÉFINITIVE DANS LES OPÉRATIONS.

La correspondance comprend : 1° Considérations pratiques sur un détail important de l'opération du bec-de-lièvre, par M. Lizé (du Mans).

2° Tumeur du sein droit datant de vingt ans; opération; la tumeur est formée par une poche contenant des caillots fibreux; par M. Gouzy.

3° Divers mémoires relatifs aux accouchements, par M. Wasseige, professeur d'accouchements à l'Université de Liège.

4° De la fistule uréthro-rectale symptomatique de la tuberculisation pulmonaire, par M. Fleury (de Clermont).

M. *Houzel* (de l'Aulnois) lit un mémoire sur l'hémostase naturelle et définitive dans les petites amputations, par l'élévation du membre et la compression du moignon.

— M. *Guyon* a lu dans la précédente séance un rapport sur un travail de M. *Cras*, professeur à l'école de médecine navale de Brest; ce travail était intitulé: CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'URÈTHRE.

M. *Cras* met en tête de son mémoire une observation personnelle dont voici le résumé: il s'agit d'un matelot de vingt et un ans qui, en s'embarquant le 12 novembre 1874, à huit heures du matin, glissa et tomba à califourchon sur la farge de l'embarcation. Il prit néanmoins place à son banc, et rama pendant quelque temps. Puis il voulut uriner, et s'aperçut que sa chemise était teinte de sang; la miction n'était plus possible.

Un premier essai de cathétérisme fut infructueux; le blessé fut dirigé sur l'hôpital maritime où le prévoy fit inutilement une nouvelle tentative. Ces deux essais, conduits avec ménagement, avaient amené un écoulement de sang abondant. Dans la soirée, le professeur *Cras* tenta encore une fois le cathétérisme; le sang s'écoula en abondance; la sonde s'arrêtait dans une cavité située au niveau du bulbe. Il y avait donc déchirure de l'urèthre avec lésion du bulbe et de son artère. Le périnée était distendu, l'infiltration urineuse imminente; M. *Cras* pratiqua immédiatement l'uréthrotomie externe sans conducteur; incision du périnée sur la ligne médiane et couche par couche; évacuation des caillots. Une sonde en caoutchouc rouge introduite par le méat est guidée par l'indicateur gauche dans son trajet pérical; M. *Cras* est assez heureux pour la faire pénétrer d'emblée dans la vessie. L'urine s'écoule et l'hémorragie cède à quelques affusions froides.

Le bulbe était entièrement divisé à sa partie moyenne; le chirurgien croit constater par le toucher l'existence d'une bande étroite à surface lisse représentant la paroi supérieure de l'urèthre. La sonde est à nu dans l'étendue d'un centimètre et demi. Les suites de l'opération furent simples; la sonde à demeure est enlevée dès le quatrième jour et l'urine sort par la plaie. Le malade fut sondé chaque matin avec une sonde Béniqué.

Du 19 novembre, septième jour, jusqu'au 27 du même mois, on introduit successivement les cathéters du n° 34 au n° 54. Le 30 novembre, il ne passe plus une goutte d'urine par la plaie encore bourgeonnante. Six semaines après l'accident, la cicatrisation est complète et le malade introduit lui-même sans difficulté une bougie du n° 21 de la filière Charrière.

Dans la séance du 19 mai 1875, M. *Notta* (de Lisieux) avait lu à la Société de chirurgie un mémoire intitulé: SUR LE TRAITEMENT DE LA CONTUSION DU PÉRINÉE COMPLIQUÉE DE RUPTURE DE L'URÈTHRE ET DE RÉTENTION D'URINE. M. *Notta*,

de même que M. Cras, constate la divergence qui existe dans l'opinion et dans la pratique des chirurgiens.

M. Cras étudie dans tous ses détails les résultats de la chute à califourchon, accident auquel expose particulièrement le genre de vie et le service du matelot à bord des navires. La déchirure de l'urèthre a pour siège l'étagé inférieur du périnée; tandis que dans les écrasements ou les fractures du bassin, quand l'urèthre est lésé, c'est la portion membraneuse qui est le plus souvent atteinte et le siège de la lésion se trouve transporté à l'étagé supérieur du périnée. M. Cras a cherché à établir cette distinction importante.

Selon ce chirurgien, le canal se déchire en travers à la partie moyenne du bulbe, et malgré les apparences contraires, dans la chute à califourchon, la déchirure est incomplète au début. M. Guyon se rallie volontiers à cette opinion.

Les troubles de la miction, l'écoulement de sang par le méat, et la tumeur périnéale, tels sont les trois principaux phénomènes qui sont la conséquence la plus immédiate des plaies contuses de l'urèthre. Avec M. Cras, M. Guyon admet des cas légers, des cas de moyenne gravité et des cas graves.

Dans les cas légers, miction possible, mais douloureuse. Léger écoulement de sang par le méat; la tumeur périnéale peut exister; la sonde exploratrice passe facilement, et le traitement chirurgical n'est pas indiqué primitivement. La guérison arrive, à moins d'accidents septicémiques.

Dans les cas de moyenne gravité, miction difficile et douloureuse; écoulement de sang assez abondant par le méat; tumeur périnéale. Le cathétérisme est souvent possible, avec des instruments dont la courbure permet de ne pas abandonner la paroi supérieure; ces cas de moyenne gravité peuvent devenir des cas tout à fait graves.

Dans les cas graves, la rétention d'urine est complète; l'écoulement du sang par le méat est très-abondant, la tumeur périnéale volumineuse, le cathétérisme impossible ou très-difficile. C'est à ces cas que M. Notta faisait allusion dans son mémoire; c'est de ces cas que se préoccupe surtout M. Cras.

Les ressources du traitement chirurgical sont multiples. Le cathétérisme, la ponction de la vessie, l'incision périnéale simple, l'incision périnéale avec recherche immédiate du bout postérieur et application de la sonde à demeure, sont autant de moyens dont le chirurgien peut disposer.

Le cathétérisme peut être possible si l'on parvient à suivre la paroi supérieure qui est rarement détruite; mais il est toujours difficile, et cette difficulté peut créer un danger, amener de véritables hémorrhagies.

Enfin le cathétérisme est insuffisant et ne met pas le malade à l'abri des accidents graves. Le contact de l'urine sur une plaie franchement ouverte n'a rien de dangereux (opération de la taille). Mais si l'urine stagne dans les anfractuosités d'une plaie, un état général grave naît. Il faut donc que l'urine ne puisse stagner dans une plaie, ni s'infiltrer dans les tissus.

Le cathétérisme, même lorsqu'il est heureusement pratiqué, ne parait pas à M. Guyon devoir être accepté comme le moyen de traitement chirurgical des cas graves; c'est donc à l'incision périnéale simple, à la ponction de la vessie, à l'incision périnéale avec recherche immédiate du bout postérieur que le chirurgien doit demander les garanties nécessaires à la cure de son malade.

M. Cras préfère l'incision périnéale immédiatement suivie de la recherche des deux bouts et de la fixation d'une sonde à demeure. M. Guyon partage cette manière de voir. M. Notta pratique en deux temps, séparés par un intervalle de plusieurs jours, l'opération que MM. Cras et Guyon font séance tenante. Dans le cas célèbre de Verguin, l'incision périnéale avait été faite immédiatement; mais le lendemain les accidents de rétention persistaient, et le chirurgien eut recours à la ponction hypogastrique qui servit plus tard à pratiquer le cathétérisme rétrograde, que Verguin imagina et mit en usage. La ponction hypogastrique devient dans ce cas l'agent

de la guérison et plus tard l'auxiliaire de l'opération complémentaire destinée à rétablir l'urèthre dans sa continuité.

La ponction hypogastrique peut donc offrir un double avantage: primitivement, elle permet de vider la vessie et met la plaie du périnée à l'abri de l'urine; plus tard, elle facilite la restauration de l'urèthre. La ponction satisfait aux indications du moment, mais elle ne guérit pas le malade.

Mais ces diverses opérations, malgré leurs avantages, ne peuvent être mises en parallèle avec l'uréthrotomie externe sans conducteur pratiquée d'emblée, et suivie de l'introduction d'une sonde jusque dans la vessie; la recherche du hout postérieur, faite peu de temps après l'accident, est presque toujours faite avec succès.

La sonde à demeure ne saurait rester longtemps en place sans inconvénients; on la retirera après quatre ou cinq jours et on pratiquera le cathétérisme.

M. J. Rochard. Dans les lésions traumatiques de l'urèthre, le chirurgien est appelé immédiatement après l'accident, ou bien il intervient à propos de fistules urinaires persistantes.

Dans le premier cas, il faut s'abstenir de toute tentative de cathétérisme et faire l'incision périnéale jusqu'à la portion rompue de l'urèthre; on passera ensuite jusque dans la vessie une sonde à demeure. On retirera cette sonde au bout de cinq ou six jours, en sondant alors le malade chaque fois qu'il a besoin d'uriner.

Aucun traité classique ne fait mention de l'incision périnéale; M. Notta a attiré l'attention sur ce point, conseillant d'y avoir recours si la sonde n'arrive pas dans la vessie. M. Rochard dit que le cathétérisme est non-seulement inutile, mais dangereux; ce qu'il faut éviter, c'est l'infiltration urinaire.

Un homme fait une chute: le bulbe est rompu, le périnée est distendu, le sang sort par le canal, il y a rétention d'urine; quand le malade a besoin d'uriner, l'urine passe par la rupture dans le tissu cellulaire. Aussi faut-il immédiatement faire l'incision du périnée jusqu'au canal.

M. Notta n'applique la sonde à demeure qu'au bout de quatre ou cinq jours; c'est trop tard, il faut la passer de suite, comme l'a fait M. Cras.

Quand le chirurgien est appelé trop tard, quand il y a des fistules urinaires, on peut tenter l'autoplastie, qui échoue souvent, mais qui a donné un beau succès à M. Rochard.

M. Verneuil. Le précepte si nettement formulé par M. Cras, appuyé par MM. Guyon et Rochard, n'est pas écrit dans les classiques, mais depuis dix ans M. Verneuil le met en pratique, et c'est Reyhard qui le premier l'a conseillé. Après avoir fait l'incision périnéale, le plus près possible de l'accident, M. Verneuil passe une sonde dans le canal; souvent on ne trouve pas le bout postérieur. Plus tard, on passe une sonde dans la vessie par l'incision, une autre par le méat, et le chirurgien anastomose les deux sondes. Le plus souvent, les fistules se ferment spontanément.

M. Le Fort. Une incision faite à la région périnéale est une opération grave quand la région est enflammée ou infiltrée d'urine; il ne faut donc pas en faire le traitement unique des ruptures de l'urèthre.

Quand il y a contusion de l'urèthre, avec tuméfaction périnéale, sans infiltration d'urine ni rétention, on doit chercher à passer une sonde dans la vessie.

Quand il y a rétention d'urine, chercher prudemment à passer une sonde, si la tuméfaction périnéale n'est pas trop considérable; on peut encore faire la ponction de la vessie et y laisser une sonde à demeure, et plus tard introduire une sonde dans l'urèthre.

Quand il y a infiltration d'urine et une tuméfaction considérable du périnée, il faut inciser; mais M. Le Fort croit que la ponction de la vessie est moins dangereuse que l'incision périnéale.

M. Duplay pratique l'incision périnéale depuis longtemps,

comme M. Verneuil et M. Voillemier et la plupart des chirurgiens de Paris. Mais il ne l'applique pas à tous les cas; il a vu plusieurs exemples de chute à califourchon, suivie de tuméfaction du périnée et de rétention d'urine, guérir par l'usage de la sonde, quoiqu'il y eût hémorrhagie uréthrale.

M. Trélat. Quand il n'y a pas infiltration urineuse, il faut être réservé; quand il y a une infiltration urineuse, le précepte de l'incision est de rigueur. M. Trélat préfère cette incision périnéale à la ponction de la vessie; les plaies périnéales guérissent facilement et, dans l'incertitude, il vaut mieux inciser le périnée.

M. Rochard. Dans les cas graves, le cathétérisme est non-seulement inutile, mais impossible; on ne peut pas passer. Chez les enfants, le bulbe est à l'état rudimentaire et ne s'écrase pas, aussi peut-on plus facilement passer une sonde. Dans tous les cas, il faut inciser le périnée avant l'infiltration urineuse afin d'éviter de graves complications.

M. Guyon ne veut pas faire quand même l'incision périnéale; dans les cas graves, le cathétérisme en apparence inoffensif est la méthode la plus dangereuse de toutes, tandis qu'il est facile d'inciser le périnée sans danger, et on retrouve assez facilement le bout postérieur du canal.

M. Le Fort préfère la ponction de la vessie, quand il y a rétention d'urine et contusion du périnée sans grande tuméfaction.

Société de biologie.

SEANCE DU 16 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

ARTHRITE ATLOÏDO-ODONTOÏDIENNE SIMULANT UNE HÉMATONYÉLIE :

M. HAYEM. — TISSU SPONGIEUX DES OS LONGS : M. DURET. — RECHERCHES SUR LE SENS DU CHEMINEMENT DES EXCITATIONS DANS LES NERFS : M. P. BERT. — SUR LES APPARENCES DE LA COULEUR VERTE DES VERRES OBSERVÉS À LONGUE DISTANCE : M. P. BERT. — NÉCROSE DU LARYNX DANS UN CAS DE FIÈVRE TYPHOÏDE : M. LEVEN. — RECHERCHES SUR LA COLORATION DU SANG : M. MALASSEZ. — MESURE DES DIVERS NIVEAUX DU FOND DE L'ŒIL : M. BADAL.

M. Hayem rapporte le cas d'une femme de vingt-sept ans qui tomba tout à coup avec les symptômes d'une attaque apoplectique, puis contracta des quatre membres suivie d'une paralysie flaccide. A l'autopsie, on constata qu'il existait une ostéite raréfiante de l'apophyse odontoïde avec arthrite de l'articulation de cette apophyse avec l'atlas. Il y avait contusion de la moelle à ce niveau; mort en douze jours.

M. Duret fait voir des photographies et des préparations montrant que le tissu spongieux des os longs, au moins pour les membres inférieurs, est disposé suivant des règles constantes le rendant plus apte à supporter les pressions. La disposition des différentes lamelles est telle que, bien étudiée, elle peut rendre compte de la disposition des fragments dans les fractures.

M. Paul Bert rapporte le cas d'un rat, dont l'extrémité de la queue a été soudée sous la peau du dos depuis plusieurs mois. La section étant faite d'un seul coup, l'extrémité dorsale n'est pas sensible le premier jour; hyperesthésie le second, avec sensibilité normale les jours suivants. (L'anesthésie du premier jour peut être attribuée à l'anémie momentanée, l'hyperesthésie ultérieure à l'inflammation). Cette expérience semblerait démontrer que les excitations dans les nerfs se propagent dans tous les sens. M. Bert fait des réserves jusqu'à ce qu'il ait pu examiner d'autres animaux actuellement en expérience et qui sont dans de meilleures conditions que le rat sacrifié.

M. Bert rappelle l'attention sur ce fait que des verres colorés en vert vu à grande distance paraissent bleus, ce qui pourrait être dû à ce que les rayons jaunes ne sont pas

aperçus, le vert employé dans ces cas étant la résultante du jaune et du bleu.

M. Leven rapporte un cas de nécrose du larynx dans un cas de fièvre typhoïde.

M. Malassez rappelle que le spectre de l'hémoglobine et celui du picrocarminaté d'ammoniaque ont des points de contact nombreux, ce qui peut encore servir pour l'étude de la coloration du sang.

A ce propos, MM. Bert et Malassez font remarquer que dans bien des cas l'examen spectroscopique peut induire en erreur quand il s'agit de distinguer le sang d'une autre substance colorée en rouge. Il n'est donc pas sans de graves inconvénients de se servir du spectroscope pour déterminer l'existence du sang dans les recherches de médecine légale.

M. Badal indique un procédé pour mesurer les modifications de la distance du fond de l'œil.

H. CH.

REVUE DES JOURNAUX

Lésions corticales du cerveau, par M. PITRES, interne des hôpitaux.

Dans un des derniers numéros de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, analysant l'article de M. Ch. Feré sur la topographie du cerveau, nous notions que les expériences l'avaient amené à localiser les centres moteurs de l'œil à la partie postérieure du pli courbe. Nous ajoutions que ces conclusions étaient précisément celles de Ferrier; or, nous trouvons dans le COMPTE RENDU DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE la note suivante, qui vient infirmer les travaux de MM. Ferrier et Feré :

« M. Pitres montre à la Société anatomique dix cerveaux atteints de lésions corticales sans lésions centrales. L'examen de leur localisation et des symptômes concomitants lui permet de conclure :

1° Que la destruction du pli courbe ne s'accompagne d'aucun symptôme moteur du côté des paupières;

2° Que la destruction des trois quarts supérieurs des circonvolutions s'accompagne de paralysie de la face sans paralysie des membres. » (*Progrès médical*, 9 décembre 1876.)

La strychnine dans la thérapeutique oculaire, par M. HALTENHOF.

L'emploi de la strychnine dans les affections oculaires, signalé déjà par Nagel, a fourni entre les mains de M. Haltenhof les meilleurs résultats, non-seulement dans les cas de troubles momentanés de la circulation et de l'innervation, mais aussi dans les cas où il y a une lésion nerveuse, centrale ou périphérique. Les résultats obtenus reposent sur 52 cas; la médication consiste en injection sous-cutanée de 1/2 milligramme d'abord, puis la dose est portée de 3 à 5 milligrammes.

Sur quatre cas d'atrophie des nerfs optiques, Haltenhof n'a obtenu qu'une seule fois une amélioration passagère. Mais dans l'amblyopie centrale sans lésion de la macula, avec décoloration de la portion temporale du disque optique, les résultats ont été remarquables; chez tous les malades l'acuité centrale a été augmentée; chez quatre la fixation normale a été presque rétablie, et la perception des couleurs améliorée. Trois fois sur sept, dans les cas de lésions du nerf optique et de la rétine consécutives à une inflammation des membranes profondes, il y a eu une amélioration. Mais les cas les plus heureux ont été des rétinites pigmentaires et des amblyopies causées soit par l'anémie, soit par des paralysies du grand sympathique cervical. Dans les paralysies des muscles de l'œil, les injections de strychnine ont, paraît-il, moins d'action que l'électricité. (*Bulletin de la Suisse romande*, juillet 1876.)

De l'épithélioma térébrant du maxillaire supérieur, par le docteur Paul RECLUS.

Tel est le titre d'un très-intéressant mémoire lu à l'Association française pour l'avancement des sciences et publié par le Progrès. Ne pouvant l'analyser complètement, nous en donnons les conclusions :

1° Le maxillaire peut être le siège d'épithéliomas à marche rapide, caractérisés par une cavité spacieuse et tapissée de bourgeons exubérants.

2° Il est probable que ces épithéliomas cavitaires ont pour origine les kystes si fréquemment appendus aux racines des dents.

3° Ces kystes eux-mêmes, ainsi que les épithéliomas ordinaires des mâchoires, naîtraient des débris épithéliaux, vestige du bourgeonnement des cordons des dents temporaires et permanentes. (*Progrès médical*, n° 47 et 49, novembre et décembre 1876.)

De l'hématurie et de l'hémaphysisme dans la fièvre létéro-hémorragique, par M. A. LOUVET, pharmacien de première classe de la marine.

La fièvre bilieuse hématurique, une des plus graves affections des pays chauds, a déjà été étudiée au point de vue clinique; aussi M. Louvet a-t-il pour but dans son consciencieux mémoire de n'envisager qu'un des points de la maladie. Tout d'abord il commence par constater la diminution de cette affection à Saint-Louis (Sénégal), diminution qui faisait avant 1875, année où les cas ont été plus nombreux, espérer sa disparition. En 1875 il y eut, en effet, 9 cas, dont 3 ou 4 extrêmement bénins, sur 1333 malades, tandis qu'en 1873 il n'y en avait que 1 cas sur 1503; la moyenne des trois dernières années a été de 2,75 pour 1000. Quoi qu'il en soit des craintes que manifeste M. Louvet, c'est déjà là un résultat heureux lorsqu'on pense à la fréquence de cette affection il y a quelques années.

Le but du mémoire de M. Louvet est de réagir « avec la plus stricte modération » contre les conclusions trop absolues de la théorie admise généralement par les médecins de la Réunion et du Sénégal, que la coloration spéciale des urines dans cette affection est due à la présence de la bile. Nous ne pouvons résumer ses intéressantes observations, ni le mode d'analyse qu'il a employé; mais de toutes ses expériences M. Louvet arrive aux conclusions suivantes : « On voit, dit-il, par ce qui précède, qu'il y a séparation méthodique par la chaleur des trois albuminoïdes du sang, extraction d'une notable quantité de plasmine, démonstration d'une forte proportion de fer dans les centres, réaction particulière de l'acide azotique, de l'acétate neutre de plomb, de l'alcool sulfurique; on voit encore, par l'examen microscopique de ces urines, qu'il ne peut exister de doute sur la présence d'une très-grande quantité de sang dissous et d'une petite quantité de sang en nature dans la plupart des cas au moins de la fièvre bilieuse mélanurique. Bien plus, malgré les recherches les plus délicates, M. Louvet n'a pu trouver la moindre trace de matière colorante de la bile ni de cholestérine.

M. Louvet étudie ensuite l'hémaphysisme : tout d'abord il n'y a chez aucun des malades examinés par lui de véritable icteré : la coloration spéciale serait donc due à l'hémaphysisme ou matière colorante du sérum : c'est cette matière que M. Louvet a cherché à déterminer. Voici du reste quelques-unes des conclusions de cet intéressant travail :

Les caractères tirés des téguments des malades examinés par M. Louvet ont toujours été plus favorables à l'hypothèse de l'hémaphysisme qu'à la théorie du biliphysisme. Il en est de même des caractères qu'a offerts la sécrétion urinaire. Chez le premier malade, il y avait hématurie intense, bématurie et hémaphysisme modérés; chez le second, hématurie et hématurie modérées avec hémaphysisme intense; chez le troisième,

hématurie faible, bématurie forte, hémaphysisme modéré; chez le quatrième, hématurie et hématurie fortes, hémaphysisme faible.

L'importance et la nouveauté de ces conclusions appellent, ajoute M. Louvet, une sérieuse controverse, basée, s'il est possible, sur une plus longue série de recherches. Ne pouvant, faute de données sérieuses, discuter ce travail, nous nous contentons d'appeler sur lui l'attention des lecteurs. (*Arch. de méd. nav.*, t. XXVI, oct. 1876.)

BIBLIOGRAPHIE

Index bibliographique.

DU DIABÈTE PHOSPHATIQUE. RECHERCHES SUR L'ÉLIMINATION DES PHOSPHATES PAR LES URINES ET SUR LES CONDITIONS PHYSIologiques MODIFIANT L'ÉLIMINATION DES PHOSPHATES, par le docteur L.-J. TEISSIER, ancien interne des hôpitaux de Lyon. In-8 de 176 pages avec 7 tableaux, 1876. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Dans un premier travail publié à Lyon l'année dernière (*De la phosphaturie à forme diabétique et de son influence sur le résultat de quelques opérations de cataracte*) M. Joseph Teissier avait cherché à classer les causes des phosphaturies et, contrairement à Bence Jones, il était conduit à admettre une phosphaturie essentielle, c'est-à-dire indépendante d'une altération directe ou indirecte du liquide urinaire amenant la précipitation des phosphates. Dans ce premier travail, à côté de recherches que nous ne pouvons que signaler, nous trouvons le fait qui est le fond même de la thèse que publie aujourd'hui M. Teissier. Des malades, qui présentaient des symptômes d'affaiblissement et de dénutrition tels qu'on s'attendait à trouver dans les urines une quantité assez considérable de sucre, n'avaient dans les urines aucune trace de sucre, mais au contraire une quantité notable de phosphates calciques, quantité qui variait de 4 à 9 grammes par litre, au lieu de 0,50 à 1 gramme, chiffres qui représentent la quantité normale. C'est, on le voit, une étude nouvelle dont M. Teissier a parfaitement tiré parti; nous ne pouvons que lui reprocher quelques lacunes qu'il ne tardera probablement pas à combler lui-même. Ce qui était difficile, c'était d'éliminer nettement l'azoturie et cette augmentation d'acide phosphorique, deux faits qui coïncident souvent, ainsi que le remarque le docteur Blau (*ueber diabetes*). Nous avons souvent rencontré, dit M. Teissier, des malades qui présentaient les principaux symptômes du diabète sucré : la polyurie, la polydipsie, les névralgies et douleurs rhumatoïdes, l'amaigrissement, les troubles de la vue, les éruptions furonculuses, le tubercule, voire même la fonte de l'œil après l'opération de la cataracte, et chez lesquels l'urine, franchement acide et ne contenant pas trace de glycose, n'offrait, comme principale modification dans sa constitution, qu'une élimination exagérée et parfois considérable de sels phosphatés; et alors même que l'urée était en excès, M. Teissier attribuait à la phosphaturie le rôle prépondérant.

La thèse de M. Teissier est divisée en deux parties : le diabète phosphatique et les recherches sur les variations des phosphates dans les urines. La première partie comprend les différentes formes cliniques du diabète phosphatique, sa description, son anatomie pathologique, sa pathogénèse et son traitement. Il divise ce diabète en quatre groupes : les polyuries phosphatiques avec troubles fonctionnels du système nerveux; les polyuries phosphatiques avec accidents pulmonaires concomitants ou terminaux; les polyuries phosphatiques coexistant ou alternant avec la glycosurie, et enfin les faits à caractères spéciaux et remarquables par l'analogie de leur marche et de leurs complications avec le diabète sucré. Voici du reste les conclusions de cette première partie :

La recherche de la quantité de phosphate éliminée par les urines est une opération qui doit entrer dorénavant dans le domaine clinique.

La phosphaturie permanente indique toujours un trouble important dans la nutrition générale. Ce trouble peut être assez profond pour aller jusqu'à présenter tout l'appareil symptomatique du diabète sucré.

La phosphaturie à forme diabétique n'est pas cependant une maladie essentielle, c'est plutôt un complexus morbide qui peut être symptomatique d'affections variées. Elle peut être une simple modalité du nervosisme, liée à la phthisis pulmonaire, ou en être

un signe précurseur. Elle peut être symptomatique d'un diabète sucré, latent ou transformé.

La phosphaturie diabétique peut exister, comme le diabète sucré, une influence fâcheuse sur la marche des lésions traumatiques. Cette dernière conclusion, si importante au point de vue des diathèses sur lesquelles insiste si souvent et avec tant de talent M. le professeur Verneuil, est justifiée par une expérience qui paraît mettre la chose hors de doute; mais il est nécessaire de contrôler par de nouvelles recherches ce point si important. C'est ce que M. Joseph Teissier se propose de faire, mais il est bon, néanmoins, de remarquer que l'expérience de M. Teissier sur un lapin est une conséquence de la physiologie du système osseux; il est facile, en effet, connaissant la structure des os, de comprendre qu'une déperdition exagérée des sels phosphatés doit entraîner tout au moins un retard dans la consolidation des fractures, sinon un empêchement complet à la consolidation. Nous rappellerons à ce propos les curieuses expériences de Fournaud Papillon sur le mode de régénération du système osseux (1870); ces expériences concordent parfaitement avec les résultats obtenus par M. Teissier.

Dans la seconde partie, intitulée *Recherches et variations des phosphates dans les urines*, M. Teissier étudie les différentes combinaisons des phosphates et les variations de l'acide phosphorique dans quelques états pathologiques (phthisie, pseudo-chlorose, chlorose, affections nerveuses, rhumatisme et quelques maladies aiguës), et complète les recherches de M. le docteur Bouchard sur cette question (clinique de la Clarté, *Tribune médicale* 1873), recherches auxquelles M. Teissier rend pleine justice. Voici les conclusions les plus importantes de M. Teissier :

Les phosphates abondent dans les urines des phthisiques au début de la maladie; ils diminuent à mesure que l'on arrive à la période de cachexie. Ils diminuent dans la chlorose noire; cette différence peut être d'une grande utilité pour le diagnostic et le traitement de la pseudo-chlorose. Ils augmentent dans les maladies du cerveau et de la moelle, dans le rhumatisme dermique. Ils diminuent ordinairement dans le cours des maladies aiguës fébriles. Ils n'augmentent pas, malgré une alimentation plus abondante dans le cours de la convalescence, on les trouve plutôt diminués.

Nous regrettons de n'avoir pu donner qu'un résumé nécessairement incomplet de cette excellente thèse, où, à côté d'un travail de compilation, on trouve toute une partie originale, la plus importante, qui indique non-seulement un travail patient, mais une appréciation intelligente de tous les faits observés.

J. M.

CLINIQUE OPHTHALMOSCOPIQUE DE L'HOSPICE DES QUINZE-VINGTS, par M. le docteur FIEUZAL. In-8 de 170 pages. — V. A. Delahaye et Co, Paris, 1876.

M. le docteur Fieuzal a réuni dans cette brochure la statistique des nombreux cas de cécité qu'il a l'occasion d'observer tant à l'hospice que dans la consultation gratuite qu'il s'y fait. L'auteur a groupé les cas par maladie, par tempérament, etc., de manière à rendre son travail moins aride et à faciliter les recherches de ceux qui travaillent en ce sens. C'est une mine riche où l'on pourra puiser dans des recherches d'ophtalmologie.

DU MODE D'ACTION DES EAUX SULFUREUSES, par M. le docteur C. SÉNAC-LAGRANGE, médecin consultant aux eaux de Canterlet. In-8 de 95 pages. — G. Masson, Paris, 1876.

M. Sénac-Lagrange ne s'occupe pas seulement des eaux de Canterlet, il s'adresse à l'ensemble de la médication thermale sulfureuse, et il nous permettra de lui dire que c'est là en grande partie ce qui fait la valeur de son intéressant travail.

La médication thermale sulfureuse se compose de plusieurs facteurs, l'eau, la maladie, le sujet. On voit combien est vaste le champ qu'il faut parcourir, combien il a fallu condenser pour renfermer dans un petit nombre de pages une étude de valeur sur ce sujet. L'étude de l'eau, quoique brève, est, on peut le dire sans crainte d'être démenti, très-bien faite dans le mémoire de M. Sénac-Lagrange; il envisage successivement sa thermalité, sa minéralisation et ses rapports avec les autres eaux sulfureuses. Nous ne pouvons ici qu'indiquer ce plan dont on lira avec grand intérêt le développement dans la brochure. A quelles affections conviennent les eaux thermales sulfureuses? M. Sénac-Lagrange passe en revue les maladies contre lesquelles on les a préconisées; ce point le plus intéressant de tout ce chapitre est celui dans lequel l'auteur montre que quelquefois c'est avec la plus grande circonspection qu'il faut administrer les eaux sulfureuses, pour ne pas faire

disparaître trop vite une affection d'origine diathésique qui pourrait être remplacée par une autre manifestation.

Enfin, passant en revue la boisson, les bains, les douches, etc., il fait voir que les applications doivent être surtout dirigées d'après le tempérament du malade.

Pour résumer notre impression, le mémoire de M. le docteur Sénac-Lagrange peut servir fort bien à diriger un traitement sulfureux.

VARIÉTÉS

Chronique de l'étranger.

ANGLETERRE. — ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE. — CONGRÈS DE 1877. — CULTURE DU QUINQUINA DANS L'INDE. — ÉPIDÉMIE DE VARIOLE A LONDRES. — SERVICE MÉDICAL DES ARMÉES TURQUES ET RUSSSES. — LES HOMMES A CORNES EN AFRIQUE.

L'Association médicale anglaise, dont le dernier meeting annuel a eu lieu à Sheffield, s'était séparée sans fixer le lieu et la date du Congrès de 1877. Nous apprenons aujourd'hui avec plaisir que, dans une de ses dernières réunions, le Conseil de l'Association a proposé la ville de Manchester pour le Congrès annuel de l'année prochaine et a recommandé M. le docteur Wilkinsons comme président pour la même année.

Nous avons la certitude que ce choix sera ratifié par le suffrage général de l'Association, et nous avons lieu de nous en réjouir. Manchester est un des centres scientifiques les plus importants de la Grande-Bretagne et présente beaucoup d'attraits pour le visiteur étranger. Le choix du président nous paraît également très-heureux, car M. Wilkinsons est un des médecins les plus populaires et les plus honorés de l'Angleterre.

— La culture du quinquina, dans l'Inde anglaise, a une importance considérable. D'après les rapports officiels fournis par le gouvernement, 385 000 pieds de quinquina ont été plantés à Sikkim pendant l'année 1875, ce qui porte le chiffre total des plantations à 2 705 000. Le quinquina rouge est la variété qui donne les meilleurs résultats dans cette région; il donne moins de quinine que le jaune, mais il fournit une plus grande quantité d'autres alcaloïdes qui ont également des propriétés fébrifuges. Les plantations occupent une étendue de 3000 acres (1500 hectares) et appartiennent par moitié à l'Etat et à des planteurs. Le gouvernement envoie dans les Indes des *quinologistes* chargés de veiller à la culture, à la récolte et à l'extraction des alcaloïdes des quinquinas, mais, après quelques essais, on a renoncé à extraire la quinine sur place, et les écorces sont envoyées sur le marché de Londres avant d'avoir subi aucune préparation.

— L'état sanitaire de Londres a laissé beaucoup à désirer pendant ces dernières semaines. Outre les affections catarrhales qui ont sévi avec une certaine intensité, la ville a été ravagée par une violente épidémie de variole.

Les trois hôpitaux affectés au traitement de cette maladie, établis à Homerton, Hampstead et Stokewell, sont littéralement pleins, le nombre des malades s'élevant à six cents. L'hôpital des fiévreux à Homerton, qui peut recevoir trois cents malades, est maintenant consacré aux varioleux. On a dû mettre neuf cents lits à leur service dans différents établissements. D'autres hôpitaux sont en voie de construction à Tullham et Bedford; ils pourront recevoir cent cinquante malades chacun vers le 15 février prochain, si l'épidémie dure jusque là, et pour les annexes que l'on y ajoutera. Ces deux hôpitaux pourront facilement contenir cent cinquante lits de plus si la maladie venait à continuer jusqu'à la mi-mars.

— On sait que les Anglais ont organisé des ambulances pour porter secours aux blessés militaires des armées turques et serbes. D'après des renseignements qui nous sont donnés par le correspondant du *Standard*, ces secours ne seraient arriver plus à propos, car l'organisation médicale de l'armée turque est déplorable. Notre confrère écrit au *Standard* qu'il a vu, accumulés dans une salle à peine assez spacieuse pour contenir cinquante individus, plus de cent blessés. Une odeur épouvantable s'exhalait de ce réduit. La majorité de ces malheureux avaient reçu des balles ou des débris de projectiles. Peu de blessures par armes blanches. Presque tous avaient des lésions très-graves et arrivaient des champs de bataille dans un état affreux. Aucun n'avait reçu de secours chirurgicaux. Les esquilles, les projectiles étaient encore au fond des plaies, emprisonnés par des pansements au perchlorure de fer. L'arsenal de chirurgie laissait tout à désirer. Ainsi,

pour irriguer les plaies, le chirurgien n'avait qu'une seringue de verre. Il était si mal outillé pour opérer, que nombre de patients mouraient d'hémorrhagie entre ses mains. Heureusement un jeune chirurgien autrichien, le docteur Lichtenstein arriva, et fit don à l'opérateur d'une boîte à amputation (modèle dit d'Esnaich). On devait sans doute s'attendre à de pareilles horreurs, mais ce qu'il y a de plus surprenant dans le récit du correspondant du *Standard*, c'est le courage de ces malheureux, leur résignation, leur reconnaissance. Sous les yeux de celui qui a donné ces renseignements, on amputa la cuisse à un *Arnaut* sans l'endormir et, pendant toute l'opération, l'expression du patient demeura tranquille et impassible.

Nous pensons que ce tableau n'est un peu chargé, mais nous admettons sans difficulté que l'intendance turque s'occupe fort peu de ses blessés. Nous savons du reste, par une autre source, que la Convention de Genève a été fort peu respectée par les armées ottomanes dans les dernières campagnes. On sait du reste que c'est parce que l'emblème de la croix rouge choque les sentiments religieux des soldats musulmans et que le gouvernement turc a fait une démarche auprès de la Société internationale à Genève, afin de remplacer la croix rouge par le croisiant.

Nous apprenons d'autre part que le gouvernement russe a veillé avec une sollicitude toute particulière à l'organisation du service médical en vue de la prochaine campagne. Des hôpitaux provisoires et des ambulances ont été installés dans le voisinage des frontières et dans les villes du Sud. La direction du service médical a été confiée au professeur Pirogoff, avec le titre de chirurgien en chef des armées russes. Tous les médecins civils des provinces du sud de la Russie ont reçu l'ordre de se tenir prêts à partir à la première réquisition. On nous assure qu'un grand nombre ont répondu à cet appel avec empressement.

Le capitaine Hay, qui explore l'Afrique depuis un grand nombre d'années, a fait une intéressante communication à la section des sciences naturelles du congrès scientifique de Glasgow. Il s'agit d'une malformation de la face que présentent les hommes d'une tribu du district d'Akém en Afrique occidentale, et qui vaut à ceux qui en sont porteurs la dénomination d'*hommes à cornes*. Cette malformation n'a été observée que sur le sexe masculin; elle consiste en une saillie exagérée des pommettes, immédiatement au-dessous des yeux. Il se produit là de véritables cornes, de chaque côté du nez. Autant qu'il se pu en juger l'explorateur, cette difformité qui débute dès l'enfance n'est pas héréditaire. On ne saurait non plus la rattacher à aucune de ces opérations barbares que les sauvages font quelquefois subir à leurs enfants pour leur donner l'air terrible, car les indigènes paraissent fort attristés par cette maladie et cherchent à la prévenir à l'aide de divers topiques. Le capitaine Hay a présenté des photographies de cette difformité au Congrès; comme il est resté en rapport avec des missionnaires de ce pays, il espère pouvoir se procurer bientôt, par leur intermédiaire, des têtes présentant cette singulière difformité.

— Lady Bell, la veuve du célèbre physiologiste Charles Bell, vient de mourir à Londres à un âge avancé. Cette femme, remarquable par sa beauté et son esprit, avait été la compagne dévouée du savant, et avait pris une part active à tous ses travaux. Elle a dirigé elle-même l'impression et la publication des principaux ouvrages qui ont paru sous le nom de Charles Bell. Après la mort de son mari, qui est lui en 1842, elle quitta Edimbourg et vint se fixer à Londres où elle continua de fréquenter le monde scientifique de la capitale anglaise. Elle s'occupait de travaux de littérature et de science, et ses salons ont été pendant longtemps, à Edimbourg et à Londres, le rendez-vous des savants, et particulièrement des médecins.

J. L.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. *Présentation de candidats.* — Deux chaires de pathologie médicale sont actuellement vacantes à la Faculté de médecine de Paris. Samedi dernier, la Faculté, réunie en assemblée générale, a procédé à l'élection des candidats qui doivent être présentés au ministre de l'Instruction publique. Voici le résultat des scrutins qui ont eu lieu à ce sujet :

Première liste : En première ligne, M. Jaccoud; en deuxième ligne, M. Brouardel; en troisième ligne, M. Bouchard.

Deuxième liste : En première ligne, M. Peter; en deuxième ligne, M. Olivier; en troisième ligne, M. Hayem.

En conséquence, MM. Jaccoud et Peter sont présentés par la Faculté pour occuper les deux chaires vacantes de pathologie médicale.

CONCOURS DE L'EXTERNAT DES HÔPITAUX DE PARIS. — Ce concours, ouvert le 5 octobre, s'est terminé le 12 décembre 1876, par les nominations suivantes :

1 Leloir, 2 Goy, 3 Vimont, 4 Brault (Marie), 5 Bouillet (Léon), 6 Bourey, 7 Talonou, 8 Robert (Alphonse), 9 Bruneau, 10 Dunoyer, 11 Sheahan, 12 Assaky, 13 Thibierge, 14 Broussin, 15 Chaiut, 16 Broct, 17 Girou, 18 Degastel, 19 Millet (Paul), 20 Junin.

21 Didier, 22 Verrier, 23 Leloué, 24 Mossé, 25 Savard, 26 Decaye, 27 Bertheux, 28 Hulot, 29 Tisé, 30 Rollin, 31 Calleret, 32 Bénard, 33 Desnos, 34 Rouhet, 35 Pignot, 36 Aubeau, 37 Boiteux, 38 Lambin, 39 Coiffier, 40 de Lamer.

41 Doléris, 42 Bougrand, 43 Bourdel, 44 Hème, 45 Lacharrière, 46 Mathieu, 47 Bursaux, 48 Ambresin, 49 Mary, 50 Gaudonet, 51 Didion, 52 Aigre, 53 Perigord, 54 Réal, 55 Adoulin, 56 Cerné, 57 de Brun du Bois-Noir, 58 Richard, 59 Métaux, 60 Labbé.

61 Lugless, 62 Régard, 63 Pigny, 64 Boulay (Elie), 65 Pellier, 66 Guadaulpe, 67 Gendron, 68 Verneuil, 69 Méricamp, 70 Labaulie, 71 Marie, 72 Valentin, 73 Bézé, 74 Messet, 75 Boivin, 76 Tartière, 77 Crouzat, 78 Pousson, 79 Philippe-Lavallée, 80 Veil.

81 De Pezzer, 82 Braud (Aristide), 83 Monon, 84 Rodet, 85 Negel, 86 Baralt, 87 Chevalier, 88 Bottez, 89 Manaud, 90 Thuvicn, 91 Pignol, 92 Gourgues, 93 Chantemesse, 94 Rucif, 95 Coustant, 96 Deladrière, 97 Detourbe, 98 Rivet, 99 Fauqué, 100 Kintzobach.

101 Touaille de Larabrie, 102 Debierre, 103 Yéron, 104 Barbe, 105 Béchou, 106 Wullamier, 107 Doucet, 108 Giraudou, 109 Martel, 110 Capitan, 111 Cheyron, 112 Gérard, 113 Piquechef, 114 Schwing, 115 Régis, 116 Robert (Paul), 117 Bouilland, 118 Alibert, 119 Cambillard, 120 Lecoq.

121 Rabère, 122 Dagnicourt, 123 Brochard, 124 Angé, 125 Dodré, 126 Dubois, 127 Niquet, 128 Goureau, 129 Monferrato, 130 Pradignac, 131 Lefèvre, 132 Berthelot, 133 Gabourin, 134 Moreau (Louis), 135 Beauvallet, 136 Courbatien, 137 Brionne, 138 Jegun, 139 Gaillard, 140 Petitclerc.

141 Pompinot, 142 Lagardère, 143 Costilles, 144 Saluèle, 145 Viard, 146 Bouillet, 147 Gérente, 148 Vauthier, 149 Ovion, 150 Roy, 151 Gaiteras, 152 Baudouin, 153 Gayla, 154 Moreau (Paul), 155 Ott, 156 Queyral, 157 Pineau, 158 Pauvert, 159 Olier, 160 Reyne.

161 Ségals, 162 Perier, 163 Yvon, 164 Renard, 165 Miculescu, 166 Boances, 167 Olive, 168 Paynel, 169 Godet, 170 Aysaguer, 171 Bagneris, 172 Gilson, 173 Toffler, 174 Roux, 175 Boyer, 176 Vivien, 177 Debort, 178 de Gislain, 179 Bourguet, 180 Huc, 181 Perrachon, 182 Laporte, 183 Picrin.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — A la suite d'un concours ouvert le 13 novembre, M. Nicolas Duranty a été nommé suppléant des chaires de médecine à l'École de plein exercice de Marseille.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT-FERRAND. — Ont été proclamés lauréats de l'École : *Première année.* Premier prix : M. Munitz. — Deuxième prix, *ex æquo* : MM. Ribes, Danges. — Mentions honorables : MM. Adigras, Costic. — *Deuxième année.* Premier prix : M. Imbert. — Deuxième prix, *ex æquo* : M. Vasseilles, Jouanet. — Mentions honorables : MM. Gagnon, Heulz. — *Troisième année.* Premier prix : M. de Brun du Bois-Noir. — Deuxième prix : M. Bourgade.

Prix Fleury (médaillon d'or), décerné à l'élève qui a recueilli le plus grand nombre d'observations au lit des malades : M. de Brun du Bois-Noir, déjà nommé. — Mention honorable : M. Heulz, déjà nommé.

Prix des hospices : M. de Brun du Bois-Noir, trois fois nommé. — Mentions honorables : MM. Heulz, Imbert, déjà nommés.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Dans sa séance du 11 décembre 1876, la Société de médecine légale a procédé au renouvellement de son bureau, qui, pour l'année 1877, est composé comme il suit : Président, M. Hémar, avocat général à la Cour de Paris; vice-présidents, M. le professeur Trélat et M. le docteur Penard; secrétaire général, M. le docteur T. Gallard; secrétaires des séances, M. le docteur Riant et M. Delastre, avocat à la Cour d'appel; archiviste, M. le docteur Ladreit de la Charrière; trésorier, M. Mayet, pharmacien.

La SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE, association contre l'abus des boissons alcooliques, réunie en Assemblée générale, le 3 décembre 1876, a formé son bureau comme il suit pour l'année 1877 :

Président, M. Edouard Laboulaye, de l'Institut; vice-présidents, MM. le professeur Bouillaud, le baron Larrey, Reverchon et Paul Pont; secrétaire général, docteur L. Lurier; secrétaires généraux adjoints, MM. Edmond Bertrand et docteur Decaisne; secrétaires des séances, docteurs Magnan et Vidal; bibliothécaire-archiviste, docteur A. Motet; trésorier, M. Gust. Maugin.

Nous croyons devoir rappeler que la Société décerne chaque année, dans sa séance solennelle du mois de mars, un certain nombre de médailles et de livrets de Caisse d'épargne aux instituteurs, chefs d'ateliers, contre-maitres, ouvriers, serviteurs et toutes autres personnes qui lui sont signalés comme s'étant fait remarquer par leur sobriété exemplaire et leur propagande en faveur de la tempérance. Toutes les demandes de récompenses, avec pièces à l'appui, doivent être adressées, avant le 1^{er} février 1877, au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, n° 6, où sont également reçues les adhésions.

LE LAIT DES HÔPITAUX DE PARIS. — L'administration de l'assistance publique s'occupe en ce moment des quantités de lait à fournir dans les hôpitaux et dans les hospices civils de la ville de Paris, pendant le courant de l'année 1877. La fourniture du lait dans les hôpitaux, qui avait atteint le chiffre de 1 047 675 litres pour l'année 1876, s'élèvera pour l'année 1877 à 1 065 350 litres.

BELGIQUE. PRIX QUINQUENNAL POUR LES SCIENCES MÉDICALES. — Sur un rapport de M. le docteur Warlomont, rapport très-circumstancié, très-bien motivé, et que nous aurions reproduit s'il n'était relatif à un ouvrage dont la GAZETTE HEBDOMADAIRE a rendu compte à plusieurs reprises, un arrêté royal a décerné le prix quinquennal de 5000 francs (période de 1871-1875) à l'ouvrage de feu le docteur Spring intitulé: SYMPTOMATOLOGIE OU TRAITÉ DES ACCIDENTS MORBIDES.

ÉPHÉMÉRIDES MÉDICALES. 14 décembre 1646. — On enterre dans l'église de Saint-Louis-en-l'Île, à Paris, Claude Chrestien, et l'on inscrit cette note sur le registre de la paroisse : « Le treizième décembre mil six cents quarante six, Claude Chrestien, vivant docteur régent en la Faculté de médecine à Paris, étant décédé, son corps a été inhumé dans l'église St Louys le quatorzième des mêmes mois et an. »

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — Les laboratoires du Muséum d'histoire naturelle vont être considérablement accrus, grâce à l'acquisition de 3662 mètres superficiels de terrains situés le long de la rue de Buffon.

EXERCICE ILLÉGAL. — Le sieur Nicolas, élève en pharmacie, était prévenu d'avoir employé du sulfate d'atropine au lieu de chlorhydrate de morphine, dans la composition d'une potion destinée à mademoiselle Perrani, artiste du Grand-Théâtre du Havre.

Le tribunal du Havre a condamné le sieur Nicolas (prévenu en même temps, il est vrai, d'un autre délit) à six mois de prison, et déclaré le pharmacien civilement responsable du fait d'imprudance commis dans la Pharmacie centrale.

NÉCROLOGIE. — Nous lisons dans plusieurs journaux l'annonce de la mort de M. Valette, un des chirurgiens les plus distingués de l'École lyonnaise. M. Valette avait été élu par concours chirurgien en chef de la Charité, puis il avait donné sa démission pour occuper le poste de professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Lyon.

On doit à M. Valette plusieurs innovations chirurgicales ingénieuses. Il a publié dernièrement un volume de leçons cliniques qui ont été appréciées.

POSITION DE MÉDECIN VACANTE. — La commune de Châlo-Saint-Mars, à 7 kilomètres d'Étampes, demande un médecin. Les abonnements et la subvention du Conseil municipal assurent une somme annuelle de 2500 francs, laquelle somme peut être très-facilement plus que doublée par le casuel. S'adresser pour plus amples renseignements, à M. Boureau, maire de ladite commune, ou à M. Giraud, imprimerie de M. E. Martinet.

État sanitaire de Paris :

Du 8 au 14 décembre 1876, on a constaté 870 décès, savoir :

Variole, 4. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 1. — Fièvre typhoïde, 62. — Erysipèle, 4. — Bronchite aiguë, 32. — Pneumonie, 50. — Dysentérie, 0. — Diarrhée cholériforme des enfants, 1. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 25. — Group, 18. — Affections puerpérales, 3. — Autres affections aiguës, 208. — Affections chroniques, 376, dont 154 dus à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 51. — Causes accidentelles, 21.

A VIS

MM. les Abonnés de la France à la **GAZETTE hebdomadaire** qui n'auraient pas renouvelé leur abonnement avant le 10 janvier prochain sont prévenus qu'une quittance leur sera présentée le 10 février, augmentée de 1 franc pour frais de recouvrement.

Un mandat collectif, sans frais de présentation quand la somme atteindra 50 francs, sera présenté à la même date à ceux de nos clients qui reçoivent en même temps plusieurs des recueils édités par la maison.

Nous rappelons aux Abonnés de la GAZETTE HEBDOMADAIRE qu'ils ont droit, moyennant un supplément annuel de 8 francs, à recevoir le BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, publié le dimanche de chaque semaine.

Ce BULLETIN paraît en extenso tous les discours prononcés à l'Académie, les discussions, les rapports, etc. Il a formé pour l'année 1876 un volume de plus de onze cents pages.

Le prix de faveur accordé aux Abonnés de la GAZETTE représente à peine les frais de papier et d'affranchissement. Il constitue donc pour eux un avantage considérable.

SOMMAIRE. — PARIS. Société des hôpitaux : Du traitement de la fièvre typhoïde par la méthode réfrigérante. — Société de médecine légale : Oases valon d'hermaphrodisme bisexuel. — TRAVAUX ORIGINAUX. Syphilis : l'aryalysie du nerf pneumotomique par lésion syphilitique du maxillaire. — Clinique chirurgicale : Calculs urinaires d'urésidite. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences, — Académie de médecine. — Académie royale de médecine du Belgique. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — REVUE DES JOURNAUX. Les uns critiques du cerveau. — La strychnine dans la thérapeutique oculaire. — II. l'hémostase et de l'hémostase dans la fièvre. — Ictéro-hémorrhagique. — BIBLIOGRAPHIE. Index bibliographique : Du diabète phéoplatique. — VARIÉTÉS. Chronique de l'étranger : Angleterre. Association médico britannique. Congrès de 1877. Culture du quinquina dans l'Inde. Epidémie de variole à Londres. — Service médical des armées turques et russes. Les hommes à cornes en Afrique.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

Agenda médical pour 1877, contenant un Formulaire magistral et un Mémoiral thérapeutique. Paris, librairie Asselin. — Prix rendu franc dans toute la France :

Broché.....	1 fr. 75
Cartonné à l'anglaise.....	2 fr.
Divisé en 5 cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille.....	3 fr.
Reliures diverses à 3 fr., 3 fr. 50, 3 fr. 75, 4 fr. 50, 4 fr. 75, 5 fr., 7 fr., 9 fr.	

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, président; BLACHEZ, A. HÉNOQUE, L. LEREBoullet

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au siège du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence)

Paris, le 28 décembre 1876.

Congrès des naturalistes à Hambourg : SECTION DE CHIRURGIE : DE L'OSTÉOTOMIE CUNÉIFORME DU TIBIA DANS LE TRAITEMENT DU GENOU EN DEDANS : MAX SCHEDE. — Cinquième Congrès des chirurgiens à Berlin : L'ISCHÉMIE CHIRURGICALE : PROFESSEUR ESMAUCH. — Société de biologie : LÉSIONS DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL DANS LES PARALYSIES DIPHTHÉRIQUES : M. PIEHRET. — Académie de médecine : OVARIOTOMIE. — ANATOMIE DU PÉRINÉE.

De l'ostéotomie cunéiforme du tibia dans le traitement du genou en dedans. — L'ischémie chirurgicale.

Dans ces dernières années, les chirurgiens se sont préoccupés du traitement du genou en dedans, le *genu valgum*. Cette affection ou, pour mieux dire, cette déformation chez les jeunes sujets, dans les cas où elle est encore récente, peut être traitée avec succès par les appareils, par le massage combiné avec l'électrisation. L'extension forcée, ainsi qu'il a démontré M. Vergnes dans sa thèse inaugurale (1875), compte aussi de bons résultats. Pour des cas plus invétérés et plus rebelles aux traitements dits « de douceur », les sections tendineuses sont devenues nécessaires, et en définitive certains cas réputés incurables ont rendu excusable une intervention chirurgicale des plus graves : l'ostéotomie. Celle-ci, préconisée par Rhea Barton, Meyer, n'a jusqu'à présent été considérée que comme une méthode exceptionnelle; ou, en d'autres termes, elle ne présente que des exemples de tentatives audacieuses. La communication faite par le docteur Max Schede à la réunion des naturalistes à Hambourg, section de chirurgie (21 septembre 1876), est de nature à appeler l'at-

tention des chirurgiens sur un mode d'intervention qui peut transformer une difformité des plus pénibles en une disposition comparable à l'état normal.

M. Max Schede, en présentant à ses confrères un jeune homme opéré doublement, pour deux genoux en dedans, a pu avec raison dire que c'était là un exemple unique, quant à présent, dans l'histoire de la chirurgie. En effet, il s'agit d'un jeune homme opéré d'ostéotomie cunéiforme des deux tibias et d'ostéotomie linéaire des péronés. Chez cet homme, âgé de vingt-cinq ans, la difformité des deux genoux avait résisté à des traitements orthopédiques; elle était assez prononcée pour que la jambe et la cuisse formaient entre elles un angle de 80 degrés ouvert en dehors. L'opération fut pratiquée suivant le procédé de Rhea Barton, le 28 février 1876, en employant les précautions antiseptiques et l'ischémie, suivant la méthode d'Esmauch. Les fragments osseux excisés des deux tibias avaient 2 centimètres d'étendue à leur base; la section des péronés était linéaire. Le redressement fut très-complet, et la consolidation était achevée au commencement du mois de mai. Si l'on en juge par la reproduction des photographies (*Berliner mediz. Wochenschr.*, 24 décembre 1876), ce résultat est un véritable succès de chirurgie opératoire.

A côté de ce fait remarquable, M. Max Schede a communiqué des observations qui en forment en quelque sorte le complément; c'est ainsi que chez une jeune fille de dix-sept ans atteinte de *genu valgum* du côté gauche, l'ostéotomie cunéiforme du tibia et la section du péroné ont rétabli la fonction du membre; dans un troisième cas, chez une jeune fille de quinze ans, une périostite chronique du tibia durant depuis neuf années avait déterminé une elongation de l'os de 8 à 9 centimètres, de sorte que le pied était complètement déformé, la malade marchant sur le bord interne, comme dans le pied bot *valgus*; l'ostéotomie cunéiforme du tibia fut pratiquée à trois travers de doigt de la malléole, et à

FEUILLETON

Les planches anatomiques de J. Dryander et de G. H. Ryt.

(Fin. — Voyez le numéro 50.)

En 1541, l'imprimeur Christian Egenolf publie à Marbourg : *Anatomia Mundini, ad Vestustissimum corundenque aliquot manuscriptorum codicum fidem collata, justoque suo ordine restituta, per Joannem Dryandrum, medicum, professorem Marpurgensem;*

Adjectæ sunt quarumcunque partium corporis ad vivum expressæ figuræ;

Adsumt et scholia non indocta quæ prolicorum commentariorum vice esse possunt.

Cet autre in-4 de 67 feuillets donne uniquement le texte de ce manuel d'anatomie de Mondini, qui datait de 1315 et qui

avait été l'objet de tant de commentaires avant Dryander. Le professeur de l'université de Marbourg ne trouve rien de plus parfait que ce petit livre élémentaire, qui n'est pas sorti des écoles depuis plus de deux cents ans. Il doit être conservé encore, malgré la barbarie de son style, bien que, dit-il dans sa préface à Hieronymus Glauberger, savant juriconsulte de Francfort, on ne veuille admettre aujourd'hui pour les études que des ouvrages bien écrits, comme ceux d'Alexandre Benedetti, Jean d'Andernaeh, André Lucana, Vesale et autres. Il s'est borné à ajouter quelques annotations très-courtes au texte de Mondini, mais il l'a illustré de nombreuses figures: d'abord celles de l'anatomie de la tête et de la poitrine, énumérées plus haut, et six planches nouvelles, sorte de schémas, assez peu exacts du reste, des organes de la cavité abdominale, savoir : I, la masse intestinale; II, le foie, l'estomac et la rate en place; III, la rate et ses vaisseaux; IV, le foie à cinq lobes; V, les organes de la génération de l'homme, et VI, ceux de la femme. Toutes les autres planches du livre sont eu-

la même hauteur le péroné fut sectionné; la déformation fut guérie, le pied reprit son attitude normale et le membre a récupéré ses fonctions. Dans un quatrième cas, chez une jeune fille de douze ans, l'ostéotomie fut pratiquée pour une déformation rachitique considérable du tibia; au moment de cette opération, l'opération datait de quatorze jours et l'état de la malade permettait d'espérer la guérison; cette fois, le péroné avait été simplement fracturé. En dehors de ces cas, M. Max Schede rappelle qu'il a pratiqué trois fois « l'ostéotomie cuéiforme » du tibia sans sectionner le péroné; il s'agissait toujours de *genoux en dedans*; mais les résultats dénilifs, bien qu'il y ait eu guérison, sont moins favorables que les précédents au point de vue de la fonction et de l'attitude du membre.

Ces observations seront méditées par les chirurgiens; il est remarquable que des sections osseuses aussi étendues n'aient pas été accompagnées de phénomènes septicémiques notables. Le plus souvent la marche de la consolidation osseuse a été des plus simples. Il est vrai que les plus grandes précautions suivant les préceptes de « la méthode antiseptique », comme l'on dit maintenant, ont été employées; mais en somme ces succès sont fort encourageants et nous pouvons espérer qu'ils étendront le domaine de la chirurgie pour le traitement de difformités considérées comme inaccessibles à une intervention rationnelle.

Dans ces opérations, M. Max Schede a employé la compression suivant la méthode d'Esmerch. L'usage de la compression élastique ou ischémie chirurgicale, dont nous avons été les premiers à signaler l'importance, semble se généraliser, et la pratique en démontre les avantages; le professeur Esmerch peut à bon droit, à chaque Congrès chirurgical de Berlin, exposer, sans être contredit, les avantages de sa méthode; c'est ainsi que l'année dernière il démontrait que l'ischémie chirurgicale peut être appliquée à la désarticulation du bras, et cette année, dans un court exposé, il a fait justice des objections adressées à son procédé d'hémostase.

Les hémorragies secondaires s'observent à la suite de l'ischémie chirurgicale dans des conditions qui sont celles d'une hémostase incomplète; c'est-à-dire que si l'on se hâte de faire le pansement, si l'on néglige la ligature ou la torsion des petits vaisseaux et des veines mées (suivant l'opinion d'Esmerch), on est exposé à une hémorragie secondaire; nous nous rappelons que des objections analogues ont été faites à l'emploi du chloroforme; les hémorragies secon-

naires seront évitées si l'on a soin de ne pas faire hâtivement le pansement avant de s'être assuré qu'aucun vaisseau ne donne plus de sang; et quant à ce qui concerne la compression élastique, si l'on a soin de ne pas employer de petits tubes comme lacs constricteurs, mais de très-gros tubes ou même une bande élastique, on n'observera pas, à notre avis, les complications dues à une striction linéaire exagérée.

A. HÉNOUCQUE.

Lésions du système nerveux central dans les paralysies diphthériques.

Peu d'affections ont donné lieu à plus d'hypothèses que les paralysies diphthériques. Dès qu'après les travaux de Bretonneau, de Trousseau, de Guersant, Rillet et Barthez, etc., il fut bien établi que ces paralysies se développent sous l'influence générale de la diphthérie, des explications plus ou moins hypothétiques furent proposées.

Mais il faut bien le reconnaître, de toutes les théories émises, aucune ne suffisait pour expliquer tous les cas. Fallait-il accepter l'action locale de l'inflammation diphthérique sur les muscles ou nerfs sous-jacents? Cette hypothèse tombait d'elle-même en présence des paraplégies, des paralysies des muscles de l'œil, etc.; elle ne pouvait pas même être invoquée pour tous les cas de paralysie du voile du palais, car on voyait l'immobilité ou l'anesthésie de ce voile exister dans des cas où les fausses membranes limitées au larynx n'avaient pu agir localement. L'albinurie expliquait-elle mieux les paralysies? il suffit de dire qu'elle manquait dans nombre de cas, pour comprendre que c'était là encore une hypothèse plus que contestable.

Si nous passions en revue toutes les explications proposées, il serait facile de se convaincre qu'aucune ne peut résister à la discussion.

Dès longtemps on a cherché à trouver dans des altérations du système nerveux la cause de ces paralysies, et plusieurs observations importantes ont prouvé que dans bien des cas il y avait des lésions des nerfs, mais non dans tous. D'autre part, les atopies sont rares, et il en résulte que la question est difficile à résoudre.

Cependant, depuis quelques années deux cas au moins ont été observés en Allemagne, dans lesquels il existait une inflammation des méninges avec production de pseudo-membranes; c'est un nouveau fait analogue que vient d'ob-

pruntées à Bérauger de Carpi : les six corps entiers, pour la démonstration des muscles de la paroi abdominale antérieure, dessinés de nouveau par le même artiste aux initiales G. B. Deux corps de femmes assis avec le ventre ouvert pour montrer les organes de la génération. Plusieurs figures détachées par trop réduites dans leurs dimensions : les veines superficielles du membre supérieur et du membre inférieur, les os de la main et du pied. Enfin les trois écorchés (tousjours de Bérauger de Carpi), destinés à montrer tous les muscles superficiels du corps : le premier *a fronte*, tenant une corde; le deuxième *a tergo*, le bras gauche fléchi, l'autre étendu; le troisième un Christ en croix où l'on voit très-bien les muscles des bras, *ut reddantur medici cauti circa sectiones ulcerum atque vulnerum*.

Les squelettes, de face et de dos, qui se trouvent tout à fait à la fin du livre de Dryander avec une description qui a pour titre : *Osteotome, id est, ossium corporis humani divisio, ex Galeno præcipue collecta*, ont été empruntés aux six premières

planches de Vésale; mais ils sont d'un dessin grossier et malheureusement réduits à 15 centimètres de hauteur.

La même année 1541 parut l'ouvrage de Ryff :

Des aller furtrefflich sten höchsten vünd adelichsten gschoffs aller Creaturen... Das ist des Menschen warhaftige beschreibung oder Anatomii... (je ne continue pas, ce titre a une page), erstmals inn tutsche sprach verfasst Durch Magistrum Gualtherum Hermenium Ryff, argentinum medicum. MDXLI. A la fin : Zu Straszburg bey Balthassar Beck.

La dédicace à Albert (IV dit le Bel), duc de Mecklembourg, prince de Vendalie, comte de Schwerin, Rostock et Stargard, est datée du 1^{er} septembre 1541.

Cet in-folio de 73 feuillets, imprimé en caractères gothiques, se trouve à la bibliothèque Mazarine, n° 4465. Il contient, plusieurs fois répétées, dix-neuf figures qui, suivant Douglas (*Bibl. anat.*, 2^e édit., 1634, p. 91), auraient été publiées séparément à Strasbourg, avec explications en langue

server M. Pierret (voy. pour les détails *Soc. de biol.*, p. 827). Comme les auteurs allemands, il a vu une véritable méningite avec exsudats tout à fait comparables aux pseudo-membranes diphthériques. Les lésions avaient leur maximum à la région lombaire, le malade était paraplégique; il avait succombé à des phénomènes pulmonaires et cardiaques semblant dépendre de troubles de l'innervation par les pneumo-gastriques, et au niveau de l'origine de ces nerfs existaient des lésions. Ces altérations des méninges, nous dit-il, compriment les racines antérieures, tantôt les racines postérieures, tantôt les deux systèmes à la fois, pourraient expliquer l'existence isolée ou simultanée des paralysies motrices et sensitives; peut-être même aussi faudrait-il faire jouer un rôle à l'oblitération des petits vaisseaux qui rampent dans la pie-mère. Quoi qu'il en soit, c'est là un fait nouveau qui, rapproché de ceux déjà connus, paraît montrer la voie dans laquelle devront être dirigées les recherches.

Il y a cependant une objection qui se présente tout de suite: la méningite diphthérique ne peut guère se comprendre comme telle qu'en tant qu'elle se développe dans le cours même de l'affection; or les paralysies apparaissent presque toujours pendant la convalescence et même à une époque assez éloignée, comme MM. Laborde et Houel en ont cité des cas à la Société de biologie; il devient donc difficile d'expliquer le rapport de causalité entre la méningite et les paralysies. C'est là évidemment le point obscur. Peut-être ces fausses membranes des méninges n'évoluent-elles pas comme celles des muqueuses? Peut-être pour qu'il y ait paralysie est-il nécessaire qu'elles aient atteint un grand degré de développement et compriment les racines nerveuses? Ce sont là des points à élucider.

Quoi qu'il en soit, l'observation de M. Pierret a une grande valeur, et montre qu'il y a là encore toute une classe de paralysies dont l'origine cérébro-spinale tend à devenir évidente.

H. Gu.

Les exigences d'un comité secret, dans lequel on a entendu un rapport piquant et quelque peu humoristique de M. Lasègue sur les candidatures à la place vacante qui sera remplie mardi prochain, a raccourci la séance publique de l'Académie de médecine. Mais le temps resté disponible a été bien rempli par deux communications: l'une, de M. le docteur Gillette, sur l'*ovariotomie*; l'autre, de M. Pualet, professeur au Val-de-Grâce, sur l'*anatomie du périmé*.

allemande, sans titre, avec cette courte préface au bienveillant lecteur: « Ici je t'ai mis sous les yeux ce qu'il y a d'essentiel dans l'anatomie, la véritable anatomie, avec la représentation des organes externes et internes... publiée pour la première fois en langue allemande, comme il n'a jamais été fait, ni vu, ni lu jusqu'à ces temps. »

Ces mêmes figures de Ryff, au nombre de dix-neuf, ont été exactement reproduites à Paris, chez Christian Wechel, en 1543, avec texte latin, sous ce titre: *Anatomia omnium corporis partium descriptio, pictura lineamentis singula membra ad vivum exprimens in tabulis redacta, opera et diligentia M. Gualleri. H. Ryff, argentini medici.*

Quibus premissi sunt Phlebotomia Canones aliquot... opera ejusdem.

La première figure a pour sujet: *Omnium hum. corp. interiorum membrorum seu viscerum ocularis descriptio.* Dans les cavités thoraciques et abdominales ouvertes d'un corps d'homme assis, Ryff a logé trois planches de Dryander:

M. Gillette n'a eu d'autre prétention que de grossir de deux unités le bilan déjà si riche des succès de l'ovariotomie. Les observations qu'il a exposées, avec deux sortes de pièces à l'appui, à savoir: les kystes enlevés et les sujets opérés, empruntent un intérêt particulier au volume des tumeurs et à certaines circonstances de l'opération. Nous les résumons au compte rendu de la séance.

Le mémoire de M. Pualet, quoique portant sur un sujet plus rebattu encore et surtout plus vieux que l'extirpation des kystes ovariens, a beaucoup d'originalité. En interrogeant l'anatomie comparée, l'auteur s'est appliqué à mieux préciser la disposition et les usages des muscles qui concourent à former le plancher périnéal, et se croit en mesure de redresser sur plusieurs points l'opinion courante. Ce mémoire de M. Pualet, bien composé, bien écrit et bien lu, ajoutera à la valeur de ses titres de candidature, car l'auteur est candidat à la place vacante de la section d'anatomie et de physiologie.

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiologie expérimentale.

DES ERREURS QUI ONT PU ÊTRE COMMISES DANS LES EXPÉRIENCES PHYSIOLOGIQUES PAR L'EMPLOI DE L'ÉLECTRICITÉ, par le docteur ONIMUS.

Dans la plupart des recherches physiologiques, on se sert de courants électriques, soit pour faire contracter des substances contractiles, soit pour reconnaître la fonction et le rôle des éléments nerveux; on peut même dire, d'une façon générale, que l'électricité est employée pour exciter le fonctionnement de tous les organes, et que l'on considère comme action réelle et physiologique de tout organe celle qui se manifeste à la suite de l'électricité. Ainsi, pour prendre les exemples les plus communs, si pendant qu'on agit sur un filet nerveux avec un courant électrique, on voit des muscles se contracter, on en déduit aussitôt que ce nerf est moteur et que ses terminaisons se distribuent aux muscles qui se contractent; s'il y a des phénomènes de douleur, on en conclut, et avec raison, qu'il y a dans ce tronc nerveux des fibres sensitives; en un mot, l'électrisation remplace et supplée l'action normale, et nous connaissons les fonctions des organes par les résultats que nous donne ce mode d'excitation. Cette conclusion est admise par tous les médecins, et l'on pourrait presque dire qu'elle est passée à l'état d'axiome physiologique. Cependant nous croyons devoir faire des réserves à ce sujet, et nous voulons justement montrer que l'on a trop souvent et trop vite confondu l'excitation électrique

On y reconnaît facilement, en effet, le cœur avec ses deux incisions ventriculaires (feuille 39 de l'*Anatomia Mundini*); l'estomac, le foie et la rate, avec la masse intestinale rejetée sur le côté (feuille 15) pour montrer les organes de la génération (feuille 24).

La deuxième figure: *Generatiois membra in muliebri sexu.* Dans la cavité abdominale ouverte d'un corps de femme faisant pendant à la figure précédente, se retrouvent les organes de la génération de la femme du feuillet 25 du même livre de Dryander.

La troisième, *Omnium venarum hum. corp. ocularis demonstratio*, est une mauvaise reproduction de la seconde des six premières planches de Vésale. Le foie est sur la ligne médiane. Naturellement la rate et la veine porte, qui formaient la première planche de Vésale, manquent ici.

La quatrième, *Arteria magna aorti ex sinistro cordis sinu oriens et vitalem spiritum toti corpori deferens, naturaliter calorem per contractionem et dilatationem temperans, est*

avec l'activité réelle des tissus. Il est nécessaire, dans tous les cas, de bien préciser les conditions de cette excitation, car c'est justement cette ignorance ou ce dédain pour ces détails qui, d'après nous, ont causé des erreurs dans l'interprétation des faits expérimentaux.

L'excitation déterminée par les courants électriques est loin d'être simple, et d'ailleurs elle varie selon la source d'électricité. Aussi une des premières conditions, lorsqu'on relate une expérience physiologique, est de bien préciser l'appareil dont on se sert et comment on s'en sert. Rien de plus confus, sous ce rapport, que les renseignements fournis dans les expériences faites au commencement de ce siècle et jusqu'à ces dernières années. On emploie indistinctement et comme absolument synonymes les mots d'électrisation, galvanisation, faradisation, courant intermittent, induction, etc., et cependant l'excitation déterminée dans ces divers cas, est différente et peut avoir sur les muscles et sur les nerfs des effets absolument opposés. Que de fois, dans les livres de physiologie les plus classiques, le mot de galvanisation est mis à la place des mots : électrisation par courants induits ! Il est donc important de bien préciser la valeur de tous ces mots et de ne plus les employer indistinctement et sans y attacher un sens défini.

Pour les recherches physiologiques, comme pour les applications cliniques, on doit diviser les courants électriques en deux grandes classes : 1° ceux qui agissent sous forme d'électricité à tension ; 2° ceux qui ont une action chimique. Les premiers renferment les courants provenant des appareils à frottement et des appareils à induction ; les seconds comprennent tous les courants qui proviennent directement des piles. Ceux-ci sont désignés sous le nom de galvanisation, courants continus, courants constants, courants de la pile. La meilleure dénomination pour les autres est celle de courants induits.

Nous allons, pour chacune de ces deux grandes classes, étudier successivement : 1° la nature de l'excitation ; 2° le nombre d'excitations en un temps donné ; 3° l'influence de l'intensité et de la durée ; 4° la localisation.

On verra par cette étude combien les effets physiologiques peuvent être différents selon le mode d'emploi des courants, selon les appareils, etc., et que, par conséquent, les conclusions qu'on tire de ces recherches peuvent souvent être erronées, pour cette unique raison.

ÉLECTRICITÉ À TENSION.

Nature de l'excitation. — D'une manière générale, l'excitation produite par la bouteille de Leyde, par les étincelles de la machine à frottement, par le courant d'un appareil induit quelconque, que l'induction soit produite par une pile ou par aimant, cette excitation, dis-je, est un ébranlement méca-

nique, un choc moléculaire. Ainsi, chaque fois que nous agissons avec un courant électrique de ce genre sur un nerf ou sur un muscle, nous changeons brusquement et énergiquement l'état dynamique de ces organes. C'est ce changement, cet ébranlement qui produit l'excitation.

La bouteille de Leyde, pour les expériences physiologiques, donnerait les courants les plus nets et ceux dont les indications seraient les plus précises. Sa décharge, en effet, est isolée, se localise facilement et il est aisé de savoir toujours si l'électricité qui est employée est positive ou négative ; mais son maniement est difficile, fastidieux, et l'on y a renoncé. Seulement on l'a remplacée par les appareils induits, où, comme nous le verrons, l'excitation est plus compliquée, quoiqu'on ait cru, la plupart du temps, qu'elle était simple et qu'elle ne différait en rien des autres modes d'électrisation.

En résumé, tout courant induit lancé dans un tissu produit chaque fois un choc moléculaire rapide et instantané ; si en l'espace d'une minute il se produit un seul courant, il n'y aura qu'une seule excitation ; s'il s'en produit 10, 20, 100, 1000, il y a aura 10, 20, 100, 1000 chocs successifs, et par conséquent on aura déterminé le même nombre de sollicitations à l'activité de ces organes.

Du nombre d'excitations en un temps donné. — De toutes les conditions de l'excitation électrique celle-ci est la plus importante. On se figure volontiers et naturellement qu'en appliquant sur un nerf pendant une minute le courant d'un appareil induit on a produit une excitation simple ; eh bien ! non : on a produit près de 2000 excitations ! c'est-à-dire qu'on a sollicité l'activité de ce nerf et des organes qui sont en relations avec lui par ses filets terminaux, deux mille fois en une seule minute. Le calcul est facile à faire : tous les appareils induits dont on se sert donnent au minimum 30 à 35 vibrations par seconde (1) (nous ne comptons même que les courants d'ouverture, car si nous tenions compte des courants de fermeture, qui, de fait, agissent également, nous devrions calculer le double de courants et d'excitations). C'est donc une succession rapide d'excitations et de mises en activité des organes que nous produisons ainsi, et il s'agit de savoir jusqu'à quel point ces conditions artificielles concordent avec l'état physiologique.

La volonté pouvant déterminer facilement l'état tétanique doit donc aussi produire une série de secousses musculaires qui se fusionnent par la rapidité même de leur succession ; l'existence du son qui accompagne la contraction volontaire prouve évidemment que le muscle vibre dans l'intimité de son tissu. La tonalité de ce son correspond à une fréquence de 32 à 35 vibrations par seconde.

(1) La plupart des appareils induits dont on se sert dans les laboratoires amènent la tétanisation des muscles. Or, pour produire l'état tétanique des muscles, il faut au minimum 30 vibrations par seconde. Les chiffres que nous prenons pour base de notre calcul sont donc peu élevés.

aussi une reproduction des premières planches de Vésale, qui avait admis pour la grande artère 187 branches. Ryff, bien entendu, conserve ce nombre, mais il ajoute à la planche de Vésale le cœur aux incisions ventriculaires de Dryander et fait représenter d'une façon grotesque les détails de la tête qu'il ne pouvait comprendre.

Les deux écorchés (*a fronte* et *a tergo*) qui viennent ensuite, destinés à montrer tous les muscles du corps situés immédiatement sous la peau, ont peut-être été imités de Béanger de Carpi, mais ils ne sont pas copiés cette fois.

Quant aux figures de l'anatomie de la tête, neuf sur dix sont la reproduction exacte de celles de Dryander. Ryff a laissé de côté la onzième et la douzième, parce qu'elles étaient un peu trop spéciales, et il a remplacé la cinquième, trop difficile à comprendre pour lui, par une autre à moitié copiée (*Cranium a substantia cerebri evacuatam*).

Ces figures de l'anatomie de la tête humaine, au nombre de dix pour Ryff (Dryander en a douze), ont dû leur succès à leur

plus grand format. En effet, leur dessin paraît plus correct au premier abord ; mais on s'aperçoit bientôt, eu les examinant plus attentivement, qu'elles sont inférieures à celles dont il s'est servi. Une remarque encore : les instruments qui accompagnent les deux premières figures de Ryff sont les mêmes qui se trouvaient déjà dans les planches correspondantes de Dryander, publiées en 1536 et 1537.

Enfin les trois squelettes (*Hum. corp. ossa parte anteriori expressa*, Σελήνας *a tergo delineatum*, *Lateralis scilicet figura designatio*), sont de très-grossières reproductions des squelettes des six premières planches de Vésale maladroïtement réduits à de moindres proportions. On y a conservé les lettres explicatives, les explications et le distique sur le nombre des os.

Ainsi Ryff a tout copié. Il n'était pas anatomiste et l'on s'accorde à dire qu'il vivait de compilations. Wechel n'en savait probablement rien, et dans sa publication il a vu seulement l'utilité qui en résulterait pour l'étude de l'anatomie. Il dit dans sa préface au lecteur qu'avec ces planches et les

On retrouve également ces vibrations dans le tétanos produit par la strychnine et dans les contractions que l'on détermine par l'irritation mécanique des filets nerveux.

Donc, chaque fois qu'on met un muscle en contraction permanente on détermine une série nombreuse d'excitations, et la volonté, aussi bien qu'une compression des nerfs, qu'une irritation pathologique ou que l'électrisation par les courants induits, produit, non pas une excitation simple, mais près de 2000 excitations ou mises en activité par minute.

Une excitation des tissus nerveux ou des muscles qui n'aurait pas ces intermittences rapides ne produirait jamais la contraction permanente, et la meilleure preuve est fournie par l'influence des courants continus, qui malgré leur action puissante ne déterminent de contraction qu'au moment de leur interruption.

La conclusion qui ressort de ces faits est que toute activité nerveuse qui se traduit par une contraction durable est le résultat d'une série d'excitations.

Il doit en être de même pour les phénomènes qui se passent dans les nerfs sensitifs; car pour que la sensation que nous éprouvons soit une et nous donne une impression continue, il faut que le nombre de mises en activité du nerf sensitif et de la cellule sensitive soit au moins de 30 par seconde. Nous nous fondons pour établir ce chiffre sur ce que la vitesse du courant nerveux étant de 30 mètres par seconde, on peut admettre qu'une sensation périphérique pour arriver jusqu'à la moelle mette $1/30^e$ de seconde; par conséquent lorsqu'une sensation a une certaine durée et a été continue, il faut qu'il existe une excitation au moins tous les trentième de seconde, ou, en d'autres termes, qu'il y ait 30 excitations par seconde.

Ce chiffre se rapproche beaucoup de celui qu'on a pu mesurer plus exactement pour les nerfs moteurs, et en tenant compte des légères causes d'erreurs qui se trouvent forcément dans ce calcul, on est en droit d'admettre que ces phénomènes d'activité sont les mêmes pour les nerfs moteurs et les nerfs sensitifs.

Revenons à nos conditions d'excitation des courants électriques. Nous avons dit que les appareils dont on se servait d'ordinaire dans les recherches physiologiques et dans les applications cliniques donnaient au moins de 30 à 35 interruptions par seconde; et d'un autre côté nous venons de voir que normalement c'est dans des proportions analogues que se font les excitations des nerfs périphériques. Nous pouvons en conclure légitimement que les courants induits appliqués sur des tissus nerveux ou sur des muscles reproduisent assez exactement les conditions physiologiques. Les expériences faites sous ce rapport ne peuvent donc être entachées d'erreur.

Mais il est tout un autre ordre de fonctionnement du système nerveux et musculaire où les conditions sont différentes et où les erreurs sont possibles : nous voulons parler, des mouve-

ments *rhythmiques* et en dehors des modes d'activité des nerfs spinaux, des muscles des membres, et en un mot des organes de la vie animale. Il nous reste à examiner l'influence que les courants induits peuvent produire sur les organes de la vie végétative.

Au point de vue fonctionnel, il y a une distinction importante à faire entre les éléments nerveux qui n'entrent en activité que momentanément, et ceux qui sont constamment en activité. Pour les premiers, on peut poser en principe qu'ils peuvent agir pendant un temps assez considérable et qu'ils ne s'épuisent qu'à la longue, mais qu'une fois épuisés ils mettront une période de temps très-longue pour se rétablir; tandis que le contraire a lieu pour les éléments nerveux qui fonctionnent constamment : ils sont rapidement épuisés, mais ils reprennent tout aussi rapidement leurs fonctions.

Comparons, par exemple, une cellule de la moelle et une cellule ganglionnaire du cœur. La première pourra rester des journées entières sans entrer en activité; mais si elle vient à y être sollicitée elle pourra rester plusieurs heures sans interruption dans ce même état d'activité; une fois épuisée il faudra de nouveau beaucoup de temps pour qu'elle reprenne toute sa vitalité, et si l'excitation continue alors que l'épuisement arrive, elle n'aura pas la force de réagir, et elle se paralysera complètement et finira même par s'altérer et par perdre toutes ses propriétés.

La cellule ganglionnaire du cœur, au contraire, ne reste jamais dans un repos absolu; elle ne peut accumuler une grande quantité de forces en réserve, car elle dispose de sa puissance vitale dès que celle-ci a l'énergie suffisante pour se manifester. Elle entre en activité, à peu de chose près, toutes les minutes; son temps de repos ne dure que l'instant nécessaire pour se nourrir et pour acquiescer les forces qu'elle va user dans son fonctionnement prochain. Aussi réciproquement ne peut-elle rester en activité qu'un temps très-court; si artificiellement on cherche à la maintenir en activité permanente, c'est qu'aussitôt elle a donné toute sa puissance; elle reste épuisée et fonctionnellement anéantie, car elle ne peut se mettre qu'un moment imperceptible dans cet état d'értisme artificiel. Elle donne en un clin d'œil tout ce qu'elle peut donner, et l'on ne peut rien lui demander de plus. Par contre, faites cesser l'excitation artificielle, et il ne lui faudra qu'une minute pour reprendre son fonctionnement et recouvrer toute sa vitalité; elle a, en effet, la faculté d'acquiescer vite et de dépenser aussitôt; et c'est pour cela que les excitants n'agissent pas sur elles de la même façon que sur une cellule nerveuse spinale.

C'est cette propriété de ne pouvoir rester en activité permanente et de ne pouvoir, d'un autre côté, faire pour ainsi dire des économies de forces, qui caractérise toutes les cellules nerveuses qui remplissent des fonctions rhythmiques. Les prin-

quatre livres des *Institutions anatomiques* de Guinter d'Aundernach il sera beaucoup plus facile de comprendre, d'apprendre et de retenir les plus minutieuses particularités du corps humain : la place et la figure de tous les os, les rameaux des veines, des artères et des nerfs, les connexions des muscles avec tous les autres organes, intérieurs et extérieurs...

Ainsi Lauth (*Hist. de l'anat.*, p. 366) se trompe quand il dit que Ryff « a recommandé la lecture de l'anatomie de Guinter et que c'est sans doute pour cette raison qu'il n'a pas décrit lui-même beaucoup d'organes dont il donne la figure. » C'est Wechel, comme on vient de le voir, qui a parlé de Guinter.

Je dois ajouter qu'il n'y a pas eu de traduction française du livre de Ryff, comme quelques auteurs l'ont écrit, et à propos d'erreurs, qu'on me permette en passant d'en relever une bien autrement grave qui s'est glissée dans le Dict. ENCycl. DES SC. MÉD., t. IV, p. 226, où il est question des « *Tabulæ* de Louis Vassæus, de Châlons (1540), qui se font

surtout remarquer par une finesse extrême et par une expression nette des plus petits détails. » Or ces *Tabulæ* sont des tableaux très-complets (et non pas des figures) où Loys Wassé a résumé ce que Galien et d'autres savants avaient écrit sur l'anatomie pour rendre plus facile la voie qui conduit au divin ouvrage de Galien sur l'usage des parties du corps humain. C'est la phrase de Douglas (*Bibl. anat.*, p. 73) : *He tabulæ adeo sunt gratiores quod nulla fere in corpore tam minuta pars sit que ibi non pervestigatur*, qui, traduite trop légèrement, a fait tout le mal. Eloy (*Dict. hist. de la méd.*, 1755, t. II, p. 438) ne s'y était pas laissé prendre.

Voici sa traduction : « Il n'y a presque pas une partie du corps humain, si petite qu'elle soit, dont on ne trouve une description dans ces tables. » Après le titre du livre : *Ludovicij Vassæi catalanensis in anatomie corporis humani tabulæ quatuor*, Lutet., 1540, Douglas ajoute que Jean Canappe en a donné en 1555, à Paris, une édition en français dans laquelle l'ordre suivi par l'auteur a été un peu modifié : mais de figures point.

cipaux types nous sont fournis par les mouvements du cœur et par ceux de la respiration, et il est certain que les expériences faites sur ces organes doivent tenir compte de ces conditions spéciales.

Quand sur un nerf rachidien nous déterminons 35 excitations par seconde, nous ne sortons pas des conditions physiologiques, et notre mise en activité artificielle se rapproche de ce qui a lieu normalement; mais lorsque nous venons appliquer les mêmes courants sur un système nerveux qui fonctionne automatiquement et d'une façon rythmique, il n'en est plus ainsi et nous sortons complètement des conditions ordinaires du fonctionnement de ces organes. On ne saurait assez le répéter : le nerf qui provoque et maintient la contraction d'un muscle de la vie animale détermine 32 excitations successives ou 32 secousses musculaires par seconde, tandis que le pneumogastrique, par exemple, n'est conducteur d'une excitation qu'environ une fois par seconde, il ne provoque qu'une seule secousse, et lorsque sur ce nerf on vient déterminer 35 excitations dans ce même espace de temps, on sort absolument des conditions normales. Est-il permis dans ce cas d'assimiler les effets obtenus par l'excitation artificielle à ceux qui ont lieu physiologiquement? Évidemment, non! De ce que des courants induits, c'est-à-dire 2000 excitations par minute, appliqués sur le pneumogastrique arrêtent le cœur, peut-on en conclure avec raison que la fonction physiologique du pneumogastrique est d'arrêter le cœur? Nous en doutons, et la seule conclusion qui soit exacte est de dire que 2000 excitations par minute portées sur ce nerf arrêtent le cœur.

Les conséquences de cette seule expérience ont été immenses, et sans parler du pneumogastrique et des mouvements du cœur, sur lesquels nous reviendrons, on s'est fondé sur ces faits pour admettre ce qui eût paru inacceptable autrefois aux physiologistes, *des nerfs d'arrêt*. Nous ne voulons pas insister sur ce que cette idée a théoriquement de contradictoire avec tout ce que nous savons des phénomènes organiques, et nous ne saurions nous figurer par quel procédé l'excitation d'un nerf, qui a toujours pour résultat la mise en activité des organes qui sont en relation avec ses filets terminaux, peut arriver à produire un arrêt réel. Nous nous élevons surtout ici contre l'opinion qui admet des nerfs dont la fonction d'arrêt, analogue à celle des nerfs moteurs ou des nerfs sensitifs, et contre l'idée qui veut dans chaque organe retrouver pour ainsi dire un système organique analogue au frein des machines. Nous pourrions montrer l'inconséquence de cette théorie dans bien des cas et surtout son inutilité, mais nous voulons rester sur le domaine des faits, et nous mettons au défi les partisans des nerfs d'arrêt de nous donner une expérience probante, dans laquelle les phénomènes d'arrêt ne sont pas le résultat d'une perturbation ou de modifications dans les conditions normales. Certes, il existe des phénomènes d'arrêt, et on les retrouve

dans toutes les fonctions rythmiques. En pathologie nerveuse, bien des symptômes sont le résultat d'actions de ce genre, et cette idée émise et soutenue par M. Brown-Séquard nous paraît des plus importantes et des plus exactes. Bien des lésions du système nerveux central agissent par une influence de ce genre, en déterminant à distance soit des contractures, soit des paralysies. Mais il ne faut pas confondre ces phénomènes d'arrêt avec tout un système nerveux dont la fonction serait uniquement et spécialement d'arrêter des mouvements normaux et dont l'activité physiologique serait la suspension d'action des organes qui sont sous sa dépendance.

Les expériences avec les courants électriques sur le nerf pneumogastrique peuvent nous donner précisément des indications précieuses sur les phénomènes d'arrêt. Voici, en effet, un appareil organique qui fonctionne d'une façon régulière, dont toutes les parties sont reliées entre elles par des actes coordonnés et sympathiques, appareil qui a la propriété d'entrer en action à des intervalles égaux, de lui-même et dès qu'il a acquis la puissance voulue. Normalement, cette mise en activité se fait à peu près 60 à 100 fois par minute; mais si l'on vient dans ce même temps provoquer 2000 excitations, l'équilibre est évidemment rompu et la perturbation produite dans ces mouvements coordonnés se traduit par un phénomène d'arrêt. Donc, chaque fois qu'artificiellement ou pathologiquement on déterminera une série d'excitations, on produira des troubles dans le fonctionnement physiologique, troubles qui souvent se manifesteront par des phénomènes d'arrêt. Dans un mécanisme même grossier, dans le plus ordinaire des échappements d'horlogerie, on produira les mêmes troubles si l'on vient à changer brusquement l'ordre et le nombre des mouvements; et qui donc oserait dans ces cas en conclure que ces secousses ainsi imprimées sont identiques à l'action des ressorts et peuvent remplir un rôle nécessaire? Ici aussi on aura produit un phénomène d'arrêt, et c'est dans ce sens que l'expression d'arrêt nous semble devoir être employée dans le langage médical et physiologique.

Les expériences viennent confirmer cette manière de voir. Il y a déjà quelques années, avec notre bien regretté ami Ch. Legros, nous avons vu que lorsqu'on diminuait le nombre des intermittences des courants induits on n'arrivait pas à arrêter le cœur, et c'est même pour pouvoir terminer avec exactitude le nombre d'excitations en un temps donné, que nous avons fait construire un appareil induit où l'on peut régler mathématiquement le nombre des intermittences; avec cet appareil on peut à volonté déterminer le nombre d'intermittences par minute, et par conséquent varier comme on le désire le nombre d'excitations en un temps donné.

(A suivre.)

Enfin, au mois de mars 1542, Christian Egenolf fit paraître à Francfort un autre ouvrage de Dryander en allemand : *Der gantz Artzney gemeiner Inhalt*, in-folio de 110 feuillets que je n'ai pu me procurer. Il est décrit par Choulant (ouvr. cit.), il contiendrait un grand nombre de figures prises de tous côtés dans différents auteurs. C'est sans doute ce dernier ouvrage qui a fait dire à Malgaigne (Introd. aux Œuvres complètes d'Ambroise Paré, p. ccvii) que « Dryander publica in allemand, de 1538 à 1547, des traités d'anatomie et de médecine où il semble avoir pris pour guides les arabistes des écoles italiennes ». D'après les descriptions qui précèdent, on peut juger de l'inexactitude de cette appréciation.

Cette revue, dont on voudra bien nous pardonner la longueur, va nous permettre d'établir avec sûreté les conclusions suivantes :

Les planches de Carpus (Béranger de Carpi) ont paru à Bologne en 1521, dans les *Commentaires sur l'anatomie* de Mondini, et en 1523 dans l'*Isagoge*. Destinées à des in-8, elles

sont malheureusement trop petites. Malgré cela, il faut reconnaître qu'elles sont très-remarquables par la hardiesse du dessin, et presque toutes fort belles au point de vue artistique. Autre édition moins bonne pour les figures : *Anatomia Carpi*.

Jean Dryander a donné les douze planches de l'anatomie de la tête, et les quatre planches sur la cavité de la poitrine en 1536 et 1537, à Marbourg.

Les six premières planches de Vésale, dessinées par Jean de Calcar, imprimées et publiées à Venise, sont de 1538.

On sait que, malgré le privilège de l'empereur, du roi de France et de la république de Venise, qui devait les couvrir, ces planches ont été l'objet d'indignes contrefaçons, dont Vésale se plaint amèrement dans la lettre (septembre 1542) à son illustre ami Oporin, professeur de langue grecque à Bâle, pour l'impression de ses deux ouvrages d'anatomie parus en 1543 : *De humani corporis fabrica, libri septem*, et leur *Epitome*. Voici ce qu'on y trouve à l'adresse de Ryff : *Caterum Argentinensis ille quem Fuchsus (Apologia adversus*

Pathologie externe.

OSTÉO-SARCOME DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU RADIUS.
DÉSARTICULATION DU COUDE, par M. CHAUVEL, professeur agrégé à l'école du Val-de-Grâce.

Quelle est la conduite à tenir en présence d'une tumeur maligne (sarcome, carcinome) envahissant un des os des membres ? Faut-il pratiquer l'amputation dans la continuité, lorsque l'état des parties le permet ? Doit-on, au contraire, quel que soit le siège de la tumeur, recourir à la désarticulation dans la jointure immédiatement supérieure, pour se mettre plus sûrement à l'abri d'une récidive ? Telle est la question que nous avons eue à résoudre dans le cas suivant. L'observation, très-complète, a été recueillie par M. le docteur Navarre, aide-major stagiaire attaché au service.

M. Sch..., âgé de quarante et un ans, lieutenant au 31^e régiment d'artillerie, d'une forte constitution, très-robuste, tempérament sanguin, entre au Val-de-Grâce, le 29 juillet 1876. Pas d'antécédents héréditaires, pas de syphilis antérieure. Rhumatisme articulaire aigu généralisé en 1870. Au mois d'octobre 1875, en montant à cheval, M. Sch... ressentit une vive douleur dans la partie inférieure de l'avant-bras droit, immédiatement au-dessus du poignet. Cette douleur, que le malade compare à celle de l'entorse, se calma bientôt, et ne se fit plus sentir que sous l'influence de la pression. Le poignet n'était ni rouge, ni tuméfié; les mouvements seuls étaient un peu douloureux.

Dans le courant de janvier 1876, le malade fit une chute dans un escalier, et le dos de la main droite porta sur le sol. Quelques heures après l'accident, gonflement de la main et du poignet, remontant jusqu'au milieu de l'avant-bras. Mouvements difficiles et douloureux pendant une quinzaine de jours, puis diminution rapide de la douleur et du gonflement. Tous, sans semaines après l'accident, on constate la présence d'une tumeur occupant l'extrémité inférieure du radius, et remontant jusqu'à 5 ou 6 centimètres au-dessus du poignet. Elle occupe toute l'épaisseur de l'os et laisse le cubitus intact. La peau qui la recouvre a conservé sa couleur normale, mais elle est tendue et luisante. La douleur s'est localisée à ce niveau, et se fait sentir vivement par une pression même légère. Les mouvements de flexion et d'extension de la main s'exécutent librement et sans gêne, les mouvements de rotation et de latéralité sont difficiles et un peu douloureux.

Applications d'eau sédative, d'huile camphrée. La tumeur reste stationnaire jusqu'au mois de mai. A cette époque, nouveau traumatisme. Une barre de fer, du poids de 15 à 20 kilogrammes, tombe sur l'avant-bras malade, produisant une violente douleur. A la suite de cet accident, la tumeur prend rapidement un développement considérable; des douleurs spontanées, très-vives, empêchent le sommeil; la plus légère pression est insupportable. Des bains émollients, des applications de pomades iodurée et belladonnaire, restent sans effet, et le malade est envoyé à l'hôpital du Val-de-Grâce, le 29 juillet.

A son entrée, nous constatons un gonflement considérable, occu-

pant le tiers inférieur de l'avant-bras droit. La tuméfaction, de forme ovalaire et assez régulière, est limitée en bas par l'articulation du poignet; en haut, elle se prolonge jusqu'à 12 centimètres au-dessus de la jointure. La peau est tendre, luisante, d'un rouge violacé, les veines superficielles dilatées. Les muscles et leurs tendons, les vaisseaux artériels, sont soulevés par la tumeur; les mouvements des doigts, les mouvements de flexion et d'extension de la main s'exécutent assez bien et sans beaucoup de douleur, mais les mouvements de pronation et de supination sont impossibles. La palpation montre que la tumeur fait corps avec le radius, dans l'extrémité inférieure duquel elle s'est développée; le cubitus peut être suivi par le doigt dans toute sa longueur, et ne paraît que peu altéré. La tumeur est dure, mais avec un certain degré d'élasticité, bosselée, plus molle au niveau de ces bosselles, et très-sensible à la pression. Nulle part on ne sent le bruit de parchemin.

Au niveau du poignet, la circonférence du membre est de 22 centimètres; 27 centimètres au milieu de la tumeur; 21 centimètres 1/2 au-dessus.

Il était évident que nous avions affaire à une tumeur maligne, probablement à un sarcome de l'extrémité inférieure du radius, sarcome encore enkysté et n'ayant pas envahi les parties molles. Les ganglions de l'aisselle n'étaient pas tuméfiés, le ganglion épitrochléon normal, l'amputation était indiquée. Aucun signe de lésion viscérale.

Une application de pomade au nitrate d'argent, puis de pointes de feu, démontra au malade qu'il n'y avait rien à espérer d'un traitement résolutif. Sur nos instances, la tumeur continuant de s'accroître, il se décida pour l'amputation.

Le 17 août, je pratiquai la désarticulation du coude par la méthode circulaire, en faisant la section cutanée au côté externe de l'avant-bras, deux doigts plus bas qu'au côté interne. Pour obtenir l'ischémie, j'avais appliqué la bande élastique d'Esmarch, jusqu'à la partie supérieure du bras, mais au lieu d'enrouler le tube de caoutchouc sur les derniers tours de la bande, je me contentai de serrer ceux-ci un peu plus fortement et de les arrêter par une simple rosette.

Avant de pratiquer la désarticulation, je mis la tumeur à jour par une large incision, pour m'assurer de sa nature. Elle présentait tous les caractères du sarcome carcinomateux, presque de l'encéphaloïde; je n'hésitai pas à porter le couteau jusque dans la jointure supérieure, au lieu d'amputer dans la continuité.

L'opération ne présenta aucune particularité. L'ischémie était parfaite, l'artère humérale fut saisie et liée, et la bande élastique déroulée lentement. L'hémorrhagie post-opératoire fut comme d'habitude après l'ischémie artificielle, excessivement abondante, et je dus lier sept à huit petits vaisseaux, et attendre près de vingt minutes pour appliquer le pansement ouaté. L'opéré resta toute la journée sous l'influence du chloroforme (nausées, céphalalgie), et l'estomac ne put supporter aucune nourriture avant le lendemain matin. Température du matin, 37° 2, du soir, 38° 1.

Le 18 août, douleurs dans le moignon. Température du matin, 38 degrés. Dans la journée, je fus appelé pour une hémorrhagie. Les bandes extérieures avaient été traversées par le sang. Les ayant enlevées, je pus constater que le sang ayant fusé entre la ouate et la face interne du bras, était venu sortir dans le creux

Gualtherum Ruffinum, Basileæ, 1536, in-8) tantis conviciis ob quedam denuo transcripta proscindit quemque ego longe alio jure quam ipse plagarium appellare possem, de studiis pessime est meritis, quod tabulas, que nunquam satis magnæ studiosis proponi poterunt, tam fæde contraxerit et turpissime pictas ac præter omnium rationem circumscriptas cum Augustani versione tanquam suas emisit. Seulement il ne faudrait pas traduire et turpissime pictas par et de les barbouiller de hideux coloriages, comme l'a fait Firmin Didot (Essai sur la gravure sur bois, p. 90); turpissime pictas veut dire simplement très-mal dessinées.

Vésale fait ensuite allusion aux ouvrages de Dryander, publiés par Christian Egenolf, à Marbourg, 1541, et à Francfort, mars 1542; mais il y a une nuance au commencement de la phrase que personne n'a songé à faire ressortir: *Hujus gloria in invidere visus est, qui undicumque citra delectum compilatis ex aliorum libris, imaginibus Marpurgi et Francofordiæ ejus generis libros adhuc emittere pergit.*

Malgré la nuance, Dryander garda rancune à Vésale de ce reproche, peut-être un peu sévère, et dans la suite, comme tant d'autres, il se donna le malin plaisir de critiquer les découvertes de son jeune et redoutable rival, qui devait rester le grand réformateur de l'anatomie.

D^r E. TURNER.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS. — M. Hébert de la Rousselière, docteur en médecine, est institué chef des travaux chimiques.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — M. Lahaye (Jules-Pierre) est institué prosecteur. — M. Berlet, secrétaire agent comptable, est nommé bibliothécaire. — M. Lapeyre (Jean-Numa), docteur en médecine, est institué suppléant des chaires de médecine. — M. Dianoux (Edouard-Victor-Gustave), docteur en médecine, est institué suppléant des chaires de chirurgie.

de l'aisselle. L'écoulement étant arrêté, je me contentai de détacher toute la ouate qui enveloppait le bras, et je laissai en place les boulettes de coton tassées à l'intérieur de la manchette et fortement adhérentes. L'air dessus s'appliqua de la charpie imbibée d'alcool pléniqué et une bande roulée. Température du soir, 38 degrés.

Le 19, l'appétit revient, aucune douleur dans le moignon. Température du matin, 37°, 8; du soir, 38 degrés.

Le 20, température du matin, 37°, 8; du soir, 38 degrés.

Le 21, température du matin, 37°, 2; du soir, 37°, 4.

Je renouvelle le pansement, en laissant en place la ouate que la suppuration n'a pas encore détachée. État général excellent.

Le 26, douleurs dans le moignon, insomnie. Les bords de la plaie sont durs, tuméfiés et très-sensibles. La manchette s'est considérablement rétractée, et du côté de l'épitrœchèle on trouve des bourgeons livides d'assez mauvais aspect. La suppuration est très-peu abondante.

Le 29, la plaie a complètement changé d'aspect; la suppuration est abondante et de bonne nature, les bourgeons ont pris une teinte rosée, le gonflement et l'induration ont disparu, les surfaces cartilagineuses de la poulie humérale se recouvrent de bourgeons.

Le 4 septembre, le malade ne pouvant plus supporter l'odeur répugnante de l'alcool phéniqué, je panse la plaie avec de la charpie imbibée d'une solution de chloral à 1/100, puis à 1/50. La même solution aqueuse est employée pour faire des injectifs et pour laver la plaie, mais au point de vue de la désinfection son action est complètement nulle. En revanche, le contact de la solution chloralée a déterminé sur toutes les parties de la peau une rougeur érythémateuse, avec sécrétion abondante et vive sensibilité.

Le 13, l'érythème disparaît en saupoudrant les surfaces vives avec de la poudre d'amidon. Pansement sec, suppuration abondante. Deux fils de ligature refusent de se détacher. La plaie se resserre peu à peu.

Le 18, pansement simple. Cautérisation au nitrate d'argent des bourgeons exubérants; on extrait une lamelle cartilagineuse détachée; le dernier des fils à ligature tombe spontanément.

Le 25, on cautérisa avec le nitrate d'argent les parois de la gaine vasculaire, siège principal de la suppuration persistante. On agit de même pour le cul-de-sac postérieur de la manchette, resté fistuleux à la partie externe de la plaie.

Le cul-de-sac formé par les téguments de la partie postérieure du coude, et servant de réceptacle au pus, n'avait pas été ouvert dès le début, comme beaucoup de chirurgiens l'ont conseillé.

Le 7 octobre, ces deux trajets fistuleux persistent malgré plusieurs cautérisations. Le trajet supérieur paraissant tapissé par une membrane organisée, on l'incise dans toute sa longueur; les lèvres en sont écartées et on panse à plat avec de la charpie sèche.

Le 16, le trajet supérieur se comble avec rapidité; incision du trajet fistuleux inférieur et pansement à plat. L'état général est excellent, le malade ne se plaint que d'une légère douleur en arrière du moignon.

Le 16 novembre, le trajet fistuleux inférieur est complètement fermé; la plaie, depuis plus de quinze jours, est complètement cicatrisée; seule la listule supérieure suppure encore et forme une plaie de 2 centimètres 1/2 de longueur sur 1 centimètre de largeur. Le moignon est en parfait état, les surfaces osseuses bien recouvertes et complètement protégées. A son centre une cicatrice solide, de forme circulaire, ayant au plus 1 centimètre 1/2 de diamètre. Les pressions ne sont aucunement douloureuses et un bras artificiel doit être appliqué prochainement.

Le 10 décembre, guérison complète; moignon indolore à la pression, santé générale excellente.

Examen de la tumeur. Autopsie du membre. — L'autopsie du membre confirme notre diagnostic. La tumeur encore enkystée par une mince enveloppe cellulaire s'est développée dans le périoste de l'extrémité inférieure du radius. L'os lui-même a complètement disparu dans son tiers inférieur, et l'on ne trouve plus trace du tissu osseux, ni coque ni débris épars dans la masse morbide. Les parties molles (muscles, tendons, nerfs, vaisseaux) ne participent pas à la dégénérescence, et du côté de l'articulation radio-carpienne, le cartilage est conservé, quoique très-aminci et presque perforé dans quelques points. La jointure du poignet est complètement intacte; malgré son voisinage de la tumeur, elle ne présente aucune altération. Cependant quelques-uns des os de la première rangée du carpe (trapèze, scaphoïde) sont rouges et leur tissu semble raréfié.

Le radius est scié suivant sa longueur. A 5 centimètres au dessous de son extrémité supérieure, la moelle osseuse présente sur une longueur de 2 centimètres environ, une coloration brun foncé, noirâtre, qui tranche sur la couleur jaunâtre qu'elle offre partout ailleurs. Au point correspondant à cette altération, sur la coupe du tissu osseux, on constate la même coloration brune, qui s'étend jusque dans le tissu compacte, mais sur une étendue un peu moindre.

Le cubitus montre quelques altérations dans son tiers inférieur, sur sa face externe, à 3 centimètres au-dessus de l'apophyse styloïde; à ce niveau, il se trouvait en contact avec la tumeur développée dans le radius. En ce point, le périoste est détruit, l'os rugueux, comme rougé, et sur la coupe il présente en quelques points une coloration violacée qui pénètre jusqu'au tissu spongieux. La moelle osseuse n'offre aucune altération dans toute la longueur de cet os.

A l'œil nu, la tumeur présente l'aspect d'un encéphaloïde, à peine ramolli en quelques points, et avec des épandements sanguins interstitiels.

Examen histologique. — Notre collègue F. Poncet classe cette tumeur parmi les *fibro-sarcomes alvéolaires* avec foyers aploplastiques interstitiels. En examinant les coupes faites par cet histologiste distingué, il nous a semblé qu'il existait bien peu de différence entre ce sarcome et le carcinome. De grandes alvéoles, à parois nettes, bourrées de noyaux; çà et là, quelques traçets fibreux.

Nous avons reçu de M. le professeur agrégé A. Laveran qui a bien voulu examiner la partie du radius (tiers supérieur) présentant une coloration brune, noirâtre, la note suivante: « Fragment du radius dénudé dans l'acide picrique. Les coupes présentent la disposition normale du tissu osseux; les canalicules de Havers sont seulement un peu plus larges qu'à l'état normal, et ils renferment des globules graisseux, d'où la teinte jaunâtre que présentait l'os. Il n'y a pas trace de tissu cancéreux. »

RÉFLEXIONS. — Dans un excellent travail présenté à la Société de chirurgie et publié dans les mémoires et bulletins de cette compagnie savante pour l'année 1876, M. le docteur Gillette pose, mais sans vouloir chercher à la résoudre, cette importante question de pratique: dans les cas d'ostéosarcome articulaire ou péri-articulaire, doit-on pratiquer l'amputation du membre dans la continuité, quand le siège du néoplasme le permet; ou bien, faut-il *toujours*, pour plus de sécurité, porter le couteau jusque dans la jointure supérieure? L'un et l'autre façon d'agir ont leurs partisans. « Pour moi, conclut M. Gillette, si j'avais un ostéosarcome limité au genou, je regarderais à deux fois avant de me laisser désarticuler la cuisse. »

Nous ne sommes plus à l'époque où, classant le sarcome parmi les tumeurs dites *bénignes*, on admettait que ce néoplasme, susceptible de récidiver localement, ne pouvait se généraliser. Il est bien démontré aujourd'hui que le sarcome, d'abord local, ne tarde pas à envahir toute l'économie, et que la formation de noyaux secondaires est le fait ordinaire, quand la tumeur abandonnée à elle-même n'amène pas la mort par des accidents locaux. Certains faits, plus nombreux de jour en jour, tendraient même à prouver que les tumeurs secondaires, s'éloignant par leur nature du sarcome primitif, peuvent offrir la structure histologique du carcinome le plus pur. Nous avons pu constater tout dernièrement encore cette transformation chez un de nos malades. Entré au Val-de-Grâce pour une petite tumeur de la conjonctive, enlevée une première fois en province; il fut opéré pour la seconde fois par M. le professeur Perrin. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un sarcome. Quelques mois plus tard, le malade reparaît dans nos salles. Le néoplasme avait récidivé localement, et les ganglions sous-maxillaires étaient envahis. Après un examen négatif des organes internes, nous tentâmes une troisième opération, enlevant à quelques jours d'intervalle la tumeur des paupières et de la conjonctive et les ganglions atteints. Cette fois encore l'examen histologique répondit: tumeur sarcomateuse. Quelques mois plus tard, le malade succombait, et l'autopsie faisait découvrir des tumeurs secondaires dans les pommons, le foie, le sternum et les os du

crâne. A l'examen, ces noyaux étaient formés de carcinome pur.

Au point de vue de la pratique, la possibilité d'une généralisation rapide montre tout simplement que l'intervention opératoire doit être aussi hâtive que possible. Mais, étant admis, ce qu'on ne discute plus aujourd'hui, qu'une amputation est en général d'autant plus grave qu'elle se rapproche davantage du tronc, la question se réduit à savoir si la désarticulation met l'opéré plus longtemps à l'abri de la récidive locale. Quand toute l'économie est envahie, quand des tumeurs secondaires sont en voie de développement, amputation dans la continuité ou désarticulation doivent être également repoussées, toute intervention est condamnable. Aussi un examen attentif des viscères et de tout le corps doit toujours précéder l'opération.

Nous avons cherché à résoudre la question de la récidive par l'examen des faits publiés. Malheureusement les observations sont rares et surtout incomplètes, les malades n'ont pas été suivis. Sur plus de cinquante faits que nous avons examinés, il n'en est que onze qui offrent quelque intérêt à notre point de vue :

Obs. I. (Stanley, *On the diseases of the bones*. London, 1849.) — Homme, quarante-cinq ans; sarcome de l'extrémité inférieure du fémur. Amputation de la cuisse. Récidive dans le moignon après un mois. Deuxième récidive après une nouvelle amputation de cuisse au tiers supérieur. Mort avec généralisation.

Obs. II. (Stanley, *loc. cit.*) — Femme, trente ans. Sarcome du genou. Amputation de la cuisse au tiers inférieur. Mort deux mois après par généralisation.

Obs. III. (Laborie, *Gaz. des hôpitaux*, 1866.) — Homme, vingt-trois ans; sarcome du genou. Amputation de la cuisse. Guérison de l'opération. Récidive au sixième mois, et mort avec généralisation.

Obs. IV. (Lacôme, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1850.) — Homme, soixante-seize ans; sarcome du coude. Amputation du bras dans le col huméral. Guérison constatée quatre ans et demi après l'opération.

Obs. V. (Dolbeau, Gillette, *Bull. et mém. de la Soc. chir.*, t. II, 1876.) — Homme, vingt-cinq ans; sarcome du genou. Amputation de la cuisse. Guérison constatée.

Obs. VI. (Dolbeau, Gillette, *loc. cit.*) — Femme, dix-neuf ans; sarcome de l'extrémité inférieure du fémur. Amputation de la cuisse. Mort trois mois après.

Obs. VII. (Tillaux.) — Fille, quinze ans; sarcome de l'extrémité inférieure du fémur. Amputation de la cuisse au tiers supérieur. Mort trois mois après, par généralisation viscérale. (Gillette, *loc. cit.*)

Obs. VIII. (Paget, *Lectures on tumors*, p. 748.) — Tumeur sarcomateuse de l'avant-bras; ablation. Quatre ans plus tard, récidive dans le bras, on désarticule l'épaule. La tumeur finit par récidiver dans l'épaule, et le malade meurt, dix ans après la seconde opération.

Obs. IX. (Labbé, *Gaz. des hôpitaux*, 1870.) — Femme, vingt et un ans; sarcome de la jambe droite. Amputation de la cuisse. Guérison constatée dix mois après.

Obs. X. (Duplay, Gillette, *loc. cit.*) — Femme, seize ans; sarcome du calcaneum. Amputation au lieu d'élection. Récidive dans le moignon. Mort.

Obs. XI. (Guyon, Gillette, *loc. cit.*) — Homme, dix-neuf ans; sarcome de l'extrémité inférieure du fémur. Désarticulation de la hanche. L'examen montre des noyaux cancéreux dans la tête du fémur et le grand trochanter. Guérison de l'opération. Récidive dans le moignon et généralisation. Mort sept mois après l'opération.

Quelle conclusion tirer de ces faits ? Aucune autre que la diversité de conduite des chirurgiens en présence de ces tumeurs malignes.

L'anatomie pathologique ne nous éclaire pas davantage. Le fait de M. Guyon prouve que la tumeur principale peut s'accompagner du développement de noyaux sarcomateux

dans des parties de l'os saines en apparence, et doit inspirer une grande circonspection. Mais ce n'est jusqu'ici qu'une observation isolée. Chez notre opéré, malgré le résultat de l'examen histologique, nous ne sommes pas éloignés de penser que les altérations de la moelle et du tissu osseux dans la partie supérieure du radius n'étaient que le premier stade du développement d'un noyau sarcomateux, mais toute affirmation nous est impossible. Nous n'avons pas hésité à pratiquer la désarticulation du coude, après examen du néoplasme, et dans un cas semblable nous agirions encore de même. Mais après le résultat infructueux de nos recherches, nous devons nous borner à solliciter le concours des chirurgiens pour obtenir des observations plus complètes, afin qu'on puisse résoudre la question de pratique que nous avons posée au début de ce travail.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 1876. — PRÉSIDENTE DE M. LE VICE-AMIRAL PARIS.

VINS FUCHSINÉS. — M. A. Mallat adresse une note relative à un procédé de dosage de la fuchsine dans les vins. (Renvoyé à la commission des arts insalubres.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1876. — PRÉSIDENTE DE M. CHATIN.

M. le ministre de l'Agriculture et du commerce transmet à l'Académie : 1. Le compte rendu négatif des épidémies des départements du Cantal, du Tarn, de la Mayenne et des Landes pour l'année 1875. (Commission des épidémies.) — 2. Le compte rendu d'une épidémie d'angine couenneuse qui a régné en 1875 dans l'arrondissement de Bugey (Maison-ot-Loire). (Même commission.) — 3. Le compte rendu des épidémies qui ont été observées en 1875 dans les départements de la Haute-Loire et d'Ille-et-Vilaine. (Même commission.) — 4. Une demande formée par M. Ozage, à l'effet d'obtenir l'autorisation d'exploiter une source d'eau minérale située rue de Belleville. (Commission des eaux minérales.)

L'Académie reçoit : 1. De M. le docteur Meschi, une observation d'anurie. — 2. De M. le docteur Legrand, un pli cacheté. — 3. De M. le docteur Patang, le rapport sur les vaccinations pratiquées à Montlignon. — 4. De M. le docteur Dur, le compte rendu du service thermal de l'Hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains. — 5. De M. le docteur Rogier, le compte rendu des vaccinations pratiquées à Marseille en 1875.

M. Larrey présente à l'Académie, au nom de M. Ehrmann, les ouvrages suivants : 1° RECHERCHE SUR L'ANÉMIE GÉNÉRALE; 2° DES EFFETS PRODUITS SUR L'ESPIRITALE PAR L'AGGLOMÉRATION DES VAISSEAUX ARTÉRIELS QUI S'Y DISTENDENT; 3° CLINIQUE MÉDICALE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER; 4° REMARQUES SUR UN CAS DE PARALYSIE FACIALE DOUBLE; 5° NOTICE SUR LA TRACHÉOTOMIE; 6° ÉTUDE SUR L'URANOPLASTIE; 7° RECHERCHES SUR LA STAPHYLOPHIE.

M. Hérard dépose sur le bureau un brochure de M. le docteur Gripat sur la thermométrie utérine dans le choléra.

RHIZOMES D'ARISTOLOCHES. — M. Planchon décrit les différentes espèces d'aristoloches dont plusieurs ont des caractères nettement tranchés. Ces caractères permettent non-seulement de réunir tous les médicaments en un groupe naturel, mais encore de les distinguer des autres plantes avec lesquelles ils pourraient avoir quelque ressemblance extérieure. Il fait une application de ces vues à l'Aristolochie serpentina de Virginie, qu'on confond souvent avec la Spigélie de Maryland. La distinction peut être faite à l'aide des signes tirés de la structure.

On peut en dire autant de la racine d'asclepiade et de toutes les autres racines plus ou moins ressemblantes qu'on a mêlées à la serpentina et dont aucune ne présente la structure caractéristique des aristoloches.

ANATOMIE COMPARÉE DU PÉRINÉE. — M. Pautel a récemment pratiqué un grand nombre de recherches anatomiques qui lui ont permis d'établir l'homologie qui existe entre la

région périnéale de l'homme et celle des animaux mammifères.

Les modifications successives, présentées par l'ensemble périnéal, à mesure que l'on passe des ruminants aux solipèdes, de ceux-ci aux carnassiers, aux quadrumanes et à l'homme, ne changent rien au plan fondamental de l'organisation, au type qui reste le même. Le *fascia superficialis* est identique chez tous les mammifères et chez l'homme; il ne varie d'une espèce à l'autre que par son épaisseur, ordinairement en rapport avec la taille de l'animal.

Chez tous les mammifères et chez l'homme, l'appareil génito-urinaire est nettement séparé de l'appareil défécateur par une cloison aponévrotique étendue depuis la face postéro-supérieure de la vessie jusqu'à l'extrémité libre du pénis. Chez l'homme, cette cloison forme une véritable gaine génito-urinaire, cylindroïde, dont les diverses portions ont été, très-improprement, désignées sous des noms différents par les anthropomistes.

Les muscles rétracteurs de la verge paraissent n'exister que chez les animaux dont le pénis est fixé à l'abdomen par un fourreau. Ils ne sont pas représentés chez l'homme. Ils n'existent pas, non plus, chez les singes qui ont le pénis libre.

Le muscle rétracteur du scrotum de certains carnassiers est représenté, chez l'homme, par la continuité fréquente des fibres superficielles du sphincter anal avec la portion scrotale du dartos.

Le muscle releveur de l'anus de l'homme est l'homologue de l'*ischio-anal* des mammifères; son élargissement et l'étendue de ses insertions dans l'espèce humaine sont en raison directe des dimensions transversales du bassin relativement à sa hauteur.

Chez l'homme et chez les mammifères, le *sphincter uréthral* s'étend de la vessie au bulbe. Il est toujours constitué par des fibres circulaires, striées, auxquelles s'ajoutent, chez certaines espèces, des fibres longitudinales diversement disposées et faisant suite aux fibres longitudinales de la vessie.

Les muscles *bulbo-caverneux* et *ischio-caverneux* ne présentent, dans la série, que des différences peu considérables; leur disposition anatomique est fondamentalement la même chez tous les mammifères et ils paraissent appelés à remplir les mêmes fonctions que chez l'homme.

Le muscle *transverse superficial* n'appartient pas, à proprement parler, au plan général de la région. Son existence n'est soumise à aucune règle fixe. Il manque normalement dans un grand nombre d'espèces et l'on constate souvent son absence, à titre d'anomalie, chez les animaux mêmes où il existe le plus constamment. Ses fonctions, si elles ne sont pas nulles, sont au moins très-peu importantes.

M. Pautel établit ensuite l'homologie des autres muscles et aponévroses de la région et fournit quelques détails sur l'anatomie comparée des organes génitaux. (Voyez le *Bulletin de l'Académie.*)

OVARIOTOMIES. — M. Gillette présente les pièces d'anatomie pathologique relatives à deux opérations d'ovariotomie pratiquées sur des malades qui sont elles-mêmes présentées à l'Académie. Le premier kyste enlevé chez une femme de trente et un ans contenait 20 litres de liquide non filant, couleur orangé, et pesait 42 livres. Chez la seconde malade, âgée de vingt-deux ans, la masse se compose de deux gros kystes séparés par un diaphragme percé d'un trou à son centre et d'une autre masse à gauche constituée par l'agglomération d'une boule de petits kystes à contenu goumeux, 18 litres de liquide. Le tout pesait 42 livres.

Les deux malades présentées à l'Académie sont aujourd'hui parfaitement rétablies.

ELECTIONS. — L'Académie procède au renouvellement partiel des commissions permanentes pour l'année 1877.

Sont élus : Commission des épidémies : MM. *Villemin* et

Piorry; commission des eaux minérales : MM. *Empis* et *Bouchardat*; commission des remèdes secrets : MM. *Bourdon* et *Mialhe*; commission de vaccine : MM. *Alot* et *Magne*.

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret; la séance est levée à cinq heures.

Société de biologie.

SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENTIE DE M. CL. BERNARD.

DISCUSSION SUR L'EXPÉRIENCE DE M. BERT : MM. LABORDE ET GUBLER. — ŒUF DE COQ : M. POUCHET. — DÉVELOPPEMENT DU SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHÉRIQUE CHEZ L'EMBRYON : M. POUCHET. — ÉPILEPSIE SYMPTOMATIQUE : M. MAGNAN. — SPECTRES DE LA FUSCHINE, DU VIN, ETC. : M. MALASSEZ. — BROMURES D'ÉTHYLÈNE ET D'ÉTHYLE : M. HABUTEAU. — LÉSIONS DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL DANS UN CAS DE PARALYSIE DIPHTHÉRIQUE : M. PIERRÉ.

M. Laborde revient longuement, à propos du procès-verbal, sur l'expérience de M. Bert (voy. *Gaz. heb.*, 1876, n° 51, p. 812, *Soc. de biol.*) suivant lui paradoxale : il dit que M. Bert a créé un nerf impossible à concevoir. Il cherche à réaliser l'expérience et montre qu'elle présente des difficultés presque insurmontables. Cependant, étant donnée l'impressionnabilité de la colonne de myéline, il est possible que l'ébranlement produit sur la continuité d'un nerf se propage un peu vers la périphérie; il n'en possède aucune preuve.

A cette occasion, M. Gubler cite des cas pathologiques d'un haut intérêt qui peuvent se résumer ainsi : quand il existe un point douloureux à la cuisse et qu'il est excité, il se produit toujours une autre douleur à la base de la poitrine; si le point primitif est à la base de la poitrine, la douleur secondaire a lieu toujours à l'avant-bras du même côté et près du poignet, etc. Ces faits sont constants et ne dépendent pas des divers sujets. On peut prédire, ajoute M. Gubler, étant donné un point douloureux dans une région, dans quelle région se fera ressentir la douleur secondaire.

Quant à l'explication, M. Gubler propose l'hypothèse suivante, mais avec les réserves les plus formelles : on pourrait admettre que l'ébranlement, partant du point douloureux excité et perçu, chemine du centre nerveux dans le tronç d'un autre nerf sensitif dans un sens centrifuge; et qu'une impression se produisant alors aux extrémités cutanées de ce nouveau tronç, chemine de nouveau dans le sens centripète, soit perçue et se transforme en sensation. Nous le répétons, pour bien rendre la pensée de M. Gubler, c'est là une hypothèse qu'il donne sous toutes réserves.

Mais les faits cliniques sont certains : cependant ils mériteraient de nouvelles recherches. M. Gubler a, en effet, indiqué la région, toujours la même, dans laquelle se produit la douleur secondaire, mais il serait du plus grand intérêt de déterminer avec soin le point exact qui correspond à un point de départ bien précis; si à un nerf intercostal donné répond une douleur sur le trajet du cubital, à un autre du radial, du médian, etc., et encore, s'il n'est pas possible de préciser davantage en indiquant à l'avance le domaine du rameau nerveux.

— M. Pouchet a eu l'occasion d'examiner avec soin un prétendu œuf de coq et a pu constater que le corps existant à l'intérieur est bien produit par l'enroulement de la membrane vitelline.

— M. Pouchet a fait une série de recherches sur le développement du système nerveux périphérique sur des embryons de moutons. Il est arrivé à cette conclusion que les nerfs périphériques sont en quelque sorte avec les prévertèbres et l'axe cérébro-spinal les premiers organes qui peuvent être reconnus. Ces nerfs très-volumineux, de consistance fibreuse, constituent en quelque sorte le squelette, le support de l'embryon.

Sur un embryon de 25 millimètres, les rameaux qui font communiquer le grand sympathique avec la moelle mesuraient 0^m,066; le grand sympathique lui-même, 0^m,022; le filet vago-sympathique, au cou, 0^m,22. Pour donner une idée du volume de ces nerfs on peut dire que ce dernier diamètre est plus considérable que celui de l'œsophage, de l'aorte, de la trachée.

Sur un embryon de 18 millimètres, le volume de ces nerfs égalait celui de l'aorte. Sur cet embryon, il a pu obtenir de très-bonnes coupes du trizème et des nerfs dentaires, qui au microscope montraient les gaines de périmères déjà munies de leurs noyaux; le nerf dentaire inférieur, dont la coupe se présentait sous l'aspect d'un ovale, était incomparablement plus gros que l'artère et la veine correspondantes. Sur un embryon de 6 centimètres, les nerfs contenaient une substance grise analogue à la substance fibroïde qui se développe à la surface de l'axe cérébro-spinal et se transforme en substance blanche dans la moelle ou en substance grise dans le cerveau. Il n'a pu voir comment ces nerfs se terminaient dans les muscles, le nerf porté sous le microscope se terminant au milieu d'une sorte d'accumulation de noyaux.

A ce propos, M. Armand Moreau rappelle que des embryons de torpilles extraits de l'utérus tout vivants, mais à une époque rapprochée de la naissance, donnent des décharges très-évidentes.

M. Magnan présente un malade atteint d'épilepsie symptomatique. Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans, d'une bonne santé habituelle, qui a une famille nombreuse dans laquelle il n'y a pas d'épileptiques. Une plaie contuse faite à la partie postérieure du talon, un peu au-dessus du tendon d'Achille, guérit sans accidents; quelques mois après, crampes dans le mollet, puis crampes dans l'autre jambe; peu de temps après, secousses rythmées; enfin, attaques complètes avec perte de connaissance, morsure de la langue, etc. Deux ou trois fois seulement le malade a eu une attaque convulsive sans perte de connaissance. Dans quelques cas, la crise est précédée d'une sorte d'aura qui part toujours de la cicatrice; alors le malade se met à marcher, ce qui dans certains cas lui a permis d'éviter la crise; mais il lui arrive quelquefois que des contractions brusques lui font faire un saut et qu'il rebondit sur le sol comme une balle élastique, à une grande hauteur. Au talon, il existe une cicatrice avec un léger degré d'hyperesthésie: l'excitation de cette cicatrice ne provoque pas d'attaque. M. Magnan demande s'il vaudrait mieux enlever la cicatrice en masse, ou pratiquer autour des sections nerveuses multiples.

M. Malassez a constaté de notables différences entre le spectre de la fuschine et celui du vin. Dans l'eau, une quantité très-petite de fuschine est révélée par l'examen spectral; dans le vin, la sensibilité est encore très-grande (1 gramme dans 30 litres de vin), mais notablement moins que dans l'eau.

Il a pu par le même procédé indiquer la présence de matières colorantes employées également dans la falsification, et extraites de l'orseille.

M. Rabuteau rappelle les propriétés du bromure d'éthyle qui, suivant lui, peut remplacer l'éther et le chloroforme, dont il n'a ni le mauvais goût ni les dangers.

Le bromure d'éthylène ne peut servir à produire l'anesthésie chez les animaux à sang chaud sans les tuer; c'est une substance très-toxique.

M. Pierret communique les résultats de l'autopsie d'un homme mort dans le service de M. Millard, à l'hôpital Lariboisière, à la suite d'une paralysie diphthérique. La moelle épinière à l'état frais ne présentait pas d'altérations appréciables à l'œil nu; mais après quelques jours passés dans un liquide durcissant, il était facile de constater que les méninges présentaient une adhérence anormale; sur le feuillet viscéral

de l'arachnoïde existait un exsudat de tous points comparable aux pseudo-membranes diphthériques, c'est-à-dire composé d'un réseau de fibrine fibrillaire infiltré de leucocytes.

Les vaisseaux qui traversent la pie-mère étaient presque tous oblitérés. Le malade avait eu une paralysie; or l'examen attentif de la moelle faisait voir que le maximum des lésions de méningite diphthérique siégeait à la région lombaire. De plus, le malade avait présenté des phénomènes asphyxiques qui avaient joué un rôle considérable dans le mécanisme de la mort, et l'examen du plancher du quatrième ventricule laissait voir au niveau du bec du calamus une véritable infiltration diphthérique de l'épendyme, avec inflammation sous-jacente et probablement irritation et altération du noyau d'origine des nerfs vagues (voy. *Premier-Paris*).

H. CHOUFFE.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1876. — PRÉSIDENTE DE M. OULMONT.

ACTION DE L'ACIDE SALICYLIQUE. — MM. GUBLER, GUENEAU DE MUSSY.

M. Gubler croit qu'il est bon de ne pas oublier aujourd'hui que les applications de l'acide salicylique se multiplient, que ces applications sont les mêmes que celles de la salicine il y a quarante ans. La salicine donne d'ailleurs de l'acide salicylique en s'oxydant. M. Gubler a essayé la salicine dans le rhumatisme articulaire aigu et dans les fièvres; il a choisi des cas légers, car il n'a pas l'habitude de livrer des maladies graves à l'action de remèdes nouveaux.

Avec 4 grammes il a obtenu peu de chose; un de ses malades a vomit et a eu de la diarrhée. La salicine est agressive pour le tube digestif. Avec une dose de 2 grammes en 4 paquets on trouve beaucoup d'acide salicylique dans l'urine; avec 4 grammes l'urine devient violette comme de l'encre sous l'action du perchlorure de fer.

Tout d'abord on note un précipité blanc albumineux grisâtre. Si l'on ajoute une faible proportion de réactif on n'observe rien autre. Avec une forte proportion, la teinte violette apparaît, puis il se forme un précipité violacé qui peut disparaître mais qui revient si l'on ajoute du perchlorure.

M. Gubler ignore quelle est au juste la nature de ce précipité, mais il pense qu'il y a là un chlorure double de fer et de salicine.

On ne saurait admettre qu'il se forme un salicylate de fer, car quand tout l'acide salicylique est éliminé, au bout de trois jours on obtient ce même précipité; l'acide chlorhydrique le fait disparaître. M. Gubler n'a pas trouvé la salicine plus active que l'acide salicylique.

M. Gueneau de Mussy a eu occasion depuis un an d'étudier assez souvent l'acide salicylique; il a essayé ses effets antiseptiques. Chez un malade atteint depuis longtemps d'un catarrhe vésical, l'urine présentait une fétidité insupportable; en outre, on avait injecté dans la vessie de l'eau goudronnée et tiède. M. Gueneau de Mussy donna, sur le conseil de M. Guyon, 50 centigrammes, puis 1 gramme, puis 2 grammes d'acide salicylique à l'intérieur. En quelques jours la fétidité de l'urine disparut.

M. Gueneau de Mussy l'a également employé dans le rhumatisme articulaire aigu et dans la fièvre typhoïde: dans cette dernière maladie à titre d'antiseptique.

Dans le courant du mois dernier, chez quatre malades dont la température oscillait entre 39 degrés et 40 degrés avec eschares au sacrum, état comateux, langue sèche, l'acide salicylique a été prescrit. On donna une limonade au citron avec 10 grammes d'un sel alcalin et 2 grammes d'acide salicylique. Dès le lendemain chez les quatre malades il y eut une amélioration notable; chez l'un d'eux le pouls tomba à 60.

Ces quatre malades sont aujourd'hui rétablis.

Chez un jeune homme au huitième jour d'une fièvre typhoïde, avec une température de 40°,6 le soir et de 40 degrés le matin, avec coma, délire, il donna le salicylate de soude. Au bout de trois jours l'amélioration était évidente. Ce malade a guéri également.

M. Gubler est loin de contester tous ces faits; il regarde l'acide salicylique comme un antizymotique direct, mais c'est à la condition qu'on ne veuille essayer que les fermentations qui ont lieu dans les réservoirs; il n'y a point à compter pour le sang. Dans la fièvre typhoïde, l'acide salicylique peut agir, mais il ne rend pas ici plus de services que d'autres agents souvent employés, la décoction de kina, par exemple, l'écorce de saule, l'acide phénique.

Si l'acide salicylique ne donne que cela, il ne prendra jamais un rang très-distingué dans la matière médicale. L'important pour l'avenir de ce médicament est de savoir s'il agit sur la température et sur le pouls.

A. B.

REVUE DES JOURNAUX

Dilatation brusque de l'urètre d'une femme âgée avec le chloroforme; extraction de la vessie d'une pierre volumineuse; guérison rapide sans incontinence, par M. le docteur RELIQUET.

La malade, âgée de quatre-vingts ans, n'avait jamais éprouvé la moindre gêne du côté de la vessie, lorsque tout d'un coup, à la suite d'un mouvement violent, il y eut douleur brusque: un examen fait avec la sonde décéla la présence d'un calcul. M. Reliquet fit, avec le dilateur à trois branches, une dilatation de l'urètre de 3 centimètres de diamètre; il put alors retirer un calcul de 43 millimètres de longueur sur 34 millimètres de largeur et de 15 millimètres d'épaisseur. A la suite de cette opération, on fit quatre fois par jour des injections d'eau tiède. Les mictions étaient fréquentes, sans que cependant les urines s'écoulassent d'une façon continue. Le quatrième jour la malade gardait facilement ses urines: il n'y avait pas eu d'incontinence d'urine consécutive, ce que M. Reliquet attribue à l'aesthésie. Sous l'influence du chloroforme, eu effet, il n'y a pas la contraction réflexe des fibres musculaires de l'urètre, fibres qui, lésées, perdent la propriété de se contracter; les fibres musculaires se laissent distendre, à moins toutefois que la dilatation soit de plus de 3 centimètres. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner qu'elles reprennent leurs propriétés contractiles dès que la cause irritante a disparu: c'est ce que met parfaitement en évidence le nouveau cas que publie aujourd'hui M. le docteur Reliquet. (*Union méd.*, n° 156, 12 décembre 1876.)

Vagin et utérus doubles, par M. PORAK, interne des hôpitaux.

M. Porak a présenté à la Société anatomique deux observations d'anomalie du vagin et de l'utérus, observations qui ont un véritable intérêt, puisque M. Porak n'a examinée depuis le 1^{er} janvier 1876 que 34 femmes au point de vue des organes génitaux. La première observation a rapport à un utérus *bipartitus globularis* (thèse de M. Lefort). C'est le cinquième cas connu, dit M. Budin. Les quatre autres sont de Eisenmann, de Liepmann, de Spöth et de Budin. Le vagin est divisé en deux compartiments par une paroi épaisse et médiane (double canon de fusil). L'utérus est globuleux; on y trouve deux cavités communiquant avec le vagin en bas, avec une seule trompe en haut.

Dans la seconde observation, l'utérus est bicorne. A la section, suivant le grand diamètre de cet organe, on constatait seulement à la partie supérieure une large cloison triangulaire

à la coupe et qui se terminait en pointe au niveau de l'orifice interne du col de l'utérus. Donc il y avait deux cavités du corps utérin et une seule cavité cervicale.

A propos de cette communication, M. Lucas Championnière fait remarquer que souvent la cloison qui divise le vagin en deux loges cesse souvent avec le fond de la cavité. La section de cette cloison a été conseillée dans le but de faciliter l'accouchement. M. Armand Després ajoute que sur 1200 ou 1300 malades examinées à Lourcine, il n'en a rencontré que 5 dont le vagin et le col utérin fussent doubles. Dans un cas, la cloison offrait la disposition signalée par M. Lucas Championnière. (*Société anatomique*, juin 1876, in *Progrès médical*, 18 nov. 1876.)

Rétrécissement mitral; ramollissement embolique du bulbe, par M. le docteur HALLOPEAU, ancien interne des hôpitaux.

La malade, qui a succombé à l'affection cardiaque, présentait les signes d'une hémiplegie alterne; la paralysie occupait les membres du côté droit et le côté gauche de la face dans toute son étendue, ainsi qu'une paralysie du moteur oculaire externe du même côté. Le diagnostic, justifié par l'autopsie, fut: ramollissement embolique du bulbe intéressant le noyau facial abducteur gauche ou les cordons nerveux qui en émanent. En effet, le foyer de ramollissement est sur le plancher du quatrième ventricule, à la partie supérieure du bulbe, près de la protubérance. L'extrémité supérieure de la vertébrale gauche renferme un caillot ancien; ce caillot se continue en haut avec un coagulum ancien qui oblitère incomplètement l'extrémité inférieure du tronc basilaire; la cérébelleuse inférieure gauche est également oblitérée. Malgré ces lésions, il n'y a pas eu de troubles notables dans la motilité de la langue. M. Joffroy dit qu'il devait en être ainsi à cause du siège du ramollissement. « Cette localisation explique, ajoute-t-il, l'absence de paralysie notable dans les muscles de la langue et l'existence de phénomènes paralytiques dans les muscles moteurs des yeux. M. Joffroy a, en effet, montré dans un mémoire (1872, *Cas de paralysie labio-glosso-laryngée à forme apoplectique d'origine bulbaire*) que pour qu'il y ait paralysie de la langue il faut, non pas seulement une lésion de la partie supérieure du bulbe, mais une lésion dans la partie inférieure (noyaux des nerfs hypoglosses et des filets nerveux qui en partent). La lésion de la portion supérieure du bulbe de la malade de M. Hallopeau explique de même les paralysies des muscles de l'œil (au niveau des noyaux des nerfs moteurs oculaires). (*Société anatomique*, juin 1876, in *Progrès médical*, n° 47, nov. 1876.)

Kystes pileux suppurés de l'excavation péviennne, par M. le docteur BERNUTZ, médecin de l'hôpital de la Charité.

M. le docteur Bernutz fait précéder son observation de quelques généralités nécessaires pour comprendre la difficulté du diagnostic, diagnostic qu'il importe de faire avec rigueur, puisque maintenant on a recours à l'ovariotomie.

Les kystes pileux sont d'origine congénitale et peuvent se présenter sous deux états différents: à l'état de tumeur et à l'état de tumeurs inflammées; c'est alors seulement que l'intervention chirurgicale devient nécessaire. C'est cette intervention que M. Bernutz étudie, après avoir donné les signes du diagnostic différentiel. « Dans les kystes pileux superficiels, dit-il, il faut enlever le kyste sans laisser aucun vestige de ses parois: les deux cas d'ovariotomie (Spencer Wells et Anger) ayant été suivis de succès, ce mode opératoire est donc légitime. Mais l'ovariotomie n'est pas toujours possible, comme dans les cas de M. Bernutz, lorsqu'il y a, par exemple, adhérence intime du kyste à une grande partie des parois abdominales, ou lorsque la base de la tumeur est adhérente

au vagin et au col utérin. Dans un cas semblable, M. Bernutz incisa la tumeur par le vagin ; il s'écoula alors de la matière caséuse, des poils, des cheveux, deux dents, une partie de maxillaire inférieur. « La malade est, ajoute M. Bernutz, à la veille de guérir, car bien que le kyste suppure toujours, il ne présente plus que 2 centimètres de profondeur. » (*Archives de toxicologie*, oct. 1876.)

Note sur un cas de régénération osseuse, par
M. D. MOLLIERE, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Cette observation est des plus intéressantes, parce qu'elle est complète et qu'elle répond à toutes les objections qui ont été faites contre les régénérations osseuses.

Ons. — Le 7 novembre 1875, on apporte à l'Hôtel-Dieu de Lyon un enfant de treize ans dont le bras, saisi par une courroie de transmission, présentait une plaie commençant au niveau du deltoïde et arrivant jusqu'à l'olécrâne; le triècrep était divisé et l'humérus, fracturé vers sa partie inférieure, au niveau de l'épicondyle et de l'épitrachée, faisait saillie. Les deux apophyses étaient restées dans l'articulation, ainsi que toute la portion d'os revêtue de cartilage; mais les cavités olécrânienne et coronodienne formaient partie du fragment supérieur, fragment complètement dépourvu de son périoste. Il y avait en outre fracture des deux os de l'avant-bras à leur partie moyenne; mais à ce niveau les téguments étaient intacts.

M. D. Mollière fit la résection de toute la portion de l'os privée de périoste (13 centimètres de longueur), puis il réunît le périoste par une dizaine de points de suture métallique. Après avoir mis un drain au fond de la plaie, la fracture de l'avant-bras fut immobilisée par un appareil silicaté. — Le 5 décembre on sentait une tumeur dure et solide sur toute la longueur de la gaine périostique de l'os enlevé. — Le 15 janvier, la cicatrisation est complète. On sent, à travers les parties molles, un humérus nouveau, dur, mais très-volumineux; l'articulation du coude semble ankylosée. A partir de ce jour, on imprime des mouvements forcés à l'articulation, de telle sorte que le 20 février, lorsque le malade quitta l'Hôtel-Dieu, il avait des mouvements de flexion, d'extension, de pronation et de supination. — Le 20 septembre, les mouvements sont normaux; il n'y a pas la moindre douleur, et la force est presque égale de deux côtés; comme longueur, on ne trouve qu'une différence de 3 centimètres en plus en faveur du côté sain.

Dans les réflexions qui font suite à cette observation, M. D. Mollière insiste sur les raisons qui lui font préférer la résection du fragment à la résection du coude et sur le drainage. Selon ce chirurgien, toutes les fois qu'on tente la réunion dans les plaies contuses, il est prudent d'établir un drainage, même lorsqu'on se trouve en présence d'une gaine périostique. « Mon but, dit-il, n'a pas été seulement de combattre les phénomènes de rétention, mais encore de modeler d'avance l'os que j'espérais voir se reproduire. » (*Lyon médical*, n° 41, 8 oct. 1876.)

Travaux à consulter.

DE LA GROSSESSE CHEZ LES TRÈS-JEUNES FILLES, DIFFICULTÉS DU DIAGNOSTIC, par M. GEORGES BERGERON. — Nous appelons l'attention de nos lecteurs sur la note de M. Bergeron, qui a autant d'importance dans la médecine journalière que dans les cas criminels. Il a observé 7 cas d'attentat à la pudeur sur de très-jeunes filles. Trois fois il y eut grossesse. Dans les 4 autres cas (dans lesquels l'examen ultérieur et continu des sujets permit de déclarer qu'il n'y avait pas fécondation), se manifestèrent des signes de grossesse bien faits pour tromper : gonflement du ventre, suppression des règles, enlacement de la dépression ombilicale, gonflement des seins avec aréole brunâtre; une fois, nausées et vomissements; une fois, ramollement du col; une fois enfin, existence d'une ligne bruniâtre allant du mont de Vénus à l'ombilic (*Annales de gynécologie*, 1876).

TRAITEMENT DU DÉLIQUIN TREMENS PAR LE LUPULIN. — Il s'agit dans ce cas d'un homme atteint depuis dix jours d'insomnie alcoolique. On le soumet au traitement par le lupulin à haute dose, 41 grammes 64 centigrammes de lupulin dans 250 grammes de bière. Il prit cette dose trois fois à deux heures d'intervalle, et commença alors de dormir. La dose habituelle est de 7 grammes 75 centigrammes toutes les deux heures. Le travail contient six observations avec succès. (*New-York med. journ.*, 1876, mars.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité du diagnostic des maladies des organes thoraciques et abdominaux, par le docteur P. GUTTMANN. Traduit sur la 2^e édition par le docteur F. L. HAHN. — Paris, A. Delahaye, 1877.

Reconnaître l'existence d'un état morbide, constater exactement la forme, le siège, l'étendue des lésions qui le caractérisent, apprécier l'enchaînement étiologique et la subordination de ces altérations organiques ou des troubles fonctionnels qui en sont la conséquence, déterminer enfin la nature de la maladie, tel est le but du *diagnostic*. C'est, on le voit, une œuvre qui nécessite l'analyse rigoureuse de toutes les modifications imprimées à l'organisme par les influences qu'il a subies et qui se résume en une synthèse réunissant à la fois les caractères étiologiques, anatomiques et symptomatiques qui permettent d'assigner à la maladie son rang nosologique. Si la pathologie médicale était une science achevée dont les principes immuables permettent une classification rigoureuse des faits dont elle s'occupe, si l'observation médicale avait mis en évidence toutes les conditions du développement et de l'évolution des maladies, le but que poursuit la science du diagnostic pourrait être facilement atteint. Mais tout en s'appuyant sur des sciences positives dont les méthodes et les procédés de recherche lui prêtent un précieux concours, la pathologie médicale sera longtemps encore à la recherche d'une systématisation rigoureuse des faits dont elle s'occupe. Toujours peut-être elle cherchera à transformer en formules scientifiques les notions empiriques qui se caractérisent par cela seul qu'aucun rapport ne peut être établi entre le fait observé et la cause qui lui a donné naissance. Dans ces conditions le diagnostic reste trop souvent nominal. Un symptôme considéré comme pathognomonique ou la réunion d'un certain nombre de symptômes qui se succèdent dans un ordre déterminé paraissent suffisants pour caractériser un état morbide particulier. La maladie est ainsi désignée par un nom plus ou moins arbitraire; mais ce diagnostic ne résout qu'une bien faible partie du problème qui s'impose à l'attention du médecin praticien. Il ne donne aucune indication pour le pronostic ou pour le traitement à moins que la maladie ne se confonde avec le symptôme qui semble prédominant et que les troubles fonctionnels aient un caractère si tranché que la notion étiologique se déduise immédiatement de la notion symptomatique. Dans ce cas, le diagnostic peut, en effet, servir au traitement puisque l'expérience indique les remèdes qui ont pu réussir dans des circonstances analogues. Combien sont plus utiles les renseignements fournis par ce que l'on peut appeler le diagnostic pathogénique ! Connaissant, par les résultats de nombreuses autopsies, les rapports qui existent entre les symptômes et les lésions, le médecin peut, en effet, après avoir noté les manifestations qui révèlent au dehors l'état de souffrance de nos organes, s'appuyer sur la physiologie pathologique pour se faire une idée rationnelle du mode morbide qu'il a sous les yeux. Mais la lésion elle-même n'est qu'un des caractères de la maladie, un symptôme interne; et il est un très-grand nombre d'entités morbides que l'on dissocierait artificiellement si l'on voulait décrire comme maladies distinctes tous les symptômes ou toutes les lésions qu'elles présentent. Toutes les diathèses sont dans ce cas. On commettrait des

confusions essentiellement préjudiciables non-seulement à l'intérêt de la science, mais surtout au bien des malades si l'on voulait identifier une arthrite gouteuse à une arthrite traumatique ou séparer les manifestations viscérales de la syphilis de ses lésions cutanées. Là où le principe étiologique est indiscutable le diagnostic symptomatique et le diagnostic anatomo-pathologique doivent s'effacer devant le diagnostic étiologique qui fournit les indications les plus utiles.

Mais tous ces diagnostics doivent se compléter les uns par les autres : quand ils ont pu être établis successivement, lorsque après avoir constaté les modifications matérielles ou les altérations fonctionnelles des organes le médecin a pu apprécier la subordination, l'enchaînement, le point de départ et la raison d'être des modifications constatées, alors seulement le diagnostic est vraiment complet et utile.

Ces réflexions peuvent faire comprendre combien il est aujourd'hui difficile d'écrire un traité de diagnostic et surtout de résumer en un petit nombre de pages ce que doivent connaître l'élève et le médecin qui arrivent au lit d'un malade. Aussi arrive-t-il que tous les manuels de diagnostic sont incomplets et insuffisants ; la plupart d'entre eux sont des ouvrages de sémiologie ou de physiologie pathologique. Le petit traité que nous avons sous les yeux n'échappe point à cette critique. Il ne s'occupe que du diagnostic des maladies de l'appareil respiratoire, de l'appareil circulatoire et des organes abdominaux. Un appendice est consacré à l'étude laryngoscopique. L'auteur s'est efforcé de décrire tous les procédés d'exploration que l'on peut mettre en usage ; il s'est attaché à l'étude des symptômes fondamentaux, ne se préoccupant de décrire les déviations du type le plus fréquemment observé que dans les cas où il semblait y avoir un intérêt tout spécial à insister. Après avoir indiqué les procédés d'exploration et analysé les symptômes par lesquels se manifestent les diverses altérations des organes, il s'est efforcé d'en indiquer (peut-être trop succinctement) les causes et de rechercher les conditions physiologiques et pathologiques qui peuvent donner naissance à ces symptômes. Le livre qu'il nous présente est donc surtout un traité de diagnostic physique et anatomo-pathologique. Les considérations préliminaires sur l'exploration générale (fièvre, états divers de la peau, etc.) sont très-écourtées et nous aurions à faire bien des réserves s'il nous était permis d'étudier avec plus de détails les chapitres consacrés à l'auscultation du cœur et surtout à l'exploration des organes de l'abdomen. Mais nous n'hésitons pas à déclarer que ces réserves ne nous empêcheraient point de déclarer que le livre de M. Guttman peut être comparé sans trop de désavantage aux traités de diagnostic que nous avons eu l'occasion d'étudier depuis plusieurs années. Il ne saurait évidemment passer pour un traité savant et complet, résumant tout ce qu'il est nécessaire de savoir et comprendre une étude clinique un peu approfondie et appréciant toutes les modalités que peuvent présenter certains états morbides, ou cherchant à tirer de l'étude du symptôme considéré en lumière des déductions qui permettent de reconnaître les maladies qui lui ont donné naissance. Mais ce livre est un traité de physiologie pathologique et de sémiologie qui, dans les chapitres consacrés à l'étude des maladies des organes thoraciques, étudie avec beaucoup de précision et de clarté les signes physiques qui servent à reconnaître la lésion organique. Tel qu'il est, et il n'a point d'autre prétention, ce petit traité mérite d'être accueilli avec faveur. Sa première édition a été très-rapidement épuisée en Allemagne. La traduction de la deuxième édition, qui doit beaucoup au talent avec lequel M. le docteur Hahn a su exprimer en un langage toujours clair et correct la pensée de l'auteur, sera certainement lue avec intérêt par les étudiants français. Nous leur conseillons de ne point trop chercher, surtout dans la deuxième partie du livre, celle qui s'occupe des lésions des organes abdominaux, des renseignements suffisants pour toujours poser un diagnostic précis. Mais nous sommes convaincus qu'ils auront

grand profit à étudier les pages consacrées à l'étude des maladies de l'appareil respiratoire et de l'appareil circulatoire. Ces deux chapitres qui constituent la plus grande partie de l'ouvrage sont sérieusement approfondis et dignes du public auquel ils s'adressent.

L. LEREBoullet.

Index bibliographique.

DE L'EAU DE COLOGNE COMME ANESTHÉSIQUE, par le docteur HUGUES.

Le docteur Hugues, dans un mémoire lu à la Société de médecine et de climatologie de Nice, rapporte plusieurs faits d'anesthésie déterminée par l'inspiration de l'eau de Cologne. Il fut témoin, pour la première fois, d'un succès complet obtenu chez une jeune phthisique atteinte de méningite tuberculeuse, à la période d'excitation. Les injections à la morphine, le chloral, n'avaient pas amené le calme désiré. Une parente de la malade proposa de recourir à un moyen qu'elle avait déjà employé plus de vingt fois avec succès en pareils cas, et, séance tenante, elle plaça un mouchoir largement arrosé d'eau de Cologne sous les narines de la malade, qui s'endormit profondément au bout de sept minutes. L'expérience répétée chez une autre personne de la même famille réussit également. Le sommeil duraît de une demi-heure à une heure. Pendant les inhalations, le pouls restait à 75. Il n'y avait pas de période d'excitation. L'anesthésie, sans être complète, était très-marquée.

M. Hugues ne tenta pas personnellement de nouvelles expériences. Il pense qu'il faut chercher les propriétés évidemment anesthésiques de l'eau de Cologne, moins dans l'alcool et les essences qui la composent, que dans une sorte d'action hypnotique s'adressant particulièrement aux nerfs olfactifs et analogue à celle qu'exercent les corps brillants placés en deçà de la vision distincte ; les passes du magnétisme, le massage, certaines mélodies languissantes (rien de Wagner), etc.

Il nous paraît beaucoup plus simple de chercher l'explication de l'action stupéfiante de l'eau de Cologne dans les propriétés des essences nombreuses qui entrent dans sa composition ou, si on aime mieux, dans l'association de ces essences.

Toutefois il faut être ancien et quelques expérimentateurs sont peut-être tentés de le renoueler. (N^{ice} médical.)

MÉMOIRES SUR LA GALVANOCAUSTIQUE THERMIQUE, par M. le docteur AMUSSAT fils. In-8 de 127 pages avec 44 figures. — Gernier-Lailletière. Paris, 1876.

En réunissant dans un seul volume ses différents mémoires, M. Amussat a eu pour but principal de faire connaître les résultats heureux auxquels il est arrivé, par ce mode de traitement, dans les ablations des tumeurs pédiculées de la peau et des cancers du col de l'utérus. Dans le premier cas, les observations sont au nombre de dix ; dans le second, au nombre de douze. On lira avec intérêt l'histoire que M. Amussat place en tête de son ouvrage, ainsi que tout ce qui a rapport à l'anse galvanique, dont les indications et le mode opératoire ont été étudiés avec un soin particulier.

DES SONDÉS A DEMAURE ET DU CONDUCTEUR EN BALEINE, par M. le docteur A. AMUSSAT fils.

Le but de cette note est d'exposer une modification faite à la sonde d'argent à conducteur d'Amussat père ; pour supprimer l'emploi du tube de gomme volumineux dont il était obligé de se servir, M. Amussat emploie une sonde d'argent courbe à mandrin. Celle-ci une fois placée, il introduit une sonde en gomme, attachée avec un fil de soie, et il retire la première. Pour changer la sonde, il se sert d'une fine tige de baleine comme conducteur. L'étude des indications et de l'emploi de ces conducteurs en baleine termine le nouveau mémoire de M. Amussat.

QUELQUES REMARQUES SUR LES CALCULS VÉSICAUX ET LA MANIÈRE DE LES OPÉRER A LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE KAZAN, par M. le docteur BENETOW, professeur à l'université de Kazan, avec figures dans le texte et une planche en couleur. — Paris, G. Masson, 1876.

L'auteur de ce mémoire commence par faire remarquer combien la maladie calculuse est fréquente au centre et à l'orient de la Russie ; pour en donner un exemple, nous voyons que, dans la

province de Moscou, depuis 1807, il a été relevé dans les hôpitaux cinq mille cent quatre-vingt-huit cas; dans le gouvernement de Kazan, six cent quarante-sept depuis l'année 1836. M. Beketow attribue cette fréquence aux terrains crétacés et dolomitiques de ces régions, où toutes les eaux sont chargées de chaux dissoute dans d'énormes proportions. Selon cet auteur, les premiers germes doivent être recherchés dans les reins mêmes du fœtus, où se forment de petites concrétions d'urates qui augmentent de volume dans la vessie et se couvrent d'oxalate de chaux, due à la boisson acide, dite kwass, et à la nourriture végétale des habitants. En Russie, les calculs d'une composition autre que l'acide urique et l'oxalate de chaux sont rares; ainsi, M. Beketow n'en a jamais vu de cystine, de xanthine et d'urathéolite.

Après cette étude préliminaire, M. Beketow aborde le traitement; la méthode qu'il a adoptée est la taille latéralisée; les résultats obtenus justifient cette préférence, puisque sur deux cent quatre-vingt-quinze opérés, ce professeur n'en a perdu que douze. Succès dus au point de départ de l'incision, à sa direction, à son étendue, au mode d'introduction et à la forme des tenettes, à leur grosseur, à la méthode d'extraction et à la grosseur du calcul.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans la description minutieuse de tous les temps de son opération, nous renvoyons le lecteur au mémoire intéressant de M. le docteur Beketow.

OBSERVATION D'UN CAS DE CATALEPSIE HYSTÉRIQUE, par le docteur A. ROUX, chef de service de santé aux Iles Saint-Pierre et Miquelon. — Ile Saint-Pierre, 1876.

Cette observation se rapproche par bien des points de celles qui ont été publiées dans ces dernières années par Mesnet, Azam (voir *Revue des cours scientifiques*, 1876), Bardinot et Charcot; voici les phénomènes les plus importants présentés par la malade. La malade, âgée de vingt ans, a accouché il y a trois ans, elle n'a allaité que pendant huit jours, la sécrétion du lait persiste cependant, elle peut être évaluée à 10 grammes par jour à peu près, sauf cependant au moment des règles, où cette sécrétion est plus abondante : elle ne présente ni pyalisme ni aurie. Les accès hystériques sont fréquents; mais ce que la malade présente de plus intéressant, c'est de la contracture musculaire, de la dysphagie, de l'anesthésie, de l'hypnotisme et des accès cataleptiques qu'on peut provoquer à volonté. Sous l'influence de sa volonté, M. le docteur Roux pouvait endormir la malade, la faire parler, lui suggérer des idées, et la rendre intellectuellement passive pendant toute la durée du sommeil provoqué. M. Roux tire de cette observation, prise avec un soin méticuleux, les conclusions suivantes : les liens de parenté entre la catalepsie, l'hystérie, le somnambulisme et l'hypnotisme sont tels qu'on peut considérer ces différents états nerveux, non pas comme autant de maladies distinctes, mais comme des modalités d'une même affection parvenue à une phase plus avancée de développement. Quant à la cause de cette affection, M. Roux pense que la facilité avec laquelle l'hypnotisme est obtenu dépend exclusivement de l'état nerveux du malade, de son irresponsabilité native et acquise, et nullement de la force de volonté de l'opérateur, de manœuvres extérieures rappelant les jongleries des magnétiseurs, d'un agent mystérieux ou d'un fluide inconnu émanant d'un organisme privilégié et exerçant sur un autre une influence occulte. Notons de plus que la malade peut s'endormir elle-même en regardant un objet quelconque avec une certaine fixité et en concentrant toute son attention sur un fait ou une idée unique par une sorte d'abstraction intellectuelle tout à fait volontaire.

MANUEL DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE, par MM. JAMAIN et F. TERRIEN. 3^e édition. — Paris, 1877, Germer Baillière.

Il est inutile de faire l'éloge de cet excellent manuel de pathologie chirurgicale, qui est aujourd'hui un ouvrage classique. Cette troisième édition, refondue par M. Terrien, a été mise au courant de la science actuelle; considérablement augmentée, elle fournira trois forts volumes, dont le premier seul a paru. Il comprend les deux premières parties de l'ouvrage; les maladies qui peuvent se montrer dans toutes ou presque toutes les parties du corps; enfin les affections des divers tissus et systèmes organiques (issu cellulaire, séreuses, peau, artères, veines, vaisseaux lymphatiques, ganglions lymphatiques, nerfs, muscles, tendons et affections inflammatoires des os).

TRAITÉ DE L'IMPUISSANCE ET DE LA STÉRILITÉ CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME, par le docteur Félix ROUBAUD. 3^e édition, 1 fort volume in-8, 806 pages. — Chez J.-B. Baillière et fils. Paris, 1876.

La GAZETTE a déjà rendu compte de ce traité, parvenu à sa troisième édition; nous n'avons donc que peu de chose à ajouter; disons cependant que cette édition a été profondément remaniée, et que, sauf quelques pages, ce sujet délicat a été traité avec un haut réellement scientifique; ce sont les nombreux ouvrages publiés sur cette question, le traité de M. Félix Roubaud est certainement celui qu'on pourra consulter avec le plus de fruit.

VARIÉTÉS

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Voici les noms des internes titulaires et des internes provisoires qui viennent d'être nommés :

Internes titulaires : 1 Vimout, 2 Poulin, 3 Labat, 4 Merlican, 5 Routier, 6 Arnoz, 7 Lapiere, 8 Mossé, 9 Leduc, 10 Brum, 11 Bourcier, 12 Havange, 13 Gille, 14 Galissard (de Marignac), 15 Boudet de Paris, 16 Stalder, 17 Leroux, 18 Talanou, 19 Weil, 20 Clément, 21 Robert (Alphons); 22 Ahadié Touraé, 23 Savard, 24 Bruchet, 25 Süs, 26 Oudin, 27 Barthélemy, 28 Legendre, 29 Letouze, 30 Dubar, 31 Hernal, 32 Ibar, 33 Rivet, 34 Josias, 35 Labbé, 36 Boraud; pour l'Asile de Bercy : 37 Doléris, 38 Brault.

Internes provisoires : 1 Darcy, 2 Gaillard, 3 Ozeune, 4 Faisau, 5 Desnos, 6 Pioget, 7 Bongraud, 8 Mary, 9 Ovion, 10 Gaucher, 11 Laurand, 12 Walsdorf, 13 Bernard, 14 Michaud, 15 Poirier, 16 Comby, 17 Baraud, 18 Herbelin, 19 Regnier, 20 Boulay, 21 Gaillard, 22 Gautier, 23 Vallud, 24 Ferrand (Jacques), 25 Pioget, 26 Boulet, 27 Ferré, 28 Bouchard, 29 Carafy, 30 Butruille, 31 Luizy, 32 Brazier, 33 Catuë, 34 Decaze, 35 Doublet, 36 Bernard, 37 Labarrière, 38 Laurent (Auguste), 39 Hurauger, 40 Ruymond.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — La séance de distribution des prix aux élèves internes et externes des hôpitaux et hospices civils, qui ont concouru en 1876, aura lieu le vendredi 29 décembre 1876, à une heure de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, n° 3. Dans cette même séance aura lieu la proclamation des noms des élèves internes et des élèves externes nommés à la suite des concours de 1876. Avis essentiel. — MM. les élèves actuellement en fonctions, et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours, sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répartition dans les établissements de l'Administration, pour l'année 1877. En conséquence, MM. les élèves devront se présenter au secrétariat général de l'Administration, avenue Victoria, n° 3, pour retirer eux-mêmes et signer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements. Ces cartes seront délivrées : à MM. les élèves internes de 2^e, 3^e et 4^e années, le mardi 26 décembre, à une heure précise, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3; de 1^{re} année et à MM. les internes provisoires, le 27 décembre, à une heure. — A MM. les élèves externes de 2^e et de 3^e année, le même jour, à trois heures; — de 1^{re} année, le jeudi 28 décembre, à une heure précise, pour la première moitié de la liste, et à trois heures et demie pour la seconde moitié, dans le même amphithéâtre.

RECONSTRUCTION DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE. — Le projet des travaux à exécuter, conformément à la loi du 10 août 1876, est aujourd'hui terminé, et cette importante affaire sera l'une des premières soumises à l'examen du Conseil municipal. Les dispositions de ce projet ont été approuvées par le ministre de l'Instruction publique.

INDRET DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE EN FRANCE ET EN ITALIE. — En Italie, le budget de l'Instruction publique, qui vient d'être voté, se monte cette année à 24 400 000 livres ou francs. Le nouveau ministre a fait augmenter de 20 000 francs la subvention demandée pour la nouvelle Académie des sciences qu'on fonde à Rome; cette subvention est portée à 50 000.

En France, le budget de l'Instruction publique s'est accru rapidement dans les six dernières années. Le total de 1870 sera plus que doublé en 1877. De 24 millions, chiffre des dépenses en 1870, il passe à 49 millions.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES. — M. Hamon, docteur en médecine, est chargé, pendant l'année scolaire 1876-77, des fonctions de chef des travaux anatomiques de pharmacie de Rennes.

LA POPULATION DE LA TERRE. — La quatrième publication annuelle de l'ouvrage statistique de Behm et Wagner sur la population du globe vient de paraître. D'après l'évaluation de ces auteurs, la population totale du globe, en l'année actuelle, s'élève à 1 423 917 000 individus, et ils calculent que l'étendue de la surface des terres est de 51 340 000 mille carrés, ce qui donne une densité d'environ 28 individus par mille carré. Ces chiffres se répartissent ainsi, aussi exactement que possible, entre les différentes divisions du globe :

	Milles carrés.	Habitants.	Dens. par mille carr.
Europe.....	3 766 493	309 178 300	82
Asie.....	17 079 383	824 548 500	48
Afrique.....	11 415 891	199 921 600	17 1/2
Australie et Polynésie.	3 381 210	4 748 600	1 1/3
Amérique.....	15 687 840	85 519 800	5 1/2

MAISON DES JEUNES ÉPILEPTIQUES (4, rue de l'Abreuvoir, près de la place de l'Église, à Boulogne-sur-Seine). Fondée et administrée par M. le docteur Lapeyrière. Médecin de l'établissement : M. le docteur Delasiauve, médecin du service des épileptiques à l'hospice de la Salpêtrière.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort de plusieurs praticiens américains : M. J. *Thébaud*, membre du Collège des chirurgiens de New-York, décédé dans cette dernière ville à la suite de l'explosion accidentelle d'une arme à feu ; M. G. *Walter* (de Pittsburg), auteur de plusieurs mémoires sur le traitement des fractures ; M. G. *Privolet*, ancien professeur d'accouchements au Collège médical de la Caroline du Sud. Ce praticien, qui a exercé la chirurgie obstétricale à Charleston pendant de longues années, est mort à New-York à l'âge de quatre-vingt-dix ans.

Deux médecins anglais viennent également de mourir : M. *John Gairdner*, un des membres les plus estimés et les plus connus de la Faculté d'Edimbourg, mort dans cette dernière ville à l'âge de quatre-vingt-six ans ; M. *W. Harvey*, connu par un grand nombre de travaux sur les maladies de l'oreille, et surtout célèbre par le traitement qu'il a proposé contre l'obésité sous le nom de *Banting system*, mort à Londres à l'âge de soixante-dix ans.

— Un jeune docteur désire remplacer pendant quelque temps un médecin de Paris ou des environs. — S'adresser chez G. Masson, éditeur.

Etat sanitaire de Paris :

Du 15 au 22 décembre 1876, on a constaté 870 décès, savoir :

Variolo, 11. — Rougeôle, 10. — Scarlatine, 3. — Fièvre typhoïde, 48. — Erysipèle, 6. — Bronchite aiguë, 29. — Pneumonie, 59. — Dysentérie, 0. — Diarrhée cholérique des enfants, 1. — Choléra infantile, 0. — Choléra, 0. — Angine couenneuse, 21. — Croup, 17. — Affections puerpérales, 4. — Autres affections aiguës, 245. — Affections chroniques, 388, dont 152 dus à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 16. — Causes accidentelles, 24.

AVIS

MM. les Abonnés de la France à la *Gazette hebdomadaire* qui n'auraient pas renouvelé leur abonnement avant le 10 janvier prochain sont prévenus qu'une quittance leur sera présentée le 10 février, augmentée de 1 franc pour frais de recouvrement.

Un mandat collectif, sans frais de présentation quand la somme atteindra 50 francs, sera présenté à la même date à ceux de nos clients qui reçoivent en même temps plusieurs des recueils édités par la maison.

Nous rappelons aux Abonnés de la GAZETTE HEBDOMADAIRE

qu'ils ont droit, moyennant un supplément annuel de 8 francs, à recevoir le BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, publié le dimanche de chaque semaine.

Ce BULLETIN publié en extenso tous les discours prononcés à l'Académie, les discussions, les rapports, etc. Il a formé pour l'année 1876 un volume de plus de onze cents pages.

Le prix de faveur accordé aux Abonnés de la GAZETTE représente à peine les frais de papier et d'affranchissement. Il constitue donc pour eux un avantage considérable.

SOMMAIRE. — PARIS. Congrès des naturalistes à Hambourg : Section de chirurgie : De l'ostéotomie emétriforme du tibia dans le traitement du gonou en dedans : M. Max Schöbe. — Cinquantième Congrès des chirurgiens à Berlin : L'ischémie chirurgicale : professeur Esmerich. — Société de biologie : Lésions du système nerveux central dans les paralysies diphtériques : M. Pierrel. — Académie de médecine : Oculologie. — Anatomie du périoste. — TRAVAUX ORIGINAUX. Physiologie expérimentale : Des erreurs qui ont pu être commises dans les expériences physiologiques par l'emploi de l'électricité. — Pathologie externe : Ostéo-sarcome de l'extrémité inférieure du radius. Désarticulation du coude. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de biologie. — Société de thérapeutique. — REVUE DES JOURNAUX. Discussion brusque de l'urètre d'une femme âgée avec le chloroforme ; extraction de la vessie d'une pierre volumineuse ; guérison rapide sans incontinence. — BIBLIOGRAPHIE. Traité de diagnostic des maladies des organes thoraciques et abdominaux. — Index bibliographique. — VARIÉTÉS. — FUGILTONS. Les planches anatomiques de J. Dryander et de G. H. Ruyf.

G. MASSON, Propriétaire-Gérant.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

- Quelques remarques sur les talents vésicaux et la manière de les opérer à la clinique chirurgicale de Kasan, par M. le professeur Bichdow. 1 vol. in-8 avec figures dans le texte et une planche en cuivre. Paris, G. Masson. 5 fr.
- Traité des maladies du rectum et de l'anus, par le docteur Daniel Moillière. 1 vol. in-8 de 758 pages, avec 20 fig. dans le texte. Paris, G. Masson. 12 fr.
- Histoire de la peste bubonique en Grèce, en Arménie et en Anatolie, par le docteur J.-D. Tholozan. 2^e mémo. in-8 Paris, G. Masson. 2 fr. 50
- Contre-indications pratiques sur le traitement des névralgies, par le docteur P. Poisson. 1871. In-8 de 203 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 2 fr.
- Di diabète phosphatique, recherches sur l'élimination des phosphates par les urines, conditions physiologiques modifiant l'élimination des phosphates, influence du régime alimentaire, variétés pathologiques, par le docteur L.-J. Teissier. 1876. In-8 de 176 pages, avec 7 tableaux et une planche de tracés. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr.
- Lymphatiques utérins et parallèle entre la lymphangite et la phlébite utérines (suite de couches), par Jacques Floupe. 1876. In-8 de 82 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 2 fr. 50
- Les signes certains de la mort mis à la portée de tout le monde afin d'empêcher d'enterrer les personnes vivantes, par le docteur de Comau. Linoges, 1876. In-8 de 72 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 1 fr. 25
- Asiote d'accouchement de la ville de Saint-Petersbourg, matériaux statistiques pour la prophylaxie des maladies puerpérales, par W. Stoiz, accoucheur de la 1^{re} section de la ville de Saint-Petersbourg. 1876. Paris, Hargé et Le Soulier.
- Traitement des maladies de la peau (dartres, acrofolliculite, eczéma) et de l'engorgement de l'utérus par la méthode locale explosive, par le docteur Félix Hochard. 1871. 1 vol. in-8 de 225 pages. Paris, Frédéric Henry. 2 fr. 50
- Guide pratique pour servir à l'examen des cornettes physiques, organologiques et chimiques que doivent présenter les préparations pharmaceutiques officinales inscrites au Codex, ainsi que pour l'essai des médicaments chimiques, par MM. Lajoye et Poircaillard, pharmaciens de première classe. 1 vol. in-8 cartonné. Paris, P. Asselin. 4 fr. 50
- Nutrition in Health and Disease a contribution to Hygiene and to Clinical medicine, by James Henry Bennett. M. D. 2^e édition, 1876. London, J. and A. Churchill. 4 vol. in-8 cartonné. 2 fr.
- Traité d'anatomie pathologique, par le docteur Lancereux. Tome 1^{er}, 2^e partie. Anatomie pathologique générale (gratis pour les souscripteurs). Paris, V. A. Delasiauve et C^o. Prix de la tome 1^{re} complet (1 fort vol. in-8, avec 207 fig. intercalées dans le texte). 20 fr. Cartonné. 24 fr.
- Traité de pathologie interne, par S. Jaccoud. Appendice aux quatre premiers éditions. 1 vol. in-8 avec 4 planches en chromolithographie. Paris, V. A. Delasiauve et C^o. 7 fr. Cartonné. 8 fr.

TABLE DES MATIÈRES

A

Abras — chroniques des parois thoraciques, 524. — par l'injection forcée d'eau phéniquée (traitement des), 602.

Abdomen, 8. — à apparition intermittente (de certaines tumeurs de l'), 206. — (plais pénétrants de l'), 724.

Abd.-ut.-Asis. Sa mort, 382.

ABSELLE. Myotomie vidéo-vaginale ignée contre l'hypertrophie du col utérin, 697.

Académie de médecine. — Discussion sur le myopie, 8. — Discussion sur le leucocytose morveux, 30, 50, 70. — Discussion sur l'influence du rhumatisme sur les transmissions, 57. — Discussion sur un cas de lépre présumé, 135, 200. — Discussion sur l'étiologie de la colique sèche, 248, 281, 300. — Discussion sur le bruit de soufflé puerpéral, 345, 361, 412, 422, 440, 457, 474. — Discussion sur le poussement onaté, 422, 440, 457. — Discussion sur les applications du spiraphore de Woillez, 302, 400, 508, 521, 588, 604, 619. — Discussion sur l'alimentation et le sevrage des enfants, 632, 654, 660, 698, 716, 731.

Académie royale de médecine de Belgique, 80, 106, 218, 314, 345, 413, 441, 633, 638, 761, 807.

Acariens parasites sur l'homme (acclimatation des), 302.

Acés pernicieux à forme apoplectique, 284.

Acclimatement des Français en Algérie (de l'), 450.

Accoutumance. — (précis d'), 550. — laborieux (paralysie des membres inférieurs après l'), 687. — (emploi des anesthésiques dans les), 652. — (célampas pendant l'), 692.

Accoucheur (un cure), 416.

Acide — carbonique aspiré faite au moyen d'un appareil nouveau (étude de la quantité d'), 75. — salicylique pour la conservation des solutions d'acétates (emploi de l'), 100. — carbonique dans la coagulation du sang (rôle de l'), 122, 156. — salicylique employé contre la blennorrhagie, 120. — salicylique dans la thérapeutique des maladies du Poroille (l'), 120. — carbonique sur la respiration (influence de l'), 312. — phénique (empoisonnements par l'), 348. — salicylique en thérapeutique (l'), 504, 600, 642, 707, 760. — dérivé, 122, 605. — urique dans les maladies du foie, 656. — salicylique et salicylates, 251, 670, 700, 707. — picrique dans le traitement des plaies, 716. — sulfurique (empoisonnement par l'), 807. — salicylique (de l'), 827.

Acoustie et de l'acoustique (de l'), 1, 200.

Acouïtisme (expériences faites avec l'), 188.

Adénomyxite périnéale, 131.

Adrophore pumonoire, 701.

Œsthiométrie (sur l'), 535, 600.

Affinité capillaire, 520.

Agaric bulbeux sur la glycémie (influence de l'empoisonnement par l'), 710.

Agès prédiagnostiques, 96.

Aiguës (emploi thérapeutique de l'), 700.

Air. — dans les veines (sur les effets de l'entrée de l'), 83. — atmosphérique (de l'), 246. — sur les phénomènes de désaérafication (action de l'), 258. — dans les veines (sur l'entrée de l'), 300. — comprimé au point de vue mécanique (action de l'), 438.

ALBERGNOT (C.) Essai sur la myocœritie palustre, 429.

Albumine, 429. — dans l'eau sous l'influence de l'acide chlorhydrique (dissolution de l'), 430. — dans l'urine (effet de la fixation sur l'), 390. — par l'iodure double de mercure et de potassium (recherche de l'), 683.

Albuminurie (iodisme et), 200, 208. — (réimite dans l'), 458. — (relation des lésions traumatiques et de l'), 537. — des femmes coïnçées (sur l'), 532.

Aleçons sur la glycose et les diabétiques (action des), 172.

Alcaloïdes éliminés par l'urine (dosage des), 708, 717.

Alcool. — (pansements à l'), 345. — (emploi thérapeutique de l'), 570. — (du danger des boissons contenant de l'), 714.

Alcoolisme sur le leucocytose (influence de l'), 588.

Algérie (de l'acclimatement des Français en), 150.

Altération mentale. — consécutive au rhumatisme articulaire aigu (de l'), 35. — par la lumière solaire (traitement de l'), 157. — par les injections sous-cutanées de morphine (traitement de l'), 202. — (traité de l'), 510.

Altérés, 48. — des altérations viscérales (chez les), 637. — (simulation de la folie chez les), 746. — (responsabilité criminelle des), 740. — (sur les altérations viscérales chez les), 783.

Alimentation des enfants, 632, 641, 651, 695, 696, 698, 705, 731.

ALISON (A.) Action physiologique du Fanastie miséricordie ou fuisse croûtes, 190.

Alimenté, et et sevrage des enfants, 632, 641, 651, 690, 698, 705, 731. — des jeunes oniaux (sur l'), 743.

Allantoïne par synthèse (formation de l'), 445.

ALLAUBT. Étiologie des granulations rénales, 555.

Allopécie (traitement de l'), 427.

ALTRAÏS. Applications pratiques à l'électro-électricité, au diagnostic et à la thérapeutique, 429.

Altitudes sur la marche de la phthisie (influence des), 716.

Amandes douces (existence de l'aspargine dans les), 746.

Amanite muscaria (section physiologique de l'), 109.

Amarure et de l'amblyopie unilatérale (simulation de l'), 388.

Ambulances (des voitures et fourgons d'), 713.

Amerique médicale, 575.

Ammoniaque. — dans l'eau de Seine (dosage de l'), 103. — entre les eaux naturelles et l'atmosphère (échanges d'), 210, 246. — contenue dans les eaux (sur la disparition de l'), 537.

Amnésie (castration de la muqueuse pharyngienne dans le traitement de l'), 607.

Amour et onanisme, 150.

Amphithéâtres de dissection (construction des), 698.

Amputations. — sous-astragales et tibio-tarsales, 185. — sous-malleolaire, 346. — des membres (ligature appliquée à l'), 697.

AMUSAT (A.) Sur la galvanocaustique thermique, 830. — Des sondes à demeure et du conducteur en héline, 830.

Amygdales caecæuse chronique, 263.

Amylo (effets produits par l'inspiration des vapeurs d'), 306.

Amyotrophie, 235.

ANALIMÉ ANAPYRICO, 00, 93, 798.

ANALIMÉ, nérologie, 411.

Anémies. — progressive pernicieuse, 38. — (caractères anatomiques du sang dans les), 430, 455, 472. — perniciose progressive, 480, 491, 520. — (des diverses formes d'), 493. — idiopathique, 555. — essentielle et transmission du sang, 559. — (du sang dans l'), 708. — (sur l'action du fer dans l'), 700. — pernicieuse (cas d'), 810.

Anesthésie. — par injection intra-veineuse de chloral, 413, 493, 701. — par l'éther (accidents dus à l'), 582. — dans l'hémiplegie hystérique (de l'), 638.

Anesthésiques. — (sur les), 192, 458, 465. — sur les végétaux (action des), 530, 534. — dans les accouchements (emploi des), 652. — (de l'action des), 700. — (de l'eau de Cologne comme), 830.

Anévrysmes. — du crâne popité guéri par la compression digitale intermittente, 187. — milliaires de la rétine, 188. — de l'orte dans la trachée et les bronches (ruptures des), 191. — de la crosse de l'aorte (cas d'), 318. — de l'hyoglossaire, 510. — milliaires sur le trajet des artères coronaires, 538. — (cure d'un), 572. — de la crosse de l'aorte, 670.

ANEX (Th.) Lésion du nerf crémieux, suite de luxation de l'épécule, 75. — Sur le genu valgum, 675. — Sur la lymphangite ganglionnaire, 522.

Angines rhumatismales et gouteuses, 636.

Angioplastie médicale, 638, 814.

Aniline (accidents dus à l'), 932.

Anoïsme (les mouvements du cœur et l'), 192.

Anouaire de thérapeutique, 714.

Anomalies vasculaires importantes (sur deux), 398.

ANTRUX (traitement de l'), 587.

Aorte. — abdominale (paralysie par oblitération de l'), 9, 317. — abdominal (oblitération de l'), 180. — dans la trachée et les bronches (rupture des anévrysmes de l'), 101. — dans

les bronches (rupture d'un anévrysmes de la crosse de l'), 318. — procédé de contention d'un anévrysmes de la crosse de l'), 670.

APERTOS. Constipation spastique produite par un lipome pédiécal du rectum, 205.

APHASIE et hémiplegie droite syphilitique, 51, 86, 99, 116, 214, 208. — provenant de la perte des mouvements coordonnés nécessaires à la prononciation, 69. — consécutive à la fièvre typhoïde, 288.

APLASIE lamineuse de la face (cas d'), 220.

APMORPHINE (des effets du chlorhydrate d'), 425.

APPOXIE spinale (de l'), 221.

APPRELLA. — d'Emarck médité, 483. — médicaux, 420.

Apparets (assainissement des), 30.

ARABE en Occident (la science), 120, 145, 200, 324, 337. — (histoire de la médecine), 427.

ARCHAMBAULT. Sur la fréquence du ténis et sur les tenifuges, 57.

ARÈMÈTES pour déterminer la densité (d'une cause d'erreur dans l'emploi des), 410.

ARISTOLOCHES (rhizomes d'), 825.

ARLAUD. Cas d'épilepsie traumatique, 233.

ARLES. Traitement de l'inversion utérine, 555.

ARMENGAUD (H.) De la greffe animale, 687.

ARMENGAUD. Sur une névrose naso-motrice hystérique, 518, 545.

ARMÉE (loi sur l'administration de l'), 514, 738.

ARSENIC. — (recherche chimico-légale de l'), 280. — dans les vins fuscifiés (recherche de l'), 472, 673. — (cas d'intoxication par l'), 525.

ARSENIAUX (doses toxiques et contre-poison des), 45.

ARSONVAL (d'). Instruiments à température constante, 523.

ARTÈRES. — humérale (ligature de l'), 67. — sous-clavière au dehors des scapules (ligature de l'), 91. — poplitée (anévrisme de l'), 137. — pulmonaire (embolus mortel de l'), 189. — (sur la torsion des), 219, 233. — radiale (hémorragie et ligature de l'), 240. — aorte et iliaque primitives par un callot (paralysie par oblitération des), 317. — cérébelleuse postérieure et inférieure (thrombose de l'), 430. — hypoglossique (anévrisme de l'), 510. — coronaires (anévrismes milliaires des), 538. — dans la maladie de Bright (état des), 555. — axillaire à la suite d'une fracture du la clavicle (oblitération de l'), 652. — aorte (anévrisme de la crosse de l'), 670. — en canoïdes externes (cas de ligature de l'), 709.

ARTÈRE — suppurée d'origine rhumatismale (moor), 189. — altérée, anatomie unilatérale hémiplegique, 812.

ARTICULATIONS (plaies des), 344.

ARTICULÉ (étude sur les yeux des), 301.

ASPARAGINE dans les amandes douces (existence de l'), 746.

- Asphyxia.** — des nouveau-nés (sur 1^{er}), 44. — par submersion (traitement de l'), 482, 508. — (sphère dans le traitement de l'), 588.
- Assainissement.** — des appartements, 39. — des halles centrales, 433.
- Assurance médicale dans les campagnes,** 783.
- Association des médecins du département de la Seine,** 475, 494.
- Association française pour l'avancement des sciences,** 383, 533, 551, 567, 593.
- Association générale des médecins de France,** 270, 280, 303.
- Association (American Public Health),** 62.
- Assurances sur la vie,** 405, 501.
- Asthénopie consécutive aux maladies aiguës (emploi du sulfate d'éstrine contre l'),** 75.
- Ataxie locomotrice.** — (des troubles psychiques dans l'), 441. — (cas d'), 230. — (altération des humeurs dans l'), 304. — (dilaté avec hallucination dans l'), 270. — (altération de la sensibilité dans l'), 305. — (troubles laryngés et pharyngés dans l'), 425. — progressive (crises séparées) dans l'), 484, 400. — syphilitique, 765.
- Atropine (de l'),** 214. — des nouveau-nés (altération des urines dans l'), 540.
- ATYLER (W.).** Traitement des tumeurs fibroïdes de l'utérus, 730.
- Atmosphère.** — (de l'atmosphère de l'), 246, 246. — (composition de l'), 246. — (corpuscules ferrugineux de l'), 430.
- Atropine.** — musculaire progressive et saturnine (état des fibres musculaires dans l'), 425. — unilatérale de la face (cas d'), 403, 406. — des muscles au voisinage des articulations indolentes, 219. — musculaires dans un cas de syphilis maligne presen, 784.
- AUDIOT, Vey. DUJARDIN-DEAUVRE.** Audition (sur l'), 445.
- Autopse dans les hôpitaux militaires,** 692.
- AZENFELT.** Nécrologie, 500, 738.
- AZAM.** De la double conscience, 554.
- B**
- Bactéries (sur la structure et le développement des),** 303.
- BADAL.** Nouvel ophtalmique, 437. — Moyen de corriger in vivo chez les myopes et les hypermétropes dont l'œil visuel est déformé, 463. — Mesuration des centres de diffusion rétinienne, 291. — Ophtalmoscope à réflexion, 717.
- BAILLY.** De l'inutilité de la section du illet chez les nouveau-nés, 325.
- BAILLY (de Chamblay).** Cancer du larynx, 458.
- Bains froids dans la fièvre typhoïde,** 762, 800.
- BALA (H.-Ch.).** Lécions sur les maladies mentales, 605. — Phénomènes vaso-moteurs dans un cas de tumeur cérébrale, 718.
- BALZER.** Cas de fureur humaine traité par le jaborandi, 333.
- BARADUC.** Statistique chirurgicale, 554.
- BARRELL.** Les variétés considérées dans leurs rapports avec l'embolie, 314.
- BARÉ.** Paraplégie par oblitération de l'orte et des iliaques primitives par un caillot, 317. Voy. DESROS.
- BARLOW (Th.).** Cas d'hémiplegie double, 555.
- BARNES (R.).** Traités cliniques des maladies des femmes, 490.
- BARTHOLOW.** Sur l'influence de la civilisation sur les maladies nerveuses, 714.
- BARTLIS (H.-Ch.).** Influence des forces physico-chimiques sur la fermentation de l'urine, 504. — Sur la fermentation de l'urine, 507.
- BAUDON.** Opportunité de la résection de la hanche dans la coxalgie, 124.
- BAUDOT (E.).** Cas présumé de loup, 225.
- BAUME DE GURGAN (E.).** 207.
- BAUREGARD (G.).** Des difformités des doigts, 254.
- Boe-de-livre (opération du),** 219, 520.
- BÉCHET.** Forces électro-motrices produites au contact des liquides séparés par des diaphragmes capillaires, 236.
- BÉDONT.** Propriétés antiseptiques du borax, 329, 313.
- BÉHIER.** Nécrologie, 303, 318.
- BÉKETOV.** Sur les calculs vésicaux et la manière de les opérer à la clinique de Kazan, 330.
- BÉLIÈRE et MARTIN.** Traités de la syphilis, 142.
- BELL (B.).** Traitement de la coqueluche par l'iode d'argent, 209.
- BELLECONTRE.** Des kystes hydatiques comprimant la moelle épinière, 550.
- BELIN.** De l'iode d'amidon contre les empoisonnements, 760.
- BENSON.** Sur le traitement de l'épulis, 553.
- BENOISTE (G.).** Sur un kyste hydatique du lobe terminal par fistule oculo-bronchique, 646.
- BÉNÉCRÉPÉ-FÉRAUD.** Trois cas de maladies des Européens au Sénégal, 443. — La colique de plomb à la Martinique, 248.
- BÉRIOT.** Rapport sur les moyens de constater la mort civile, 712.
- BÉROU.** Phénomènes nerveux dans l'arrangement bornier, 609. — Fracture du crâne, 660.
- BÉRON (G.).** De la grossesse chez les très-jeunes filles, 820.
- BÉRON (J.).** Accidents dus à l'antième, 232.
- BÉROUAN.** Cas de monstre double autiste, 733.
- BERNARD (Cl.).** La physiologie et la pathologie; l'observation et l'expérimentation, 48. — Critique expérimentale sur la formation de la matière surée dans les animaux, 38, 54. — Des méthodes expérimentales, 50. — La circulation générale et les circulations locales, 85. — Sur la formation du sucre dans le sang, 295, 301, 410. — Mode d'action des anesthésiques, 458, 465, 700. — De la glycérine, 200, 539. — Action des anesthésiques sur les végétaux, 530, 531.
- BERNARD (de Monbrun).** De la cure du rachitisme par le lait de chèvre, 23.
- BERNHEIM.** Note sur le spontanéité de la fièvre, 27.
- BÉRET.** Kystes pileux suppurés de l'ovaire, 426.
- BÉRET (P.).** Expériences sur le vaccin, 40. — Sur les effets de l'accumulation de glycose dans le sang, 347. — Etude sur l'accumulation à la chaleur, 322. — Action de l'air comprimé au point de vue mécanique, 458. — Influence des couleurs sur la végétation, 523. — Mort subite par excitation du pneumogastrique chez des nerfs laryngés, 708. — Sens du cheminement des excitations dans les nerfs, 812. — Apparence à distance des vers viciés, 812.
- BERTHOIT (A.).** Grossesse et maladies du cou, 238.
- BERTILLON.** De la natalité en Belgique, 633. — Sur la mortalité des enfants, 695. — Utilisation des données de Pôit civil pour la démographie, 630.
- BÉRYN (E.).** De l'emploi de la ceinture chausse-trap dans les maladies intermittentes, 301.
- BESMER (E.).** Compte rendu annuel des travaux de la société médicale des hôpitaux, 40. — Maladies récentes, 106, 257, 748. — Note rectificative sur les travaux de M. M. Guignol sur le rhumatisme, 719. — Sur l'épidémie de fièvre typhoïde, 808.
- BEURMANS.** Cas d'hémiplegie, 544.
- BEZOLD (F.).** L'acide salicylique dans la thérapeutique des maladies de l'oreille, 120.
- BOAUX (H.).** Voy. GUYOT (P.).
- Bile dans l'urine (sur un priénué réactif nouveau du la),** 352.
- BILLET.** Des influences de la respiration et la température (action des sel), 105, 178, 340.
- BILBARTH (Th.).** De l'enseignement dans les Universités allemandes, 479.
- BIROT.** Sur la nature de la couche des liquides d'épanchement, 08.
- BIYOT.** De la ligature appliquée à l'amputation des membres, 697. — Castration de la femme phlegmoneuse dans le traitement de l'aménorrhée, 697.
- BLACHE.** Le narcisse des prés comme vomitif, 472.
- BLACHEZ.** Les diathèses, et en particulier l'atix rhumatismal, dans leurs rapports avec le traumatisme, 17. — Insuffisance des ressources thérapeutiques dans les hôpitaux d'enfants, 33. — l'Ure du traitement de la rage cervicale chez les nouveau-nés, 305. — L'alimentation des nouveau-nés, 305. — Traitement de la fièvre typhoïde par la méthode réfrigérante, 803.
- BLAKE.** Surdité chez les enfants, 745.
- BLATIN fils.** Rapports entre le travail musculaire, la chaleur et la production d'urée, 500.
- Blennorrhée (le kav-kava contre le),** 204.
- Blépharoplaste (cas de),** 230.
- Blépharostat (nouveau),** 345.
- Blessés après la bataille de Sedan (les secourus aux),** 702.
- BLOT.** Emploi des anesthésiques dans les accouchements, 653. — Alimentation des nouveau-nés, 740, 731.
- BOCHARD.** Mort relevée par le chloral chez un chien atteint d'endo-péricardite, 220. Mouvements réflexes des muscles de la face provoqués par l'excitation mécanique de la dure-mère, 335.
- BODDAERT (R.).** Sur la part qui revient au degré de perméabilité des voies lymphatiques dans la production de l'œdème, 28.
- BOCKEL (Eug.).** De l'ostéomyélite suppurée, 654.
- BOECKEL (J.).** De l'ostéotomie dans le traitement des courbures rachitiques des membres inférieurs, 437.
- BORAX (propriétés antiseptiques du),** 455, 320, 343.
- BORDIER.** Les acônites et les acônites, 1. — Narcotisme par le protoxyde d'azote, 733.
- Botal (trou de),** 701.
- BOUCAUD.** Sur la sémiologie des maladies nerveuses, 524.
- BOUCAUD.** Altérations des humeurs dans l'ataxie locomotrice progressive, 361. — Sur l'hygiène et la prophylaxie des maladies vénériennes, 447, 405, 497, 530, 504, 577, 600, 625, 672. — Dosage des alcaloïdes dans l'urine, 710.
- BOUCAUD et CADIER.** Recherche de l'albumine par l'iode double de mercure et de potassium, 683.
- BOUCAUD.** Annuaire de thérapeutique, 439. — Nouveau formulaire magistral, 53. — Boucherie (commerce de la), 321, 327.
- BOUGERON.** Recherche sur la section du nerf optique et des nerfs ciliaires comme traitement de l'ophtalmie sympathique, 395.
- BOUGRY.** De l'amygdalite caséuse chronique, 203. — Mortalité des nouveau-nés, 685. — Des signes de la mort, 712.
- BOULON (E.).** Recherche de la tûchisme dans le vin, 781.
- BOULLAUD.** Nouveau cas d'apoplexie Médée des facultés intellectuelles, 69. — Du bruit de souffle pœrpal, 361, 423, 474, 623.
- BOULLET.** De l'onanisme chez la femme, 650.
- BOULLON-LAGRANGE.** Des conditions de la curabilité des embolies, 150, 178, 228, 243, 270, 293.
- BOULY.** Fièvre du tibia d'un cheval, 528.
- BOURBON.** De la bromo-potasse intermittente, 30. — Le phlogon dans ses rapports avec le diabète sacré, 533.
- BOURVILLE.** Hémiplegie cérébrale infantile, 92. — Bromure de camphre, 500. — De l'action physiologique du nitrite d'amyle et de son emploi dans l'épilepsie, 558.
- BOUVES scrotes (lésions syphilitiques des),** 558.
- BRADYUR.** Anémie idiopathique, 555.
- BRANKE.** Recherche chimico-légale de l'arsenic, 280.
- Brûle chimique, 512.**
- BRANWELL (Byron).** Un cas de la maladie de Ménière, 235.
- BRETT (H.).** Voy. CORNILLON.
- BRIDOLIA.** Sur le dièvre typhoïde, 314.
- BRUGN (P.).** Sur les nerfs vaso-moteurs, 622, 783.
- BRUCA.** Sur un cas de cysticerques multiples chez l'homme, 470. — Sur quelques points de l'histoire des circonvolutions, 508.
- BRUGNARD.** La vérité sur les enfants trouvés, 410.
- Bromhydrate.** — de quinine (du), 58, 76. — de quinine dans le traitement de la fièvre paludéenne (de l'huile du), 409. — de cicutina, 348.
- Bromure.** — d'atylle, 425. — de potassium (propriétés caustiques du), 508.
- Bronches (causes des),** 303.
- Bronche-pneumonie intercurrente,** 20.
- BROUARD.** Influence des purgations et de l'émulsion sur la propriété des globules rouges du sang, 491.
- BROWN-SÉQUARD.** Des localisations cérébrales, 10, 27. — Hémiplégie directe dans les cas de lésions cérébrales, 75. — Des convulsions du même côté que la lésion cérébrale, 91.
- BROWN (Léon).** Otite nasale postérieure et auriculaire, 602. — Traitement du goitre, 602.
- BUCK (A.).** Traitement des maladies des oreilles, 745.
- BUCKLEY.** Eczéma et psoriasis, 720.
- BUDIN.** Sur l'asphyxie des nouveau-nés, 44. — De la tôte du fœtus au point de vue de l'obstétrique, 767, 797.
- Buiget.** Nécrologie, 318.
- Bulle.** — réaction (hémiplégies scrotes du), 835. — (remoulement embolique du), 838.
- BUNSTADT (Freeman).** Nature du virus syphilitique, 720.
- BUREAU.** Calcul des bronches, 203.
- BUREN (Van).** Traitement de l'andrysmie, 715.
- BURR.** Lésions traumatiques du crâne et du cerveau, 425.
- BUSSARD.** De la mort subite dans la fièvre typhoïde, 723.
- BYFORD (H.).** Hémorragies non purpérales de l'utérus, 730.
- C**
- CADÉ.** De GASCQUET. De l'emploi du sulfate d'éstrine dans la chorée, 400. — Croup à forme chronique, 453. — Discours prononcé aux obèses d'Isambert, 747.
- CADAT.** Muscles du col de la vessie chez l'homme et la femme, 347.
- CADIER.** Voy. BOUCAUD.
- Caffé.** Nécrologie, 730.
- Calcéum (extirpation sous-périoste du),** 407, 507, 527.
- Calculs opérés (manifestations rhumatismales et goutteuses chez les),** 557, 580.

- Calcos. — urinaire vaginal, 124. — des brucelles, 263. — de l'intestin, 440, 780. — urinaires d'urostaltite, 805. — vésicaux et manières du os après à l'ém. 830.
- CALENDER (W.). Traitement des abcès par l'injection forcée d'un phénolique, 602.
- CALMETTE (E.). Hémi-anesthésie consécutive à la fièvre typhoïde, 572.
- Canal artériel chez les animaux domestiques, 701.
- Cancer. — du larynx (cas de), 158, 203, 292. — du testicule chez un enfant, 310. — métastases des pommiers, 317. — des lèbres (sur la), 505.
- Canceride lingual (cas de), 185.
- CANTANI (A.). Le diabète sucré et son traitement diététique, 440.
- Capillaires chez l'embryon (sur le développement de), 701.
- Carboneux (acide). Voy. Acide.
- Carbures (mécanisme des accidents), 773, 780.
- CARPENTIER-MÉRIQUOT (J.-E.). Pathologie et traitement des hémorragies utérines lors de la grossesse et de l'accouchement, 230.
- CARTAZ (A.). Des névralgies envisagées au point de vue de la sensibilité réciproque, 478.
- CARTIER et MASSON. Curé du larynx 621.
- CARVALHO (de). Assainissement des spermatozoaires, 39.
- CASSELLI (Asello). Cure d'un anévrysme, 573.
- Catapsse. — (effets de l'électricité dans la), 171. — hystérique (cas de), 831.
- Catapsse hysterique, 84, 402.
- Cataracte. — ophtalmique de la, 552. — chez le vieillard (opération de la), 903.
- Catarrhes de l'urètre chez l'homme, 417.
- Causes et ses eaux minérales (de), 300.
- CAZAL (du). Cystite chronique, 740.
- CAZAL. Traitement de la fistule vésico-vaginale, 234. — Rapports de la grossesse avec les maladies chirurgicales, 345. — — Corps étrangers de l'ovaire, 452.
- CAZIN et PERRUCHON. La coxalgie à l'hôpital de Berck, 290.
- Cellulose (transformation du sucre en), 507.
- Centaurée chausse-trape dans les maladies intermittentes (de l'emploi de la), 301.
- Centaurée américaine, 01.
- Cercles de diffusion rétinéens (mesurés de), 235.
- Cérébrales. — (des localisations), 40, 37, 58, 130, 458, 754, 761, 780, 794. — (des localisations dans les maladies), 41.
- Cerveau. — consécutive aux amputations (astropie du), 27. — sur la topographie 40, 44. — à la moelle (trajet des cordons nerveux qui lient le), 55. — (troubles circulatoires du fond de l'œil dans les traumatismes du), 123, 485. — lésion traumatique du), 425. — (action calorifique de certaines régions du), 465. — (hydriatés du), 207. — et ses fonctions (le), 207. — (étude géographique des mouvements du), 411. — (circulation supplémentaire dans le), 422. — (d'infarctus), 444. — par l'œdème (modifications du), 444. — (influence des modifications du système nerveux périphérique sur le), 445. — (topographie du), 784. — (lésions corticales du), 812.
- Carvets (ramollissement du), 420.
- CÉSAR (A.). Sur les fractures du Pépitréon, 655.
- Césaire sur l'accouchement à la), 332.
- CHALOT (V.). Monographie épidémiologique rhumatismale, embolus mortel de l'artère pulmonaire, 489.
- CHAMBERLAND (Ch.). Voy. JOUBERT (J.).
- Champignons (duempoisonnement par les), 657.
- CHANOULEUX (A.). Des lésions rénales dues aux obstacles au cours de l'urine, 346.
- CHARDENNIER. Des quarantaines, 604.
- CHARGOT. Des localisations cérébrales, 10, 27, 458.
- CHARRIÈRE. Nécrologie, 288.
- Chausses (grande), 377.
- CHASSAGNAC (A.) et ESCHAY-DESMOUSSES. Guide médical pratique de l'officier, 305.
- CHAUD (J.). Des causes d'insuccès dans la recherche de minimes quantités d'iode, 38.
- CHAUVEAU. Des conditions physiologiques qui influent sur les caractères de l'excitabilité unipolaire des nerfs, 21. — Etat physique des matières virulentes, 122.
- CHAUVEAU (F.). Précis d'opérations de chirurgie, 624. — Calculs urinaires d'urostaltite, 805. — Ostéo-arthrose de l'articulation inférieure du radius, 823.
- CHEVET et SEVÈSTRE. Intoxication saturnine chez les passereaux qui préparent les nids à l'hiruqet, 45.
- CHÉREAU (A.). A propos d'un discours académique de la professeur Tourdes, de Nancy, 65, 07. — Curiosités médicales, 680, 721, 727.
- CHIBRET. Myopie progressive, 500.
- Chirurgicales (pathologie et clinique), 514.
- Chirurgie. — de guerre, 205. — antiseptique à Hall (la), 602. — (précis d'opérations du), 621. — antiseptique (sur la), 715.
- Chloroform. — comme topique dans la pyriose (sur l'emploi du), 58. — (des injections intra-veineuses du), 100. — (sur la formation des), 140. — (traitement de tétanos par le), 170. — dans la leucorrhée (de l'usage du), 175. — d'un chien atteint d'endo-péricardite (mort par le), 220. — (troubles de la digestion à la suite d'injections intra-veineuses du), 313. — (cas de tétanos vainement traité par le), 358, 374, 404. — dans la rage humaine (injection intra-veineuse du), 364, 500. — (anesthésie par injection intra-veineuse du), 413, 403, 761. — dans le tétanos traumatique (le), 420. — sur la manœuvre du Pielomax (action topique), 702.
- Chlorhydrate. — d'apomorphine (des effets du), 185. — de morphine (injections sous-cutanées de), 93, 462, 300.
- Chloroforme. — (mort par le), 240. — (du), 602.
- Chlorose (du fer dans le), 204, 283.
- Chloroxaléthylène (du), 144.
- Chlorure de calcium dans l'arrosage (le), 421.
- Chlorure dans la fièvre typhoïde, 588.
- Chlores dans le centre de la France (sur la), 537.
- Cholestérine (de la), 715.
- Chorée. — (de l'emploi du sulfate d'extrême dans la), 100. — dans le globe exophthalmique, 017. — (un cas de), 687.
- CHOUVET (H.). Sur un accident possible à la suite des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine, 162. — De la muscarine, 250, 291. — Du croton-chloral, 205, 300. — Troubles de la digestion à la suite d'ingestion de chloral, 205. — Lodosme et albuminurie, 300. — Des anasthésies, 405. — Lésions nerveuses centrales dans les paralysies diphtériques, 818. — Passim.
- CHRISTIAN (J.). Étude sur le mélanisme, 223.
- Cicutine. — (bromhydrate de), 348. — (action physiologique des sels de), 424. Ciguë contre les contractions morbides des muscles (de l'emploi de la grande), 423.
- Circovolutions compliquées dans le cerveau, 423, 762. — (sur l'histoire des), 508.
- Circulation. — générale et les circulations locales (le), 85. — après les lésions de la moelle cervicale (état de la), 444. — du sang (du changement de volume des organes dans ses rapports avec la), 346.
- générale (influence de l'arrêt de la circulation cérébrale sur la), 523. — artérielle (influence mécanique de la respiration sur la), 630. — (action de l'excitation vasculaire sur la), 797.
- Circonvolutions intermittentes (cas de), 189.
- Clavicules. — (fracture de la), 652. — (cas d'absence presque complète des), 701.
- Clinique. — obstétricale (leçon de), 230. — chirurgicale, 514. — médicale, 430. — ophthalmologique de l'hospice des Quinze-Vingts, 814.
- Cœur. — sur la menstruation, la grossesse et son produit (de l'influence des maladies du), 45. — soumis à des excitations artificielles (mouvements du), 131. — (des variations régulières d'excitabilité du), 155. — et l'anisimie (les mouvements du), 102. — (grosseur et maladies du), 230. — (sur les intermittences du), 230. — (phénomène stéthoscopique propre à l'hypertrophie du), 255. — (dans les variations électriques du), 570, 500. — de l'embryon (du), 508. — (fonctionnement des valvules auriculo-ventriculaires du), 684. 728. — (sur l'innervation du), 686. — Voy. Cardiaques.
- Col. — utérin pendant l'accouchement (déchirure du), 230. — de la vessie (muscles du), 347. — utérin (anomie dans l'hypertrophie du), 097.
- COLLE (G.). De la leucocytose morbide, 8, 49, 70. — Etat physique des matières virulentes, 123.
- COLIN (L.). Du tétanos dans l'armée, 41. — Rapport des oreillons avec les fièvres éruptives, 168.
- Colique. — de plomb à la Martinique (de la), 248. — dans les pays chauds, 281, 322, 330. — saturnine (sûreté de potassium dans la), 710.
- Colloïdes (des matières), 140.
- Colonne pour les enfants idiots ou arriérés, 623.
- Colonne vertébrale (mouvements de flexion et d'extension de la), 610.
- COLNA. Pneumographe double, 537.
- Colonne vertébrale (d'agitation fonction des arènes anatomiques, physiologiques, etc.), 257, 271. — pour les hôpitaux militaires (le), 435.
- Conducteur en balaie (du), 830.
- Congestion pulmonaire chez les enfants, 783.
- Congrès annuel de l'association médicale anglaise, 479, 496, 555, 570, 588, 590.
- Congrès annuel de la société ophthalmologique (comptes rendus du onzième), 335.
- Congrès international d'hygiène et de sauvetage (Bruxelles, 1876, 107, 625, 644, 654, 712).
- Congrès médical international du Philadelphie, 329, 708, 714, 729, 745.
- Congrès périodique de l'Association médicale américaine (27^e session. — Philadelphia), 430.
- Congrès périodique international des sciences médicales, 414.
- Conjunctive. — granuleuse en Algérie (de la), 105. — (traitement des maladies de la), 745.
- Consignes (Marinago), 14, 368, 644, 697.
- Conscience (du fer dans le), 554.
- Constantin F. d'acier, 477.
- Constipation ophtalmique due à un lipome du rectum, 205.
- CONTAMIN. Sur les hémorragies puerpérales, 527.
- Contractilité musculaire chez les animaux tués par les anesthésiques (état de la), 108.
- Contract (Hermann), 145.
- Contractions. — granuleuses (note sur les), 205. — idiopathiques des extrémités (troubles de la sensibilité dans la), 269.
- CONTY (L.). Sur l'entrée de l'air dans les veines, 399.
- Convulsions. — du même côté que la lésion cérébrale (de), 041. — épiléptiformes dans la paralysie générale, 92. — dans les méningo-encéphalites, 685.
- COPEZ. Névrose hémiparétot, 345.
- CORDEAU. Sur l'hydrogène d'argent (traitement de la), 393.
- Cordeau. — reflux (contingent du), 218. — embilical (modification au retour du), 413.
- Cornées tumeurs (anatomie pathologique des), 458.
- CORNILLON. Ulcères et fistules diabétiques, eaux alcalines, 570.
- CORNILLON et BERTH (H.). De l'action des eaux alcalines sur la glycosse et les diabétiques, 172.
- Coton. — de verre (du), 780. — hydrophile (du), 735.
- Coude (cas de désarticulation du), 823.
- Coussou des liquides d'épanchement (sur la nature de la), 98.
- Coussou sur la végétation (influence des), 523.
- COULSON (V.). Mortalité à la suite des opérations de lithotomie et de lithotrie, 654.
- Coup de feuet (de certaines formes graves du), 500.
- COUSNET (F.). Des opérations applicables au bec-de-lièvre compliqué, 526.
- COUSNET (F.) et DEBRASSE (G.). Parésie complète du trijumeau, 075.
- COURTET. Atrophie unilatérale de la face, 490.
- COUNTY. Du traitement de la métrite chronique par l'ignipuncture, 535. — Manifestations du rhumatisme ou de goutte chez les calculeux, 380.
- COUTY. Sur les effets de l'entrée de l'air dans le sang, 33. — Etat de l'excitabilité des nerfs moteurs chez les animaux tués par les anesthésiques, 408. — Section des racines spinales postérieures — des granouilles, 294. — Température centrale et température des extrémités dans les maladies fébriles, 304. — Cas de purpura, 424. — Cas de compression d'une moelle épinière avec phénomènes nerveux, 445. — Influence de l'arrêt de la circulation cérébrale sur la circulation générale, 523. — Purpura d'origine nerveuse, 635, 507, 019, 027. — Physiologie expérimentale du grand sympathique, 729.
- Coxalgies. — sans luxation (des causes du raccourcissement réel du membre à la suite des), 2. — (opportunité de la résection de la hanche dans le), 124. — à l'hôpital de Berck (le), 200. — (sur la), 535. — (trinité de la), 745.
- COYNE (P.). Voy. LAUREN (L.).
- Crâne. — par armée fuo (fracture du), 74. — et du cerveau (lésion traumatique du), 125. — (cas de fracture du), 174.
- Craniectomie (dans les fractures du), 007.
- Craniectomie (sans fracture du) (de fracture du), 669. — avec issue de matière cérébrale (fracture du), 685.
- CRAB. Sur les lésions traumatiques de l'urètre, 810.
- Crémation. — du corps de M. Keller, 80, 96. — des morts, 460, 483.
- CRÉQUET. Sur un moyen d'arrêter les hémorragies, 413.
- Cristallin. — des pendus (de la dialactation du), 325.
- CRISTOPARI (F.-V.). Traitement des hémorrhoides, 767.
- CROCCO. Des dangers des boissons alcooliques, 714. — Sur la contagion de la fièvre typhoïde, 809.
- Crotales (mesures des), 192.
- Croton-chloral (de l'action anesthésique du), 205, 300.
- Group. — à forme chronique, 453. — tétanotomique et paralysie faciale consécutive, 654.
- Curve (du sulfate de), 472.
- CULLINGWORTH (J.). De l'hémorrhagie vulvaire chez les nouveau-nés, 381.

Caré accoucheur (au), 416.
CURIE (E.). Emploi de l'acide picrique dans le traitement des plaies, 716.
 Carotides médicales, 680, 721, 737.
 Catarrhes. — (maladies), 365. — (traitement des maladies), 446. — (fréquence des affections), 723.
CYON (E.). Rapports physiologiques entre le nerf acoustique et l'appareil moteur de l'œil, 517. — Note sur les contractures musculaires, 205.
 Cystiverques multiples chez l'homme (sur un cas de), 170.

D

Dactyloles (des), 251.
DAGNY (H.). Traité des maladies mentales, 510.
DALLY (E.). Aperçu général de l'Exposition et du congrès de Bruxelles, 625, 614. — Grammatique pulmonaire, 781.
 Daltonisme, 730.
DARBOUX (G.). De l'expectoration dans la phthisie pulmonaire, 655.
DARESTE (C.). Nutrition de l'embryon dans l'œuf de la poule, 716.
DARWIN (Ch.). Les plantes carnivores, 350.
DASTRE. Sur les graisses acéto-phosphorées dans les végétaux, 718.
DEBOUT. Étologie de la gravelle, 156. — Étologie de la pierre, 281.
DEBOVEY (J. RENAUT). État des fibres musculaires dans l'atrophie musculaire progressive et saturnine, 125. — Procédé de dissociation des fibrilles musculaires, 366.
DECAISNE. Grande-Chartreuse et eau de mélisse, 377.
DECAISNE (G.). Voy. COURSERLANT.
DECAISNE. De l'harmonie optique, 807. — Pexim.
DECHAUX. Sur les plaies des articulations, 345.
DECLAT. Sur la curatlon de la fièvre typhoïde par la médication phéniqne, 70.
 Décret du 14 janvier 1870, 274.
 Déglutition. — (indécance de la), 429. — comme signe de vie chez les enfants n'ayant pas respiré, 538.
DÉJÉRINE. Altération des nerfs cutanés dans un cas de pemphigus, 107, 480.
DEJOURS (J.). Atrophie musculaire et paraplégie dans un cas de syphilis maligne précoce, 781.
DELAUNAY. Mém. rhumatisme, 588.
DELAUNAY (E.). Sur un mode particulier de traitement du prolapsus du rectum chez l'adulte, 204.
DELAUNAY (G.). Gravelle urinaire, 767.
DELOUX DE SAVIGNAN. De l'hombrérolite et du sulfate de quinine, 70. — Nécrologie, 703.
 Deltérium tremens par le lupulin (traitement de), 520.
DELAUNAY. Pincé à hoc-do-lèvre, 91. — Traitement des kystes de l'ovaire par le drainage abdominal, 234.
DEMARQUAY (J.-N.). Maladies chirurgicales du pénis, 700.
DEMARQUAY et SAINT-YEL. Traité clinique des maladies de l'ovaire, 573.
 Démographie, 600.
DEMEYER et VAN WYTER. Anesthésie par injection intra-veineuse du chloral, 413, 701.
DENISON. De l'influence des altitudes sur la marche de la phthisie, 714.
DEPARÉ. Dosage de l'urée, 761.
DEPAUL. Leçons de clinique obstétricale, 230. — Cancer du testicule chez un enfant, 340. — Suite opératoire, 412, 423, 414, 437, 475. — Du saprophyte, 321. — Oblitération congénitale osseuse des orifices postérieurs des fosses nasales, 550. — Insufflation chez les nouveau-nés, 010. — Alimentation des nouveau-nés, 608, Dépopulation en France, 610, 641, 680.

Dermatologie — (leçons de), 12. — Voy. Cutanéité.
 Détermination tibio-tarsienne (ess de), 171.
DESAMBT. Inauguration de son buste, 606.
DESROSIÈRES (F.). De l'anesthésie dans l'empyème chronique, 629.
DESSAHS. Des dangers des boissons alcooliques, 714.
DESEUN (V.). Rhumatisme, 710.
DESHAYES (Ch.). Dépopulation en France, 679.
DESROUX. Paralytie par oblitération de l'aorte abdominale, 9. — Miasme rhumatisme, 513, 528.
DESSON et BARBÉ. De certaines tumeurs de l'abdomen à apparition intermittente, 297.
DESPINE (P.). De la folie au point de vue philosophique et psychologique, 671.
D'ESPINE (A.) et PICOT. Manuel des maladies de l'enfance, 702.
DESPREZ (A.). Plaisie par arrachement de la face interne de bras gauche, 67. — Calcul ulnaire vaginal, 124. — De la lymphorrhée, 106. — Cas d'aplasie musculaire de la face, 220.
DEVERGIE. De l'empoisonnement de la médecine légale, 41. — Lupus de la main, 403. — Musée de l'Hôpital Saint-Louis, 545. — Alimentation des nouveau-nés, 608.
DEVILLIENS. Hygiène de l'enfance, 314. — Alimentation des enfants, 654.
DIABÈTE. — (du traitement de), 43. — (action des alcalins dans le), 172. — (du), 378. — sucré (du), 446. — sucré (pathomique symptomatique de), 539. — physiologique (du), 813.
 Diagnostic des maladies thoraciques et abdominales, 829.
DIARRHÉE de Cochinchine (sur la), 506.
 Diabète dans leurs rapports avec le traumatisme (des), 17.
 Diététique et polycrétisme, 201.
 Dictionnaire annuel des progrès des sciences médicales, 335.
DIQAY (P.). Sur la syphilis verrière, 513.
DIQAY (P.) et DOYEN (A.). Thérapeutique des maladies vénériennes et des maladies cutanées, 365.
DIÉLLEFOY. Du rôle de l'hérédité dans l'hémorrhagie cérébrale, 503, 505.
 Différents congénitaux, 220.
DIGITALIS. — (action physiologique de la), 377.
 Diphthérie (épidémie de), 544.
DIGUIS. — (des différencés de), 251. — Voy. Phalange.
DOLÉANS (A.). Sarcome primitif du corps thyroïde, 478.
DOYON (W.). Le hachich dans les hémorrhagies qui suivent l'accouchement, 426.
 Doses toxiques des composés arsenicaux (sur les), 45.
DOYON (A.). Voy. DIDAT (P.).
DREYFOUS. Contribution à l'étude de l'herpès, 4, 20.
DREYFOUS. Cas de méningite tuberculeuse, 471.
DREYER (J.). Ses planches anatomiques, 785, 817.
DREYER. Épilepsie syphilitique, 550.
DUCAST. Mortalité des enfants du premier âge dans les campagnes, 588.
DUCAST. Seigle ergoté dans la fièvre typhoïde, 554.
DUBOUD (G.). Sur les intermittences du cœur, 230.
DUCHARTRE (P.). Production des matières saccharées dans les végétaux, 24.
DUCODEN. Emploi thérapeutique de l'astuno, 766.
DUCODEN (E.). Sur les altérations viscérales chez les aliénés, 637, 783.
DUJARRIN-BEAUMETZ. Sur l'emploi du fer dans la chlorose, 283. — Action physiologique et thérapeutique des sels de ciculine, 424. — Des propriétés toxiques de la géoméline, 557.

DUJARRIN-BEAUMETZ et AUMÉDÉ. Sur les propriétés toxiques de la géoméline, 555.
DUMONTPELLIER. Étude sur les vaccinations animales, 265.
DUPAL. Essai sur l'astéro grave, 702, 782.
DUPUY. Aff. chroniques des parois thoraciques, 524. — De la suture des lésions, 704.
DUPUY. Le kava-kava contre le bleunorrhagie, 204.
DURAN (C.). Le chloral dans le tétanos traumatique, 420.
DURE-MÈRE. — (mouvements réflexes des muscles de la face par excitation de la), 295. — (mouvement réflexe par l'excitation de la), 521.
DURST. Tissu spongieux des os longs, 813.
DURIN. Fermentation ocellulaire, 507.
DUNOZIEZ (P.). De l'influence des maladies du cœur sur la menstruation, la grossesse et son produit, 45.
DUSCHASSAY. Hémorrhagie cérébrale avec contracture précoce, 107.
DUCVAL (J.). Sur un acide nouveau préexistant dans le lait frais de jument, 122, 605.
DUVAL (M.). Sur les origines de l'Épiloque, 44. — Trajet du nerf facial dans le bulbe, 414. — Sur le contenu du sinus rhomboidal et la névrogie péripéridu-maire chez les mammifères, 593.
 Dysplasie (de la), 403, 423.
DYSPLASIE (de la), 307, 313.
 Dysphagie à la suite du croup, 654.

E

Eaux. — de Seine (dosage des nitrates et de l'ammoniaque dans l'), 109. — naturelles et l'atmosphère (éluage d'ammoniaque entre les), 310. — minérales sulfureuses (action des), 310. — minérales du Caucase (sur les), 360. — de adelfino, 377. — (sur la dispersion de l'ammoniaque contenu dans les), 587. — minérales (inspectorat des), 500. — de Bonnes (composition chimique des), 307. — sulfureuses (mode d'action des), 814. — de Colongo comme anesthésique (de l'), 830.
ÉOLÉPASTE. — purpurale traité par les injections d'ergoine, 180. — pendant l'accouchement, 602.
 Écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie, 385.
 Électropneumonie par la glande lacrymale (opération d'), 522.
ECCÈM, 720.
EDIS (W.). Influence de la position dans le traitement de quelques affections utérines, 586.
Ehrenberg (Dr.). Nécrologie, 480.
ÉLECTRICITÉ. — dans la ostéopne et la tétanie (effets de l'), 171. — médicale, 423. — (erreurs dans les expériences physiologiques au moyen de l'), 419.
 Électrique des muscles (variations de l'état), 300, 456.
 Électrolyse dans le traitement du rétrécissement de l'urètre chez la femme, 28.
 Électromotrices (des forces), 296.
ÉLÉPHANTIASIS des Grecs, 216.
EISENER (J.). Modifications du cerveau et de la moelle dans le tétanos, 252.
Ely. Nécrologie, 415.
 Embolies. — (des conditions de la corréabilité des), 150, 178, 228, 243, 276, 292. — mortelle de l'artère pulmonaire, 180. — (les varices dans leurs rapports avec l'), 311. — (ramollissement du bulbe par), 428.
Embryon. — (du cœur de l'), 508. — développement des capillaires et des globules sanguins chez l'), 701. — dans l'œuf de la poule (nutrition de l'), 716. — développement du système nerveux périphérique chez l'), 820.

EMERY-DESROSIÈRES. Voy. CHASSAGRE (A.).
 Empirique au XVIII^e siècle (sur médecin), 401.
 Empoisonnements. — par l'acide phénique, 318. — par le nitro-benzol, 380.
 Empyème (sur l'), 535, 537.
 Empyème (nécessité superficielle de l'), 425.
ENCÉPHALOPATHIE ALBUMINEUSE (de l'), 107, 477.
 Encéfalite (chez le cheval), 82.
 Enfance. — (hygiène de l'), 314. — (manuel des maladies de l'), 702.
 Enfants. — trouvés (la vérité sur les), 110. — du premier âge (mortalité des), 208, 679. — assistés du département de la Seine, 688. — (alimentation et vêtement des), 633, 654, 660, 690, 698. — (surdi-otés des), 745. — (congestion pulmonaire simple chez les), 783.
 Enseignement. — supérieur (littéraire concurrenial l'), 47. — médical en France, 95, 97. — (sa loi sur la liberté de l'), 253.
 Entorse médio-tarsienne, 525.
 Entozoaire du bœuf (nouveau), 461.
 Épanchements. — péritonéaux, 555. — de la plèvre (tension intra-thoracique dans les), 589. — sanguin dans l'articulation du genou, 754. — sanguin articulaire dans la goutte, 704. — de la cavité péritonéale (nature des), 703.
 Épilepsie (sur un cas de sarcome de l'), 186.
 Épilepsie et guaranties, 604.
 Épidémie (hématoctée de l'), 573.
 Épilepsie. — syphilitique, 556. — (de l'emploi du nitrate d'amyle dans l'), 558. — (des causes de l'), 710. — symptomatique, 877.
ÉPILOQUE traumatique (cas d'), 232.
 Épithéliome (moyen d'arrêter l'), 441.
 Épithéliome. — de la langue, 422, 700. — térébrale, 552. — de l'utérus, 587.
 Épithéliome (sur les fractures de l'), 655.
 Équins (sur le traitement de l'), 553.
 Ergoline contre l'éclampsie (emploi des injections d'), 586.
 Ergoline. — desquamatif scarlatiforme, 106. — des nouveau-nés, 458, 477.
ERYTHRAÏSMUS CUNINGA, 354, 363.
 Escariare fossière et ses rapports avec les lésions des lobes postérieurs des hémisphères, 93.
ESÉRINE. — contre l'asthénie et la presbytie sénile (emploi du sulfate d'), 75. — dans la chorée (de l'emploi du sulfate d'), 100.
ESPAQUE MÉDICALE (L'), 270.
ESPINOSA (J.). Hydatides du cerveau sans troubles pendant la vie, 207.
ESPEY (Van der). Sur la recherche médico-légale des taches de sang, 90.
 Esthémisme. — du la veuve, 557. — de la région vulvo-anale, 585.
 Esthésiologie des régions du cerveau, 405.
ESQUAGNER (Th.). D'un phéno-mène stéthoscopique propre à quelques formes d'Épithéliome simple du cœur, 255.
 Écurions médicales de M. Laquoy, 161.
 Exercice de la médecine (proposition de loi relative à l'), 353.
 Exfoliation épithéliomique singulière (cas d'), 255.
 Expectoratlon dans la phthisie pulmonaire, 655.
 Expériences physiologiques par le moyen de l'électrode (erreurs dans les), 819.
 Expérimentales (des méthodes), 50.

F

- Face. — (cas d'atrophie unilatérale de la), 133, 135. — (cas d'aphasie latérale de la), 230.
- Facultés de médecine. — de Strasbourg et de Paris, 57. — de Pont-à-Mousson, 65, 67. — (rapport sur l'organisation des), 433. — de Genève (inauguration de la), 704. — de médecine de Bordeaux et de Lyon, 750.
- FAMBRUI. Luxations du poignet osseux, 443.
- FAURE. Iodures contre l'intoxication par le plomb, 730.
- Fausse-croûte (action physiologique de la), 150.
- FAUVRE. Des quarantaines, 694.
- FAYRE. Construction des amphithéâtres de dissection, 698.
- FAYRE (H.). Daltonisme, 720.
- FELTZ (J.). Effet de la fuchsine sur l'alluminate renfermée dans les urines, 330.
- FELTZ (V.) et RITTER (E.). Action des sels biliaires sur le puits, la respiration et la température, 165, 240. — Action de la digitale sur le puits, la respiration et la température, 377. — Sur l'action de la fuchsine non arsenicale introduite dans l'estomac et le sang, 750.
- Femmes. — médecins en Angleterre (les), 127. — (traité clinique des maladies des), 130. — (de l'omanisme chez les), 656.
- Fémur (résécution de l'extrémité supérieure du), 441.
- Fer. — contenu dans la rate (sur l'état du), 293. — dans la chlorose, 204, 283. — dans l'anémie (sur l'action du), 700.
- Fénel. Sur la topographie du cerveau, 44.
- Tle de la face à la suite d'un traumatisme du crâne, 132. — Anévrysme de l'hypogastrique, 510. — Sur quelques points de la topographie du cerveau, 781.
- FÉRIOL. Erythème desquamé scarlatiforme, 100. — Accès épileptiformes causés par le ténia, 424. — Ulcération tuberculeuse de la langue, 401. — Des bains froids dans le typhus, 703.
- Fermentation. — (sur la), 312. — de l'urine (influence des forces physico-chimiques sur la), 455. — de l'urine, 472, 507, 521, 556. — des fruits plongés dans l'acide carbonique, 506. — cellulosique, 507.
- Ferment. — (sur la génération des), 445. — des urines ammoniacales (des), 417, 449.
- FERRAZO. Empoisonnement par l'acide phosphorique, 348. — cas d'andulie pernicieuse, 810.
- Ferrugineux atmosphériques (corpuscules), 430.
- FIACUS. Mécanisme de la déglutition, 420.
- Fibrines vaso-pharyngiennes, 572.
- FIBRE. L'acide salicylique employé contre le rhumatisme, 106.
- FIBRILLAI. Clinique ophtalmoscopique de Phosque des Quinze-Vingts, 814.
- Fibrines. — palustre (de l'urtillil du bromhydrate de quinine contre la), 109. — érythémateuse (rapport des oreillons avec les), 108. — pernicieuse à forme méningitique (cas des), 333. — typhoïde (hémiplegie, ophtalmie et hémianémie consécutives à la), 282. — intermittente palustre, 284. — typhoïde (discussion à l'Académie de médecine de Belgique sur la), 314. — élevée à forme hystérique, 342. — jaune, 381. — typhoïde (soignée ergoté dans la), 553. — typhoïde terminée par perforation intestinale, 557. — intermittente dans la Linnagie (sur la), 508. — typhoïde (hémianémie à la suite de), 572. — typhoïde (cholécystite dans la), 588. — purpurée, 730. — typhoïde (non subite des), 732. — typhoïde à Paris en 1870, 737, 753. — typhoïde par la médication phéniquée (curaison de

- la), 750. — intermittentes par l'acide phénique (traitement des), 701. — typhoïde (des biaux froids dans la), 702. — typhoïde et la nappe d'eau souterraine de Paris (la), 785. — typhoïde par la méthode réfrigérante (traitement de la), 801. — typhoïde (mésaction sur la), 807. — typhoïde sur l'épidémie de la fièvre, 800. — typhoïde ataxo-alyrique (cas des), 800. — ictero-typhoïdique, 813.
- Filx chez les nouveau-nés (de l'insuffisance de la section du), 524.
- FIGRET (A.). Sur l'ostéomie de la région vésico-urinaire, 783.
- Fistule. — vésico-vaginale (cas de), 134. — vésico-urinaire consécutive à une déchirure du col (cas de), 290. — vésico-vaginale (traitement de la), 264. — oculo-vésicale (de la), 407, 502. — diabétiques (traitement des), 570. — hépato-bronchique, 646.
- FLEURY. Sur le cancer des lèvres à Clermont, 508.
- FLANT (A.). Sur les fonctions excrétoires du foie, 715.
- FLUCK. Symétrie des proportions du beau, 800.
- FLORIN. Voy. Tête.
- FOCALIAVA. Voy. TIZZOZI.
- Fôce. — et le diaphragme (d'une collection purulente enkystée entre la), 50. — (de la fonction excrétoire de la), 81. — (articulaire dans les kystes hydatiques du), 211. — par la ponction capillaire (traitement des kystes hydatiques du), 282. — (influence des pleurésies sur les kystes hydatiques du), 537. — terminée par une fistule hépato-bronchique (sur un kyste hydatique du), 610. — (urée et acide urique dans les maladies du), 656. — (sur les fonctions excrétoires du), 715.
- Folie. — par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine (traitement de la), 206. — au point de vue philosophique et psychologique (de la), 671. — chez les aliénés (stimulation de la), 710.
- Foveoles (tranchées appliquées au), 698.
- Forces électro-motrices produites au contact des ligaments séparés par des diaphragmes cartilagineux, 206, 208.
- FONDOS. Recherche de la fuchsine dans les véses, 750, 770.
- Forniculaire. — international, 470. — magistrat (nouveau), 530.
- FOUSSAIER (A.). De la numération des globules du sang dans les suites des couches, 687.
- FOURNEY (E.). De la mort subite ou rapide après l'accouchement, 21.
- Foudre. — (diabète uricacide de la), 403. — (paralysie hystérique causée par la), 585.
- FOURNAISE (F.). Éclampsie pendant l'accouchement, 692.
- FOURNIER (A.). Ataxie locomotrice syphilitique, 765. — Paralysie du nerf manducateur par lésion syphilitique du maxillaire, 695.
- FOYLLER (A.). Relations entre les troubles de la motilité dans la paralysie générale et les lésions de la couche corticale des circonvolutions, 770. — Influence des causes morales sur la production du goitre, 707.
- FOX (LONG). Foralyse bulbaire, 555.
- Fractures. — de l'os du bras par une à feu, 74. — de l'extrémité supérieure du fémur (cas variés rare de), 91. — du crâne (cas de), 174, 600. — (appareil à), 338. — du crâne (trépanation dans les), 603. — de la clavicle, 652. — du péritoine (cas sur les), 653. — multiples, 600. — (paralysie générale comme prédisposant aux), 603. — du crâne avec issue de matière cérébrale, 685.
- FRANCK (A.-F.). Du changement de volume des organes dans ses rapports avec la circulation du sang, 216.
- FRANCK (F.). Analyse de quelques phénomènes vasculaires déterminés chez

- l'homme par l'excitation des nerfs vaso-moteurs, 323. — Recherches sur le mécanisme des acideurs carboniques, 773, 780. — Pâzin.
- FRANÇOIS (J.). Le Caucase et ses eaux minérales, 300.
- FRANZ. Cas de concrétion linguale, 185. — Morure de la fièvre, 597.
- FRÉRY. Sur la génération des ferments, 415.
- FRÈRES siamois (autopsie des), 62.
- FRÈRE. Propriétés thérapeutiques du main, 732.
- FRONZ. Influence de la vision sur quelques phénomènes de la vie, 323.
- Fuchsine. — sur l'alluminate de l'urine (effet de la), 300. — dans les véses (la), 430, 472, 673, 690, 723, 731, 750. — non arsenicale introduite dans l'estomac et le sang (sur l'action de la), 700. — (spectre de la), 827. — Voy. Rosanin.
- FUNARO (G.) Épidémie de diphtérie à Suse en Tunisie, 544.

G

- GAGNON (A.). Histoire du goitre exophthalmique, 617.
- GARAL. Aérophorie pulmonaire, 761.
- GALIZOWSKI. Opération de la cataracte et accélération de la vie, 323.
- GALIZOWSKI. Traitement ophthalmologique, 300. — Perte de la vue par accidents de chasse, 682.
- GALIPPE. De la supuration bleue, 10.
- GALLARD. Hémianémie à la suite d'antysthènes militaires, 538.
- GALLERAND. Fractures multiples, 600. — Étranglement interne, 600.
- GALLAZ. Lesions de la synapse pubienne et de l'appendice xylophane, 617. — Association par les injections intra-veineuses de chloral, rapport, 701.
- GALVANO-cathisme thermique (sur le), 830.
- GANGIENS. Traité médico-legal chez les enfants (rapports des lésions des pommons à l'urée), 730.
- Gangrène syphilitique des extrémités, 300.
- GANGRÈNE. Antiseptiques de la racine de la, 404.
- GARCIA (C.). Le langage-peuplé, 635.
- GARNIER. Dictionnaire annuel des progrès des sciences médicales, 335.
- GASTOP (P.). Nouvelles recherches sur la durée de la grossesse, 78.
- Gastrotoxié (de la), 235, 261, 273, 278, 671, 682, 683, 697.
- GAUDEF. Influence de la respiration sur la circulation artérielle, 630.
- GAYAT (J.). De la conjonctive granuleuse en Algérie, 105.
- GAYET. Biphosphorique, 220. — Sur les paralysies des muscles oculaires, 362. — Anatomie et pathologie de la sclérotique, 581.
- GELLE. Nouveau signa médico-legal tiré de l'existence des oreilles du nouveau-né, 364. — Rôle physiologique du pavillon de l'oreille, 423. — Zona de la langue, 635.
- GENEVOIX (F.). Sur les variations de l'urée et de l'acide urique dans les maladies du foie, 650.
- Genou. — (sur la résécution du), 511. — (épanchement sanguin du), 765. — en dedans, 817.
- Genou valgus (de), 457, 475.
- GERARD de Crémone, 321, 337.
- GERBE (C.). Aptitude qu'ont les huîtres à se reproduire dès la première année, 122.
- GERGENS. Action de la guanidine, 750.
- Germe (maladies dues à), 746.
- GILLETTE. Transmissibles produits par le morsure du cheval, 300. — Cas d'ovario-éclampsie, 810, 820.
- GILMAN (C.). Précis d'accouchement, 550.
- GILFORD-TELDON. Du Poptomètre de Basol, 137. — Troubles circulatoires visibles à l'ophthalmoscope dans les lésions troubles du cerveau, 185.
- Glande thyroïde ouverte dans la trachée (kyste purulent de la), 710.
- Glasgow (de la), 780.
- Glaucome. — avec anévrysme milliaire de la rétine, 188. — aigu (traitement du), 310.
- Globules. — rouges chez le nouveau-né (numération des), 107. — blancs du sang dans quelques maladies (variation du nombre de), 108. — blancs du sang (numération des), 347. — rouges (influence des purgations et de l'émulsion sur le nombre des), 401. — du sang dans les suites de couches (de la numération des), 347. — sanguins de l'omphale (développement des), 704. — rouges du sang dans les anémies (sur l'état des), 717.
- Glotte (cas d'oedème de la), 353, 807.
- Glycémie. — physiologique, 245. — (critérium expérimentale sur la), 301, 400. — (de la), 520, 530. — dans l'empoisonnement par l'acide bulbaire, 716.
- Glycérine. — et glycérine, 402. — (action toxique de la), 555, 557.
- Glycose. — dans l'urine (sur une modification au procédé de dosage de la), 107, 151. — (action des alcalis sur la), 172. — dans le sang (effet de l'accumulation de la), 347.
- Glycosurie. — chez les cirrhotiques, 430. — chez les anévrysme (cas de), 380, 401. — des femmes enceintes et des nourrices, 732, 740.
- Gobly. Nécrologie, 675.
- Goître. — (étologie du), 552. — (traitement du), 692. — exophthalmique (des), 617. — (influence des causes morales sur la production du), 797.
- GOLTBANNER (E.). De l'apoplexie spinale, 241.
- GOZE (cas de tuberculose milliaire de la), 315.
- GOSSELIN. De l'influence du rhumatisme sur les transmissions, 57.
- GOUBEAU. Sur le ton de l'otal et le coual artériel chez les animaux domestiques, 701.
- Goudron (préparation du), 402.
- GRACIEN. (du traitement de la), 13. — et le rhumatisme chez les calculeux opérés, 557, 580.
- GOUX (J.). Du traitement de la pierre, de la gravelle, de la goutte, etc., 13.
- GOWENS. Artères dans la maladie de Bright, 553.
- Graisses oléo-phosphorées dans les végétaux (sur les), 717.
- GRANCHER. Numération des globules blancs de sang, 317.
- Granulations rénales, 555.
- Gravelle. — (du traitement de la), 13. — (étologie de la), 136. — artérielle, 707.
- Gravido-cardiaque (des accidents), 501.
- GRAEF (J.). De la dissolution du cristallin chez les pécans, 236.
- GRÈVE. Anémie (de la), 687.
- GRELLETY (L.). Des vertèbres, des miracles et des périclères, 703.
- Grossesses. — (de l'influence des maladies de cœur sur la), 45. — (sur la durée de la), 78, 235. — sur la pléthysie pulmonaire (de l'influence de la), 236. — et maladies du cœur, 530. — prolongées, 236. — avec les maladies chirurgicales (rapports de), 231, 240, 302, 308, 422, 423, 452. — triple (sur un cas de), 450. — sur les maladies de l'oreille (influence de la), 585. — (de l'ictère pendant la), 587. — (sur l'alluminate de la), 637. — chez les très-jeunes filles (de la), 820.
- GREYHALA. Traitement de la pustule maligne par les vésicatoires, 800. — Emploi du xanthium siccum contre la rage, 701.
- Guasilline (action de la), 750.
- Gurara (action de la mirgale (emploi du), 305.
- GULLEN. Emploi du sulfate d'acétone contre l'asthme et la prolystie simple, 76. — Action comparée du bromhydrate et du

- salut de quaiuo, 74. — Des différentes espèces de Jaborandi, 108. — De l'acool et de l'ucocaino, 200. — Inconvénients et abus de la viande crue, 203. — Sur un précédent réactif nouveau de la bile dans l'urine, 333. — De l'acide salicylique, 701, 827. — Glycosurie des femmes enceintes et des nourrices, 732, 740. — Dézirais et calculs, 780. — Sens du cléméntisme des excétions dans les nerfs, 826.
- GUENEAU DE MUSSY.** Du l'acide salicylique, 827.
- GUENOT.** Rapports de la grossesse avec les maladies chlorurées, 346, 302, 204, 432, 442.
- GURIN (A.)** Adrino-lymphite péri-urétrale, 131. — Du pucement ouaté, 457. — Des pustules vaccinales, 747.
- GURIN (H.)** De la choro, 687.
- GURIN (J.)** De la myotomie oculaire, 130. — Sur l'ophtalmisme dans le traitement des courbures rachitiques, 217. — Du pucement ouaté, 457. — Traitement algébrique de l'antiar par les viscérotiques, 587. — Sur les mouvements de flexion et d'extension de la colonne vertébrale, 610. — Alimentation des enfants, 671.
- GUIVOT.** Leçons cliniques sur les affections de la peau, 333.
- GUTMANN (P.)** Diagnostic des maladies des organes thoraciques et abdominaux, 80.
- GUYON.** Étiologie de Nélaton, 21. — Lésions traumatiques de l'urètre, 810.
- GUYOT.** Cas d'empyème, 567.
- GUYOT (P.)** et **BROUËL (B.)** Recherche de l'acide rosarétique en présence de la fuchsine, 750.
- Gymnastique.** — raisonnée (la), 544. — pambourno, 781.
- H**
- HAGENMULLER.** Cholestyctisme dans la fièvre typhoïde, 588.
- HAOUL.** Encéphalophtie albuminurique, 107.
- Halles contraires** (assainissement des), 433.
- HALLORAN.** Rétrécissement mitral; ramollissement embolique de la bulle, 828.
- HALTENHOFF.** Le strychnine dans la thérapeutique oculaire, 812.
- HAMBURSI.** Œdème de la glotte par abcès labro-pharyngien, 807.
- HANOT.** De la sclérose hypertrophique de la foie, 84.
- HARDWIGKE.** De l'usage du chloroform dans la leucorrhée, 470.
- HARDY.** Sur un cas de lupus présumé, 436, 504.
- HARDY.** Sur la formation des chlorals, 140.
- HARDY** et **BOCHERFONTEINE.** Sur les propriétés chimiques et physiologiques de divers espèces de pilocarpus, 188.
- HARLEY (J.)** De l'emploi du grand cingon contre les contractions morbides des muscles, 120.
- HARMON.** Optique, 800.
- HARVEY.** Transpirabilité du sang, 418, 665.
- Hatchell** dans les hémorragies qui suivent l'accouchement (la), 130.
- HAYES.** Sur les lésions musculaires dans les atrophies, 130. — Cas de polyurie rapidement amélioré par l'extrait thébaïque, 188. — Ataxique motrice avec des symptômes de myo aloigé, 220. — Sclérose latérale hypertrophique, 205. — Des caractères anatomiques du sang dans les oncles, 430, 455, 472. — Sur la nature du purpura hémorrhagique, 444. — Sur l'état des globules rouges du sang dans les anémies, 717. — Sur l'action du fer dans l'anémie, 760. — De l'anémie porrienne, 810.
- HEITZ (A.)** Du chloroaldréline, 141.
- Hémoglobine** dans la fièvre ictero-hémorrhagique, 813.
- Hématoémie** à la suite d'anévrismes miliaires, 538.
- Hématochie** de l'épidémie, 572.
- Hématurie** dans la fièvre ictero-hémorrhagique, 813.
- Hémianesthésie.** — (cités anciens d'), 58.
- Hémiparésie.** — des cas de lésions cérébrales, 75. — des cas de scissures de l', 146. — consécutive à la fièvre typhoïde, 282. — dans un cas de tumeur de la protuberance, 333. — et l'Épimé-chorée (l'), 355, 301. — consécutive à la fièvre typhoïde, 572.
- Hématiphraxie faciale** progressive, 570.
- Hémiphorée (l')**, 355, 360.
- Hémiplegie.** — droite syllabique à forme intermittente, 51, 80, 106, 414, 240, 380. — cérébrale infantile, 92. — ancienne avec atrophie musculaire partielle, 107. — (deux cas d'), 171. — consécutive à la fièvre typhoïde, 282. — dans un cas de tumeur de la protuberance, 333. — (cas d'), 541. — double (cas d'), 555. — hystérique (de l'encephalite dans l'), 338. — dans l'Épilepsie hémiparétique, 620. — Hémiplegie contenue dans le sang (de la quantité d'), 637.
- Hémorrhagies.** — post partum (traitement des), 50. — de la protuberance (cas d'), 91. — cérébrale avec contracture précoce, 107. — qui suivent l'accouchement (le bachelin dans les), 120. — cérébrale (altérations de l'urine dans l'), 338. — dans l'Épilepsie hémiparétique, 620. — expérimentale, 364. — valvulaire chez les nouveau-nés, 381. — du corps strié (cas d'), 435. — cérébrale (cas d'), 523. — puerpérales par les injections de teinture d'iode dans l'utérus (traitement des), 530. — puerpérales (sur les), 577. — cérébrale (hérédité de l'), 503, 505. — non puerpérales de l'utérus, 730. — sur un moyen d'arrêter les), 733. — consécutive à l'extraction des dents (de l'), 707.
- Hémorrhoides** (traitement des), 767.
- Hémospasie (l')**, 302.
- Hémostasie** par compression, 700, 704.
- Hénocque (A.)** Un fait de gastrotomie, 373. — De l'infestation saturnine, 386. — Du ferment des urines ammoniacales, 417.
- Hénocque (C.)** Recherches sur l'acide fluorant, 417. — L'acide salicylique en thérapeutique, 504, 600, 610, 707, 760. — Du traitement des rétrécissements de l'urètre, 706. — Photomicrographie, 721. — Ostéostomie canaliculaire de l'ibis, 817. — Ischémie chirurgicale, 817. — *Passim*.
- HERAUD (A.)** Nouveau dictionnaire des plantes médicinales, 77.
- Hérédité** de l'hémorrhagie cérébrale, 503, 505.
- HERMANN (J.)** Traitement de la syphilis sans mercure, 750.
- HERNAN (B.)** Aide-mémoire du médecin militaire, 206. — Des veaires et fourgons d'ambulance, 713.
- Hernioprothodisme** bisexuel (cas d'), 803.
- Hernie.** — étranglée (réduction en masse de la), 526. — étranglée (traitement consécutif de la), 603. — étranglée (phénomènes nerveux dans le cas de), 600. — étranglée (hémiplegie dans le cas de), 600.
- Herpès.** — (de l'), 40, 20.
- HERPIN (O.)** Fracture du erioe avec contusion du cerveau et issue du matière cérébrale, 685.
- HERVIEUX.** Alimentation des nouveau-nés, 608.
- HEYDELDER (O.)** Manuel de chirurgie de guerre, 205.
- ILLIHAET.** Grangène syindrique des extrémités, 200. — Épidémie de tétanos, 705.
- HIDE (W.)** Hématiphraxie faciale progressive, — De l'Épimé, 586.
- Hippocrate** et **Perciles**, 503.
- HIRNE.** De la congestion pulmonaire simple chez les enfants, 783.
- HITZ.** De l'état de la thérapeutique, 108. — Histologiques (préparations), 308.
- HONOR (Lenox).** Absence congénitale du radius, 381.
- HONEN.** Sur la chirurgie antiseptique, 715.
- HONEN.** — pilosité (l'), 455. — dans les grottes de la Provence (présence de l'), 474. — à que, 815.
- HONZAPHITE** et variolo à Orau, 207.
- Hôpital.** — des cliniques (l'), 20. — majeur de Milan, 430. — général de Venise, 430.
- Hôpitaux.** — d'enfants (insuffisance des ressources thérapeutiques dans les), 33, 43. — et écoles de médecine de Londres, 470.
- HORAN.** Sur la nature et le traitement de la pelade, 70.
- HORON.** Nouveau spéculum dilateur universel, 314.
- HONTELOUP.** Nouveau spéculum pour le rectum, 300.
- Hospitaire** de l'armée (service), 342, 712.
- Hoveler** comme ferment (le), 455, 507.
- HOZÉ** de l'ALAINOT. Sur la valeur de la déglutition comme signe de vie chez les enfants qui n'ont pas respiré, 538.
- HOZEAU (A.)** Emploi du chlorure de calcium dans l'arrosage public, 421. — Sur la disparition de l'ammoniaque contenue dans les eaux, 587.
- HOWELL (B.)** Traitement consécutif de l'ophtalmie de la chorée épileptique, 603.
- HUDES.** Simulation de la folie chez les aliénés, 746.
- HUGON.** Sur les causes de l'épilepsie et des convulsions épileptiformes, 719.
- HUGUES.** De l'eau de Cologne comme anesthésique, 830.
- Huîtres** à se reproduire de la première année (opinion des), 452.
- HUSSON (C.)** Recherche de la fuchsine et de l'arcanic dans les vins, 473.
- HUTCHINSON (J.)** État de la température et de la circulation après les lésions de la moelle cervicale, 141.
- HUTH.** Mariage entre frères parents, 14 — Un cas de myosite ossifiante, 636.
- Hystésides** du cerveau, 267.
- Hystérotomie** par ligature élastique (traitement de l'), 315.
- Hygiène.** — de l'enfance, 344. — *Voy. Congrès*.
- Hypertrophie du cœur** (phénomène stéthoscopique propre à l'), 255.
- Hystérie.** — à forme intermittente, 283, 342. — (de l'), 586.
- Hystérique.** — de Boudoux (l'), 310. — (examen de l'ovaire d'une), 730.
- I**
- icère.** — pendant la grossesse (de l'), 387. — grave (sur l'), 702, 726.
- If** (sur la taxine, alcoolique toxique de l'), 389.
- Iguépendant** dans le traitement de la métrite chronique, 535.
- Impuissance** (traité de), 831.
- Incombustibles** (vêtements), 64.
- Inflammasions** (sur la transmission des), 604.
- Inhalations** hydro-minérales, 551.
- Injections.** — sous-cutanées de morphine (des), 92. — sous-cutanées (injection artificielle à l'aide d'), 158. — sous-cutanées de chlorhydrate de morphine (sur un accident possible à la suite des), 402. — sous-cutanées de morphine (de l'abus des), 472. — locales sous-cutanées dans le rhumatisme polyarticulaire, 205. — sous-cutanées de morphine dans le traitement de la folie, 205. — intra-veineuses de chloral dans les tumeurs transmutées, 313, 420. — intra-veineuses de chloral dans la rage, 364. — intra-veineuses de chloral (anesthésie par), 413, 489, 761. — intra-veineuses (sur les),
493. — hypodermiques d'ergotine, 586. — médicamenteuses dans l'oreille moyenne, 652. — sous-cutanées (emploi de l'eau de laurier-corsie pour les), 670. — intra-utérines (appareil pour les), 670.
- Insectes** (des yeux des), 318.
- Instruments.** — destiné à maintenir la bouche ouverte (non-cl), 400. — à température constante, 523.
- Insufflation** chez les nouveau-nés, 610.
- Intermaxillaire** chez l'homme (sur la préexistence de l'), 247.
- Intestin.** — (calculs de l'), 440. — grêle (oblitération congénitale de l'), 522.
- Intoxication.** — saturnine (chez les passereaux qui préparent les nids) à brique, 45. — pulvère, 284. — saturnine, 380. — arsenicale par un abat-jour vert, 525. — saturnine (no pouts dans l'), 554. — aiguë par le phosphore, 635. — par le plomb (iodures contre l'), 730.
- Inversion utérine** (traitement de l'), 553.
- Ivoire.** — (des causes d'assécs dans la recherche de minuscules quantités d'), 38. — dans l'utérus contre les hémorrhagies puerpérales (injection de teinture d'), 526.
- Iodisme** et albuminurie, 200, 208.
- Iodures.** — contre l'iodoaction par les plombs, 730. — d'argent dans le traitement de la coqueluche, 300. — d'ammoniaque contre les empousses (dans l'), 705. — de potassium dans les accidents saturnins, 733.
- ISABERT.** Cas de cancer du larynx, 158. — Cancer primitif du larynx, 502. — Cancer du larynx, 232. — Cas de tuberculose militaire de la gorge, 345. — *Neurologie*, 703, 747.
- Ischémie chirurgicale**, 817.
- Isolation** des maladies contagieuses dans les hôpitaux, 459.
- Italo indolico** (l'), 297, 300.
- J**
- Jaborandi.** — (des différentes espèces de), 108. — (cas de rage humaine traité par), 309, 302.
- JACOB.** Sur l'emploi de l'iode de potassium dans la colique et la paralysie saturnine, 703.
- JAMAÏN** et **TERRIER.** Manuel de pathologie chirurgicale, 821.
- JAUBERT.** Présence de l'homme dans les grottes de la Provence, 474.
- JEAN.** Oblitération de l'orte abdominale par un caillot, classification intermittente, 180. — Troubles stasiques du larynx et du pharynx dans l'ataxie locomotrice progressive, 425.
- JEANNE (J.)** Formulaire international, 470.
- JEFFROY (A.)** Sur l'eschare fessière et ses rapports avec les lésions des lobes postérieurs des hémisphères cérébraux, 93.
- JERSON (G.)** Sur quelques échantillons péri-utérins analogues aux pleurésies latentes, 555.
- JOLYET.** Sur la respiration des poissons, 251. — Effets produits par les inspirations de vapeurs d'acétyle, 306.
- JOUBERT (J.)** et **CHAMBERLAND (Ch.)** Formulation des fibres pléogées dans l'acido carbonique, 300.
- Journal** humoristique d'un médecin philistin, 254.
- JOUSSET.** Principe actif du pyrèthre, 145.
- JUNOD.** Traité de l'émphyse, 302.
- JURAS.** Des effets du chlorhydrate d'opomorphia, 125.
- K**
- Kalybie** orientale en 1871 (expédition de), 710.
- KAPPLER (L.)** Absence presque complète des clavicles, 701.

- Kava-kava contre le hémorrhagie (le), 204.
KERN (N.). Emploi thérapeutique de l'alcool, 570.
KEYES. Des lésions syphilitiques des bourses séreuses, 558.
KING. Corps étranger dans les voies respiratoires, 684.
KISS (K.). La chirurgie antiseptique à Hull, 602.
KIMMISON. Sur l'emploi de la ouate préparée pour remplacer les éponges et la charpie, 140.
KÖBENLÉ. Hémostase par compression, 700.
KROEMER (E.). Deux cas remarquables de variole, 205.
KRUSE (J.). Nutrition artificielle à l'aide d'injections sous-cutanées, 158.
KUBORN. De l'excessive mortalité des nouveau-nés, 005.
KUNDEL. Etude sur les yeux des arctiques, 361.
Kystes. — de l'ovaire par le drainage abdominal-vaginal (traitement des), 234. — hydatiques du fœtus, 241, 282. — de l'ovaire (examen histologique des), 265. — périostiques du maxillaire supérieur (des), 328. — hydatiques du foie (influence des pleurésies sur les), 537. — hydatiques comprenant la moelle épinière (des), 559. — hydatique du foie terminés par une fistule hépato-bronchique sur un ant, 646. — paraissent de la glande thyroïde, 717. — pilonx supprimés de l'excavation pévième, 828.
- L**
- LABRÉ**. Extraction de la pierre de la vessie chez la femme, 134. — L'homme à la fourchette, 204. — De la gastro-entérite, 278.
LABRÉ (L.) et COYNE (P.). Traités des tumeurs bénignes du sein, 400.
LABRODE. Expériences faites avec l'acétinate, 188. — Hémostase médicamenteuse expérimentale, 304. — Etude du cœur chez l'embryon, 508. — Sens du cheminement des excitations dans les nerfs, 823.
LABROUËNE. D'une variété de tœnia, 9. — Accidents dus à la rosaniline et à l'anniline, 923. — Pigmentation de la peau dans l'antioxigène par le sulfure de carbone, 330. — Histoire du tœnia chez l'homme, 667, 719. — Empoisonnement par l'acide sulfurique, 807.
LACASABRE. Des unions consanguines dans l'antiquité et dans les temps modernes, 641, 657.
LADMIRAL (E.). Des altérations du système utérin chez les phlébiotiques, 236.
LAËT (E.). Sur le purpura simplex à forme exanthématique, 526.
LACAGNÈRE (J. de). Sur les angines rhumatismales et catarrhales, 638.
LAILLER. Emploi de l'iodo-auric-arsénique pour les injections sous-cutanées, 670.
LAILLÉ. — du chimo (de la cure du rachitisme par le), 23. — materoc (empoisonnement par l'opium dans le), 36. — (de l'action du froid sur le), 60. — frais de jumeau (sur l'écoulement prédominant dans le), 122, 005.
LALANDE (L.). Sur le gonorrhée, 217.
LALLANÉ (L.). Sur la durée de la sensation tactile, 370.
LAMBOSI. Voy. EULEMBURG.
LAMBOLT. Des localisations dans les maladies cérébrales, 44.
LAMBOUY. Sur les localisations cérébrales, 139. — Convulsions et paralysies liées aux méningo-encéphalites fronto-pariétales, 685.
Langue. — (cas de cancer de la), 185. — (prostatite et épithélioma de la), 422. — (ulcération tuberculeuse de la), 401. — (sans de la), 636. — (prostatite et épithélioma de la), 700.
Laryngoscope (appareil électrique destiné à la), 732.
Larynx — (cas de cancer du), 158, 203, 233. — (prolapsus des deux ventricules du), 630. — par la dilatation (traitement des rétrécissements du), 620. — (carie du), 621.
LASSÈDE. Du vertige mental, 7.
LASKALLAS. Inhalations hydro-minérales, 551.
LATASTE et MALASSEZ. Cancer oncopholoïde du poumon, 317.
LAVERAN. Cas de myélite antérieure aiguë chez l'adulte, 333. — Cas de manie rhumatismale, 378. — Cas d'ostéome de la tête, 393. — Manie rhumatismale, 388. — Tuberculose miliaire ulcérée de la voûte et du voile du palais, 607. — Dépôts granuleux kystiques des reins chez l'adulte, 756, 770.
LEBERT (H.). Traité de pathologie générale, 381. — De l'œdème, oligoprotéinémie, dystémie, 493.
Le Bœuf. Pénurie absolue de sang, 203.
LEBOUËT (H.). Sur le développement des capillaires et des globules sanguins chez l'embryon, 704.
LEBLOND (L.). La science arabe en Occident, 129, 145, 200, 321, 337. — Histoire de la médecine arabe, 427.
Le DENTU. Sur une variété rare de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, 91. — Electro-traitements des gonitiques et des lèvrés, 670.
LEFÈVRE (L.-A.). Paralysies traumatiques des membres inférieurs après l'accouchement laborieux, 637.
LEFFERTS. Prolapsus des deux ventricules du larynx, myxolomie, 620.
LEFORT (J.). Composition chimique des eaux de Bonnes, 807.
LEFORT (L.). Des amputations sous-ostéogénienne et tibio-tarsienne, 185. — Atrophie et paralysie des muscles avoisinants des articulations malades, 219. — Traitement du glaucome aigu, 316. — Crétion d'un vagin artificiel, 490. — Traitement des rétrécissements de l'urètre, 459, 700.
LEHARZ. Précédé de contention d'un anévrysme de la crosse de l'aorte, 670.
LEJAZE et PATROULLARD. Guide pour l'examen des préparations officinales, 706.
LEPINE. Cas d'hémorrhagie de la protuberance, 61. — Numération des globules rouges chez le nouveau-né, 107. — Glycosurie chez les cirrhotiques, 139. — Sur l'andémie essentielle, 401, 520. — Effets de l'excitation du bout périphérique du nerf sciatique coupé sur la vascularisation de la patte, 541. — Fièvre typhoïde terminée au dixième jour par perforation intestinale, 557.
Lépre (de la), 210.
LEPOTTE (L.). De quelques accidents qui peuvent survenir après le thoracocentèse, 81, 114. — De l'uricémie considérée comme complication des kystes hydatiques du foie, 241. — Un cas de purpura mort par hémorragie cérébrale, 289. — Délire avec hallucination dans un cas d'ataxie locomotrice au début, 370. — Le syphilome de Wollner, 385. — De médication empyème au XVIII^e siècle, 401. — Sur la fréquence du tœnia inermis, étudié sur les principaux téniaïdes 451, 484, 409. — Rhumatisme crânial, 513. — Le purpura hémorrhagique, 561. — Mouvement de la population en France, 610. — La fièvre typhoïde à Paris en 1876, 737, 753.
LESCHE. Sur un cas de grossesse triple, 620.
LEROY de MÉNOURCET. Coliques des pays chauds, 281, 330.
LESSELMER. La phthisie pulmonaire et la médication arsenico-phosphore, 536.
LETIÉVANT. Résection du maxillaire supérieur, 539, 614.
Léucocéphalé. — (ramollissement de la rate dans un cas de), 607. — (influence de l'alcoolisme sur la), 588.
Léucocytes. — dans la morve (do la), 8. — muveuse (discussion à l'Académie sur la), 39, 49, 56, 70, 159. — dans les affections fibrilées et purulentes (de la), 102.
Leucorrhée (de l'usage du chlorure dans la), 175.
LEUDET. Sur l'empyème, 535.
LIEVEN. Dissolution de l'albunine dans l'eau sous l'influence de l'acide chlorhydrique, 139. — De la dyspepsie, 307, 313. — Mort subite après la thoracocentèse, 740.
LEVINSTEIN. Du morphinisme, 112.
LÉVRES (CANCER des), 508.
LIEBERMAN. Deux cas de pleurésie purulente, 810.
Ligature. — de l'artère humérale (cas de), 67. — de la sous-clavière en dehors des tumeurs, 91. — classique (traitement de l'hydrocèle du foie), 215. — appliquée à l'empyème des membranes, 697. — de la carotide externe (cas de), 700.
LIEBOWITZ. D'une cause d'erreur dans l'emploi des aréomètres pour l'appréciation du poids spécifique d'une urine, 108.
— Emploi de l'acide salicylique pour la conservation des solutions d'acétalcools, 105. — De la poudre de sang, 149. — De l'acide salicylique, 701. — De la cote de verre, 780. — Calculs intestinaux, 780.
LIOUVILLE et DENOËV. Sur un cas de mutisme hystérique suivi de gérison, 221.
LIPPENOTT. Cas d'hypertrophie traumatique et d'élongation des phalanges digitales, 414.
Liquides. — physiologiques de la cavité péritonéale, 793.
Lithiome et de la lithotritie (mortalité à la suite de la), 654.
Localisations. — cérébrales (des), 40, 37, 58, 129, 458, 754, 701, 780, 794. — dans les maladies cérébrales (des), 11.
LOWENBERG. De l'échec des gaz dans la caisse du tympan, 763.
Logopéens de l'obstruction du, 134.
LOS. Sur l'administration de l'arséite (projet de), 514, 738.
LOISEAU (D.). De la raffine, 206.
LONGUET. Déformités congénitales multiples chez un enfant de deux ans, 220.
LORING (E.). Étiologie de la myopie et du strabisme postérieur, 745.
LOUÏET (A.). Hématurie et hémiprénisme dans la fièvre typhoïde, 813.
LUBELSKI (G.). L'huile de croton et la teiga, 480.
LUGAS-CHAMPONNIÈRE (P.). Cas d'hémorrhée du voile du palais avec larynx, 296. — Empoisonnement aigu par l'opoponax, 635.
LUIET (L.). Hémorrhagie consécutive à l'extirpation de dent, 707.
Lupus. — (sur un cas présumé de), 135, 196, 225. — de la main, 100.
Lupulin (traitement du delirium tremens par le), 820.
LUSK (W.). Fièvre purpurale, 730.
LUTAUD. Note pour servir à l'histoire des oesthésiques, 135. — Caractères du l'atéralphagie, 237. — Action de l'air sur les phosphaures de potasse, 258. — La méthode antiseptique de Lister, 337. — Discussion sur la syphilis, 462. — De la fermentation des vins par la fuelsie, 723. — *Parasin*.
LUTTICH. Deux anomalies vasculaires importantes, 398.
Luxations. — de l'épaule (lésion de nerf circonflexe, suite de), 74. — du mécanisme des), 88. — de l'épaule (paralyse du nerf circonflexe dans les), 124. — congénitale du tibia, 167. — de la symphyse pubienne, 167. — de l'apophyse xiphoïde, 167. — du pouce ou avant, 443.
LVS. Atrophie cérébrale consécutive aux amputations, 27. — Le cerveau et ses fonctions, 267. — Photographie de préparations de système nerveux, 423. — Circulation supplémentaire dans le cerveau, 423, 762. — Corréaux d'ictères, 414. — Modifications de tissu cérébral par l'acide nitrique, 44. — De l'influence qu'exerce certains lésions du système nerveux périphérique sur le cerveau, 445. — Anatomie pathologique de la paralysie générale, 177.
Lymphogectasie ganglionnaire, 322.
Lymphangite utérine (numération des globules au sang dans la), 697.
Lymphatiques dans la production de l'œdème (du rôle des), 28.
Lymphorrhagie consécutive aux adhésives suppurées et aux lymphangites suppurées (do la), 106.
- M**
- Maclicie parlante**, 751.
MAIGROT. Des kystes périostiques du maxillaire supérieur, 338.
MAGNAN. Des altiques apiales épileptiformes dans la paralysie générale, 92. — Troubles trophiques à la suite de méningo-encéphalite diffuse, 189. — Recherches sur les centres nerveux, 718. — Endémie de tétanos, 705. — Épilepsie symptomatique, 827.
MAËNE. Allaitement et sevrage des enfants, 692, 654.
Mais (propriétés hygiéniques et thérapeutiques de), 732.
Mai perforant, 444.
Mandibles. — régnantes (les), 106, 307, 748. — de Membres (de la), 235. — chirurgicales (rapport de la croissance avec les), 331, 340, 392, 394, 422, 423, 424. — de Dright (état des artères dans la), 555. — dues à des germes, 746.
MALASSEZ. Recherches sur la coloration du sang, 812. — Spectres de la fuelsie, du vin, etc., 827. — Voy. LATASTE, DE SÈVÈRE.
MALASSÉ et PIRARD. Sur l'état du fer contenu dans la rate, 303. — Sur les fonctions de la rate, 247.
Mandibles et leurs anomalies (les), 236.
Mammifères (respiration chez les grands), 280.
Mauco (écoule de), 351, 303.
Mnio rhiomatolome (cos des), 278, 513, 692.
MANOUVRIER. Sur l'ostéodystrophia, 536, 606. — Troubles de la sensibilité dans le contracture idiopathique des extrémités, 100.
MARAGLIANO. Diérotisme et polyérotisme, 201.
MARGHANT. Plais par arrachement de la face interne du bras gauche, 620.
MARCEL. Anesthésiques qui produisent le cœur bruyant, soumis à des excitations rythmiques, 121. — Des variations rigoureuses d'excitabilité du cœur, 135.
MARCEL. Diérotisme et polyérotisme, rapport, 201. — Des variations électriques des muscles et du cœur, 279, 500.
MARJAU. Nouvel instrument destiné à maintenir la bouche ouverte, 400.
MARTELIN. Calculs du rapport sur l'organisation des hôpitaux d'infants, 43.
MARÉ. Sur la tœnia, alcédoie des feuilles et de semences de l'ij, 880.
MARRISSÉ. Hystérie à forme intermittente, 283. — Empoisonnement par le vin fuelsad, 706.
MA ROT. Tumeur de la protuberance, hémiplegie avec hémiesthésie, 323.
MA ROT. — de la mort subite pendant et après la thoracocentèse, 9.
MARTIN. Recherches sur la structure et le développement des bisériles, 293. — Sur le prétendu aliphium cyanosum, 605.

- MARTIN (A.). Voy. BELHOMME.
- MARTIN (E.). Sur l'épidémie de fièvre typhoïde à Bruxelles en janvier 1899.
- MARTINEAU. Sur l'emploi du chloroforme topique dans le typhus, 159. — Acide salicylique et salicylates anodins, 670.
- MARTY (J.). Des accidents gravido-cardiaques, 591.
- MARVAUD (A.). Fracture du crâne par un caeu à feu, 71.
- MASBUS. Voy. VANLIER.
- Massage appliqué aux maladies des femmes, 40.
- MARON. Voy. GARTIER.
- MAROT (E.) et URBAIN (V.). Rôle de l'acidité carbonique dans la évacuation spontanée du sang, 150.
- MAUMENÉ (E.-J.). Sur les éléments du sucre inverti et leur présence dans les sucres cornéens, 95.
- MALRAC (Ch.). Leçons sur l'ophtalmologie et l'ophtalmologie droite sympathique à forme intermittente, 51, 98, 416, 211, 308.
- Maxillaire. — inférieur (odontome du) 300. — supérieur (des kystes périostiques du), 338. — supérieur (résection du), 539, 614. — inférieur (cas de résection périostique du), 541. — inférieur (tumeur-sarcome du), 200. — supérieur (épithélioma déhiscant du), 813.
- Médecine. — légende (de l'enseignement de la), 44. — ambulatoire, 30. — militaire (sur l'organisation de la), 200. — (projet de loi sur l'exercice de la), 353.
- Médecins. — militaire (aide-mémoire du), 200. — de la réserve de l'armée active (des), 499. — et élites, 719.
- Médecine pratique de l'officier (général), 905.
- Médecins. Sur l'acclimatation des acariens parasites des animaux sur l'homme, 302.
- MÉTU. Liquides pathologiques de la cavité péritonéale, 705.
- Mélanocèle (sur la), 223.
- MÉNÈME. Appareil à injections intra-utérines, 670.
- Méningite tuberculeuse (cas de), 171.
- Mémorisation. — (de l'effacement des maladies du cœur sur la), 45. — par le péricérite après l'ovariotomie, 620.
- Mensuration du thorax des Français de vingt et un ans, 718.
- Mentales (leçons sur les maladies), 605.
- MÉRCHISE. Les secours aux blessés après la bataille de Sedan, 702.
- Mercure (traitement de la syphilis sans), 750.
- Mémoire chronologique sur l'ignipuncture (traitement de la), 535.
- MÉYNET (P.). Rhumatisme articulaire subaigu avec production de tumeurs dans les tissus fibreux péri-articulaires et sur le périoste, 41.
- MIALHE. De bromhydrate de quinine, 76.
- MICHEL (J.). De la leucocytose dans les affections fébriles ou parasitaires, 492.
- MICHEL. De l'indivisibilité de causes cérébrales, 416. — De l'hémianesthésie et de l'hémiparésie, 355, 369. — De l'empoisonnement par les élampignons, 667.
- MIGNOT. Sur le choléra dans le centre de la France, 557.
- Migraine (emploi du guaiac contre la), 305.
- MILLARD. Cas de fièvre typhoïde ataxo-dynamique, 600.
- MILNE-EDWARDS (H.). Physiologie et anatomie comparée de l'homme et des animaux, 99, 39, 708.
- MIOT (L.). Sur l'innervation du cœur, 686.
- Mirottes et pélagiennes, 702.
- Moele. — épinière (trajet des cordons nerveux qui font le cerveau à la), 55. — cervicale (état de la circulation après les lésions de la), 441. — dentaire (état de compression de la), 445. — par des tumeurs hydatiques (compression de la), 539. — consécutive aux lésions corti-
- cales (dégénération secondaire de la), 683.
- Mogador et son influence sur la pluisité (le climat de), 299.
- MOLISSAT. Traitement de la fièvre typhoïde, 763.
- MOLLÉAS (D.). De la péri-orchéite, 187. — Sur un cas de réinfection osseuse, 829.
- MONDAN. Un cas d'ostéomalacie, 307.
- MONKS. De l'ictère pendant la grossesse, 387.
- MONYER. Sur trois nouveaux moyens de découvrir la simulation de l'anémurie et de l'amblyopie multifocales, 388.
- Monstre double autostère (cas de), 732.
- MORAT. Section du nerf sciatique poplité interne par un délat d'obus, mal perforant, 414.
- MORAY et TOUSSAINT. Variations de l'état électrique des muscles dans la contraction volontaire et le tétanos artificiel, 209, 450.
- MORÉAU (A.). Sur la vessie nataire des poissons, 205.
- MORÉAU (H.). Sur l'empoisonnement aigu par le plomb et ses composés, 95. — Morphine. — (des injections sous-cutanées de), 59, 402. — (de l'abus des injections sous-cutanées de), 172. — dans le traitement de la folie (injections sous-cutanées de chlorhydrate de), 265.
- Morphinisme (du), 473.
- Morsure du cheval (traumatismes produits par la), 299.
- Mort. — subite pendant et après la thoracotomie (de la), 9. — subite ou rapide après la thoracotomie (de la), 29. — du sultan Abd-el-Aziz, 382. — rée (moyens à constater la), 719. — habitée dans la fièvre typhoïde de la), 739. — (sur la suite de la thoracotomie), 749. — subite par excitation des pneumogastriques ou des nerfs laryngés, 795.
- Mortalité des enfants, 608, 679, 695.
- Mort-nés dans les différends pays de l'Europe (de la), 112.
- Morvo. — (de la leucocytose dans la), 8, 39, 40, 50, 70, 129. — chronique (un cas de), 48.
- Mosses. Des mouvements des vaisseaux et de leur inscription, 65, 702.
- MOURUT. Bromhydrate de scitine, 348.
- MOURAUD-MARTIN. La transfusion de sang et l'anémie essentielle, 580.
- Mouvement (sentiment et), 793, 795.
- MOYNAK (L.). Pathologie et clinique médicales, 400. — Pathologie et clinique chirurgicales, 511.
- Muscario (de la), 209, 291.
- Muscles. — (de l'emploi de la grande cuillère contre les contractions morbides des), 136. — au voisinage des articulations malades (atrophie et paralysie des), 219. — et du cœur (ses variations électro-tones de), 279, 509. — sterno-mastoïdien chez un nouveau-né (tumeur du), 329. (variations de l'état électrique des), 309, 450.
- Musculaires. — dans l'atrophie musculaire progressive et saturée (cas des fibres), 125. — dans les atrophies (des lésions), 130. — (procédé de dissociation des fibrilles), 306.
- MUSCULUS. Sur le ferment de l'urée, 88.
- Musée de l'hôpital Saint-Louis, 545.
- Musique à la médecine (application de la), 698.
- Mutisme hystérique suivi de guérison (cas de), 224.
- Myélite. — aiguë chez un ataxique, 229. — antérieure aiguë chez l'adulte (cas de), 292.
- Myocardite palastro (sur la), 429.
- Myopie. — (discussion à l'Académie sur la), 8. — dans les écoles, 445. — (étio-pathogénie de), 441. — Myopie ossifère (sur la), 633.
- Myotomie. — oculaire, 136. — utéro-vaginale, ignée, 637.
- Naissance (déclaration du), 2, 14.
- Nasales. — (obstruction congénitale des fosses), 550. — postérieure (astarrhe), 692.
- Naso-pharyngiens (fibromes), 572.
- Natalité en Belgique (de la), 633.
- Néologie, 16, 21, 61, 79, 96, 106, 411, 115, 128, 454, 100, 176, 193, 208, 218, 224, 210, 259, 289, 300, 280, 336, 368, 391, 415, 418, 480, 496, 512, 528, 514, 560, 576, 592, 608, 621, 630, 666, 703, 730, 736, 753, 788, 820, 816, 839.
- Nélaton (éloge de), 72.
- NEPVEU. Oligurie traumatique, 570.
- Nerfs. — (de l'excitation unipolaire des), 25. — hypoglosses (sur les origines du), 45. — circonscrite (lésion du), 75, 131. — trijumeaux (recherches anatomiques sur le), 407. — (contenus dans un cas de pemphigus (alération des), 107. — moteurs chez les animaux tués par les anesthésiques (état de l'appareil des), 408. — acoustique et l'excitateur moteur de l'œil (rapports physiologiques entre le), 247. — sciatique (section du), 205. — sciatique (fibro-sarcome du), 346. — vaso-moteurs (phénomènes vasculaires déterminés par l'excitation des), 323. — optique et olfactives (traitement de l'ophtalmie sympathique par la section des), 395. — sciatique poplité interne par un élat d'obus (section du), 414. — facial dans le bulbe (trajet du), 445. — dans le pemphigus (alérations des extrémités périphériques des), 489. — optique (structure du), 544. — sciatique sur la vascularisation de la patte (effets de l'excitation du bout périphérique du), 541. — sous-occipitale dans la résection du maxillaire supérieur (conservation du), 614. — vaso-moteurs (sur les), 622, 783. — trijumeau (paralysie du), 678. — grand sympathique (physiologie expérimentale du), 732. — aplasie et du tissu nerveux (de la structure des racines des), 734. — déformations par les courants électriques (des fonctions des), 749. — pneumogastrique et les nerfs préencéphaliques (sur le), 760. — médian (névrome du), 763. — (section des), 763. — laryngés (excitabilité des), 765. — sapéno externe (névrome du), 766. — de sensibilité générale (origine réelle des), 770. — pneumo-dex, 796. — non-entier (paralysie sympathique du), 804. — (abaissement des excitations dans les), 812, 826.
- Nerveux. — (rapports des cellules nerveuses ganglionnaires avec les nerfs), 27. — (pathologie expérimentale du système), 291. — péripériphériques sur le cerveau (influence des débris du système), 444. — sur la détermination des maladies du système), 524. — (influence de la civilisation sur les maladies du système), 714. — (recherches sur les centres), 718. — central dans les paralysies diphtériques (lésions du système), 818, 827. — péripériphérique chez l'entoué (développement du système), 829.
- Norvège péripériphérique des oiseaux, 598.
- Norvège. — du nerf médian, 763. — du sapéno externe, 766.
- Névroses. — vaso-motrice hystérique (sur une), 516, 545. — viscérales dans les affections cérébro-spinales (des), 551.
- NEWMAN. Du rétrécissement de l'urètre chez la femme et de son traitement par l'hydrolyse, 29.
- Nicotinisme (maladies (décoloration des), 522, 529, 540.
- NIGEMAS. Paralysie du nerf crémieux dans les luxations de l'épaule, 124. — Cas de fistule vésico-vaginale, 421. — Suroxygène
- de l'épaule chez une femme: excisée de huit mois, 186. — Modification apportée à l'appareil d'Éclair, 186. — Blessure et ligature de l'artère radiale, 230. — Hémiplégie dans l'étranglement herniaire, 690. — Épanchement sanguin dans le genou, 751.
- NIERCK (H.). Du phénacéle symptomatique du diabète sucré, 580.
- Nitrate et ammoniac dans l'eau de Seine, 199.
- Nitrate d'amyle et de son emploi dans l'épilepsie (de l'action physiologique du), 24.
- Nitrobenzol (empoisonnement par le), 389.
- NIVET. Étologie du galre, 543.
- NOEGRATH. Du tonner rostro-vésical et vésico-vaginal, 806.
- NOGARO (H.). De la médication stibée dans la pneumonie, 783.
- NORBLAND. Sur la diarrhée de Cochinchine, 506.
- NOUVEAUX. Traitement des maladies des femmes par le massage, 40.
- NOTTA. Médecins et clients, 710. — Accidents causés par les poissons, 703. — Névrome du nerf médian, 763. — Contusion du périmé avec rupture de l'urètre, 810.
- Nourrices (gastrostomie des), 380, 401.
- Nouveaux-nés. — (urine normale des), 25. — (sur l'ophtalmie), 44. — (amputation des globules rouges chez le), 107. — (tumeurs de la région cervicale chez les), 305. — (tumeur du sterno-mastoïdien chez un), 329. — (nouveau signe médico-légal tiré de l'examen des oreilles du), 361. — (hémorrhagie vulvaire chez les), 361. — (styréome des), 458, 477. — (de l'insuffisance de la section du flet chez les), 525. — (insuffisance chez les), 610. — (alimentation des), 632, 651, 660, 690, 705, 731. — (de l'excessive mortalité des), 695, 698.
- Nutrition artificielle à l'aide d'injections sous-cutanées, 158.
- O
- Oblésité, 577.
- OBREITERER. Des troubles psychiques dans l'ataxie locomotrice progressive, 441.
- OUX. Cour, trachéotomie, paralysie faciale consécutive, 654.
- Odontome du maxillaire inférieur, 390.
- Odéon. — (du rôle des lymphatiques dans la production de l'), 98. — de la glotte par ablaté laryngopneumonie, 907.
- OEIL. — par un grain de plomb (blessure de l'), 76. — dans les traumatismes du cerveau (troubles circulatoires du fond de l'), 122, 185. — (rapports physiologiques entre le nerf acoustique et l'appareil moteur de l'), 247. — (sur la paralysie des muscles de l'), 262. — des artériels (de l'), 301. — de des insectes (de l'), 316. — (anatomie pathologique de l'), 764.
- Oesophage (corps étranger de l'), 652.
- Oeuf du coq, 820.
- Oligocéphalie (de l'), 493.
- Oligurie traumatique, 570.
- OLIVER. Nécessité post-opératoire de l'calcaémine, 507. — Décoloration des calcaéplastiques, 922, 929. — Sur la calcaémine, 535. — Trépanation des os dans l'ostéomyélite, 570. — Fibromes naso-pharyngiens, 572. — Hématocèle de Pélopidémie, 572.
- OLLIVE. Le climat de Mogador et son influence sur la pluisité, 299.
- OLLIVIER (Aug.). Alération de l'urine dans l'hémorrhagie spiale, 221. — Éloge d'Alexandé, 738.
- OLLIVIER (de Rous). Influence de l'alcoolisme sur la pluisité, 588.
- ONANISME. — (de l'), 150. — chez la femme (sur l'), 650.

- ONCUS.** Effets de l'électrisité dans la cataplexie et la léthargie, 171. — Des déformations de la plante des pieds dans les affections paralytiques de la jambe, 531. Transfuseur et thermocautère, 537. — Des fonctions des nerfs déterminées par les courants électriques, 749. — Sur le pneumogastrique et les nerfs prétendus d'arrêt, 760. — Erreurs dans les expériences physiologiques par l'emploi de l'électrisité, 810.
- Ophthalmia sympathique** par la section du nerf optique et des nerfs ciliaires (traitement de), 305.
- Ophthalmopégie** (traité de), 500.
- Opium** dans le lait maternel (empoisonnement par), 90.
- Optomètre** (d'un nouvel), 327.
- Ordonnance** de police sur les animaux suspects, 303.
- ORONNEAU (L.)**. De la rupture des artères de l'œstre dans la trachée et les bronches, 191.
- Œuf**. Des injections intra-veineuses de chloroforme, 90. — Tétanos traumatique traité par les injections intra-veineuses de chloroforme, 312. — Sur la transfusion du sang, 553. — Influence de l'empoisonnement par l'agaric baïeux sur la glycémie, 710.
- Ouvillo.** L'acide salicylique employé dans le traitement des maladies de l'oreille, 426. — (rôle du pavillon de l'oreille), 426. — (influence de la grosseur sur les maladies de l'oreille), 585. — moyenne (injections médicamenteuses dans l'oreille), 652. — (traitement des maladies des), 745.
- Oreillons** avec les fièvres éruptives (rapports des), 168.
- Organes** dans ses rapports avec la circulation du sang (du changement de volume des), 246.
- ORTEGA (F.)**. De l'influence de la grosseur sur la pléthisie pulmonaire, 236.
- Œuf (E.)**. Traitement de l'alopecie, 427. — (Traitement des maladies de la peau, 445).
- Os.** — (tissus spongieux des), 812. — (des de la reconstruction de), 820.
- Ostéomalacie** (sur un cas de), 307.
- Ostéomyélite.** — (trépanation dans l'), 530. — suppurée (de l'), 653.
- Ostéo-sarcoma** de l'extrémité inférieure du radius, 823.
- Ostéotomie.** — dans le traitement des courbures rachitiques des membres inférieurs (l'), 157, 109, 517. — unilatérale du tibia, 817.
- Otoscopie.** 530.
- Ouate préparée** (de la), 140.
- Ovaire.** — par le drainage abdomino-vaïnal (traitement des kystes de l'), 233. — (des tumeurs solides de l'), 236. — (examen histologique des kystes de l'), 235. — d'une hystérique (examen de l'), 530.
- Ovariectomie.** — (menstruation par le pédoncule), 630. — (cas de), 819, 826.
- OXLEY (M.)**. Paralyse hystérique causée par la foudre, 385.
- Oxyde de carbone** (cas d'empoisonnement par), 80.
- Oxone** (Clr.), 401.
- Oxène** (cas de), 76.
- Oxycène.** 30. — comme désinfectant (procédé pour dégraisser l'), 113.
- P**
- Painis.** — (restauration de la voûte du), 304. — (tuberculose miliaire ulcérée de la voûte et du voile du), 367.
- PANAR.** Ligature de la sous-clavière en dehors des scapulaires, 91. — Troubles circulatoires du fond de l'œil dans les traumatismes de l'oreille, 423, 185. — Épiploie à cheveux perdue dans la vessie; extraction par le vagin, 305. — Oedème du maxillaire inférieur, 300.
- Pancreas** des hôpitaux (les nouvelles), 000.
- Panification** aux États-Unis (de la), 455, 507.
- Panement.** — anti-tiphique de Lister, 74, 90, 337. — à l'alcool, 345. — ouaté, 432, 440, 447, 457. — des plaies (sulfate de zinc dans), 463, 480.
- PAGELIN (G.)**. Sur un nouveau thermocautère, 507.
- Paralysies.** — générale (attaques spinales épileptiformes dans la), 92. — générale (troubles trophiques dans la), 180. — des muscles au voisinage des articulations malades, 310. — des muscles auales (sur la), 292. — radiale à frigore (sur la), 320. — saturnine, 414. — générale (origine des troubles de la motilité dans la), 770. — laryngées (des), 783. — saturnine (iodure de potassium dans la), 703. — diphtériques (lésions de système nerveux central dans les), 818, 827.
- Paraplégie.** — par oblitération de l'aorte abdominale, 9, 217. — dans un cas de syphilis maligne précoce, 781.
- PARROT.** De l'athrésie, 211. — Disposition des valves sigmoïdes chez certains animaux, 220. — De l'érythème des nouveau-nés, 458, 477. — Rapports entre les lésions des poumons et celles des ganglions trachéo-bronchiques chez les enfants, 730.
- PARROT et ROBIN (A.)**. Urine normale des nouveau-nés, 25. — Altérations des urines dans l'athrésie, 540.
- PARTEUR (L.)**. Note sur la fermentation, 312. — Ferment de l'urine, 410. — Du hoëbion comme ferment, 435. — Panement ouaté, 422, 437. — Fermentation des urines, 473, 521.
- Pathologie.** — (la physiologie et la), 48. — générale, 173, 381. — (manuel de), 430. — chirurgicale (manuel de), 831.
- PAUILLIARD.** Voy. LEPAGE.
- PAUL (C.)**. Le violet de Paris, réactif des urines itériques, 9. — Du maïs, 306. — De l'acide salicylique, 700.
- PAULET.** Du coton hydrophile en chirurgie, 735. — Anatomie comparée du périnée, 819, 825.
- Pavillon** de l'oreille (rôle physiologique du), 423.
- PAZ (E.)**. La gymnastique raisonnée, 544.
- PEACOCK.** La phthisie des moelliers, 555.
- Peau.** Voy. Cutanées.
- Pédaie** (sur la nature et le traitement de la), 216. — d'une hystérique (examen de l'), 530.
- Pelvienne** (kystes pileux suppurés de l'ex-cavité), 828.
- Pemphigus** avec altération des nerfs cutanés survenu dans le cours de la paralysie générale, 407, 480.
- Pénils** (maladies chirurgicales du), 750.
- PEPPER (W.)**. De l'andole progressive péri-néuse, 28.
- PÉTIAT.** Tumeur du sterno-mastoidien chez un nouveau-né, 320.
- Perforation intestinale** dans un cas de fièvre typhoïde, 557.
- Péricardite** (cas de), 557.
- PÉRISSON (F.)**. Réduction en masse de la hernie étranglée, 250.
- Périnée.** — (contusion du), 810. — (anatomie du), 819, 828.
- PÉRISSON (de la)**, 187, 249.
- Périlisme.** Voy. Épénémisme.
- PÉRISSON.** Propriétés caustiques du bromure de potassium, 568.
- PÉRISSON.** Fracture du crâne, trépanation, 471.
- PÉRISSON.** Fracture du crâne par arme à feu, 74.
- PÉROGLOUAD.** Voy. CAZIN.
- PÉRONSE (J.)**. Du dosage de la glycémie dans l'urine, 154.
- PÉROSSA.** — du docteur Garra! (aveuven), 300. — (accidents des aux), 703.
- PÉROSSA (de la)**, 411.
- PÉTRY (C.)**. Sur l'albuminurie des femmes enceintes, 537.
- PEYI (H.)**. Influence des Mélanis inflammatoires de la plèvre sur les kystes hydatiques du foie, 537.
- PÉYRÉHIN (V.)**. Le tonia à Lille, 201.
- PÉYROT (J.-J.)**. Sur la tension intra-toracique dans les épanchements de la plèvre, 395. — Action de l'essence de tansia, 797.
- PÉYSSOFF (G.)**. La hama de Gurgun, 207.
- Phalanges** digitales (hypertrophie traumatique et elongation des), 414.
- Pharynx** (tubercules du), 441.
- Phlébotomie** dans ses rapports avec le diabète sucré (de), 553, 588.
- PHILIPPEUX.** De l'otopécie, 536.
- PHILIPPEUX.** De la section du nerf sciatique, 363. — Non-régénération des membres bien extirpés chez la salamandre aquatique, 390. — Mort consécutive à la section des pneumogastriques, 707.
- Phlegmons** sous-épithélioïdes de la paroi alvéolaire, 258.
- Phosphates** par les urines (élimination des), 813.
- Phosphore** (amputation aiguë par le), 635.
- Phosphore** des préparations du système nerveux, 423.
- Phonioscopie**, 721.
- Phthisie.** — consécutive (de la), 14. — pulmonaire (de l'influence de la grosseur sur la), 236. — (influence de l'état de Mopgor sur la), 269. — pulmonaire et nédication arsenico-phosphorée, 590. — des meuliers (la), 555. — pulmonaire (expectoration dans la), 655. — (influence des altitudes sur la marche de la), 714.
- Phthisie.** — (altérations du système utérin chez les), 230. — (journal hystérique d'un médecin), 254.
- Physiologie.** — et la pathologie (la), 18. — comparée, 60, 93, 706. — Voy. Expériences.
- PICARD (A.)**. Sur la résection du genou, 511.
- PICARD (G.-W.)**. Sarcocté et phthisis caecœrens, 14.
- PICARD (P.)**. Oblitération de la veine porte par injection d'air dans les veines, 255. — Recherches sur l'urée du sang, 700, 805. — Voy. MALASSEZ.
- PICOT.** Les grands processus marbrés, 173. — Voy. D'ESPINE.
- Pierique** (acide). Voy. Acide.
- Pièce.** — bot congénital (moment où il faut épaver le), 475. — dans les affections paralytiques de la jambe (déformation de la plante de), 531.
- PIERRE.** Influence de la grosseur sur les maladies de l'oreille, 585.
- Piero** (diologie de la), 281. — Voy. Galcius.
- PIERRET.** Recherches anatomiques sur le nerf trijumeau, 407. — Sur l'origine réelle des nerfs de sensibilité générale, 170. — Lésions du système nerveux central dans les paralysies diphtériques, 818, 827.
- PICOULET.** Contention du cordon refoulé, 218.
- Pigmatisation** de la peau dans l'intoxication par le sulfure de carbone, 309.
- PICOSSOP.** — (des propriétés de divers oxydes de), 168. — (pinnatus et simplex), 223.
- PINARD.** Du soufflé ombilical, 158.
- PINCE** à bec-de-l'ivoire, 61.
- PINSAUD (E.)**. Ligature préventive de la carotide externe par l'ablation d'un ostéosarcome du maxillaire inférieur, 709.
- PIONNY.** Emploi du spirógrafo dans le traitement de l'asphyxie, 588, 619, 690.
- PITRES.** Hémiplégie ancienne avec atrophie musculaire partielle, 407. — Lésions superficielles de l'encéphale, 125. — Deux cas d'hémiplégie, 471. — Dégénération secondaire de la moelle consécutive aux lésions corticales, 683. — Lésions corticales du cerveau, 812.
- PIYRISIS** (sur l'emploi du chloroforme comme topique dans le), 50.
- Planches anatomiques** de J. Dryander et de G.-H. Ruyf (des), 785, 817.
- PLANCHON.** Rhizomes d'aristatales, 825.
- PLANTAVE.** Une variété de la tumeur de la région cervicale chez les nouveau-nés, 605.
- Plantes** médicinales (nouveau dictionnaire des), 77.
- Pléurésie** purulente (deux cas de), 810.
- Plèvre.** — (phénomènes réflexes à propos d'injections irritantes dans la), 382. — sur les kystes hydatiques du foie (influence des inflammations de la), 537.
- Pléures.** — (cas composés (sur l'empoisonnement aigu par le), 95. — (autres contre l'asthénie par le), 730.
- Pneumographe.** — dans les lésions du muscle respiratoire (emploi du), 158. — double, 537.
- Pneumonie** (médication stitida dans la), 782.
- Poids** du corps des Français de vingt et un ans, 72.
- Poissons.** — (sur la respiration des), 251. — (sur la vessie natatoire des), 255. — privés d'un cil (coloration de certains), 795.
- POLAILLON.** Déchirement du cal caléris pendant l'accouchement et fistule vésico-utérine consécutive, 260. — Oblitération congénitale de l'intestin grêle, 522.
- Police sanitaire** municipale (nouveau règlement de), 255.
- Polyurie** thérapeutique améliorée par l'extrait titulé (cas de), 188.
- POMEROL.** Sur la fièvre intermittente dans la Liguine, 508.
- PONGET.** Blessure de l'œil par un grain de plomb, 75. Anatomie pathologique des catarrhes utérins, 158. — Clamoma avec anévrysmes multiples de la rétine, 188. — Corps étranger du pommier, 423. — Rétinite albuminurique, 458. — Anatomie pathologique de l'œil, 704.
- Population** au France (le mouvement de la), 610.
- PORAK.** Vagin et utérus doubles, 828. — Voy. RAVASSO.
- PORPHYRIS (L.)**. Existence de l'Asparagine dans les amandes douces, 740.
- POTAIN.** Un cas de nerve chronique, 43. — Ramollissement de la rate dans un cas de leucocytémie, 167.
- Pouca** en avant (luxations du), 413.
- POUGHEY.** Coloration de certains poissons privés d'un cil, 795. — (Euf de cas), 828. — Développement du système nerveux périphérique chez l'œuf-ver, 830.
- Pouls.** — (action des sacs biliaires sur le), 465, 349. — (diéretisme du), 201. — (action de la digitale sur le), 377. — dans l'intoxication saturnine (de), 554.
- Pouman.** — (œnar encéphalologique du), 217. — (corps étranger du), 423. — chez les enfants (Mésard de), 201. — chez les enfants (conclusion simple des), 730.
- PRADEL (X.)**. Amour et onanisme, 159.
- Préparations officinales** (examen des), 700.
- Prehyste scélite** (emploi de l'édérine contre certaines formes de), 75.
- PRESTAT.** Anévrysmes poplitéo gudri par la compression digitale intermittente, 487.
- PREVOST (de Gaudre).** Cas de raga huminale (télidre) (conclusion simple des), 730.
- PREVOST.** Chlora, 500.
- PREWITT.** Ovariectomie; menstruation par le pédicule, 690.
- Processus morhodes** (les grands), 173.
- Protéine d'azote** (narcotisme par le), 733.
- Protéine** annulaire (cas de l'œuf de la), 333.

PROUST. Localisations cérébrales, 701.
 Psoasien. — et ophtalmique de la langue, 422, 700. — (du), 720.
 Psychiques dans l'axiologie locomotrice (des troubles), 141.
 Pucier. Les mameilles et leurs anomalies, 926.
PUZOS. (gymnastique), 781.
 Purpura. — (ces de), 280, 424. — hémorragique (sur la nature du), 441. — simple à forme exanthématique (du), 526. — hémorragique (de), 561. — d'origine nerveuse, 555, 557, 612, 627.
 Purpura ligaté entre la foie et le diaphragme (de), 506 (collection de), 59.
 Pustules. — maligne par les vésicatoires (traitement de la), 580. — vaccinales (des), 747.
PUTERSAT. Sur la rage spontanée, 103. — De la fistule oculo-vésicale, 407, 502.
 Putréfaction (rôle de l'air dans la), 558.
 Pyréthre (principe actif du), 125.

Q

Quarantaines (de), 745.
Quinine. — (des injections sous-cutanées de bromhydrate, de sulfonate et de chlorhydrate de), 58. — action comparée du bromhydrate et du sulfate de), 70. — dans le traitement de la fièvre paludé (de l'utilité du bromhydrate de), 109.
Quinquina dans l'indé anglaise (culture du), 814.
QUOD. Rupture spontanée de la rate, 11.

R

RABUTAUD. Traité d'urologie, 13. — Bromure d'éthyle, 125.
 Rachisme par le lait de chienne (de la cure du), 32.
RADIIUS (abscos congélation du), 381.
 Raffines (de la), 296.
Reflexe. — (sur le spontanéité de la), 27, 163. — humide traité par le jaborandé (de), 333. — humide traité par les injections intra-veineuses de chloral (ces de), 304, 509. — (emploi du *zanthium spinosum* contre la), 701.
RAJEWSKY (A.). De la quantité d'hémoglobine contenue dans le sang, 637.
RAMBOSON. Application de la musique à la médecine, 608.
RANVIER. Rapports des cellules nerveuses ganglionnaires aux nerfs, 374.
RABUT (F.-M.). Influence de l'acide carbonique sur la respiration des animaux, 312.
Rate. — (de la rupture spontanée de la), 11. — (dans un cas de leucocytémie (ramollissement de la), 167. — sur l'état du foie contenu dans la), 203. — (sur les fonctions de la), 247. — (existence de la), 457.
RAT (J.). Responsabilité criminelle des aliénés, 746.
RAYMOND. Tubercule cérébral avec paralyse limitée au bras, 251. — Sur les paralysies saturnines, 444.
RAYMOND ET POKAK. Anévrysme de la crosse de l'aorte, ouverture dans les bronches, 345.
RAYMOUD (M.). Crises néphrétiques dans l'axiologie locomotrice, 481, 490. — Des hales froids dans la fièvre typhoïde, 702. — Localisations cérébrales, 701.
Réactif. — ferroso-pyrogallique, 313. — nouveau de la bile des urines (sur un prétendu), 332.
REGLIS. Epithélioma trépané, 553, 813.
Rectum. — chez l'animal (traitement de l'axiologie locomotrice de), 304. — (consouppé par l'axiologie locomotrice de), 205.
REDON. Sur une modification au procédé de dosage de la glycose dans l'urine, 97, 454.

Réflexes. — (après des injections irritantes dans la plèvre (phénomènes), 282. — déterminés par l'excitation de la dure-mère (mouvement), 393, 391.
Reflexion servant à la constatation de permanence du cordon nerveux, 418, 415.
 Régénération osseuse, 939.
REGNARD. Respiration des animaux aquatiques, 732.
REGNARD ET JOLYET. Des phénomènes chimiques de la respiration, 477.
REINHOLD. Consommation des tentées dans les hôpitaux depuis dix ans, 42.
REINOLD. — (sur les obstacles au cours de l'urine (lésions des), 340. — (étiologie des granulés du), 555. — chez l'ovale (dégénérescence kystique des), 750, 774.
REINOLD. L'action brusque de l'urétrine d'une femme âgée avec l'aide du chloroforme, 825.
RENUU (J.). Sur les cellules fixes des tendons, 805. — Voyez DEBOVE.
RENUU. D'une collection purulente enclavée entre la foie et le diaphragme, avec ouverture dans les bronches, 50.
 Reptiles (canaux des coëlles des), 316.
 Requisition de médecin (droit de), 112.
Résécution. — de l'extrémité supérieure du fémur, 411. — sous-périoste de la calcaneus, 497, 507, 527. — du genou (sur la), 511. — du maxillaire supérieur, 530, 614. — partielle du maxillaire inférieur (cas de), 544.
Respiration. — (action des acides biliaires sur la), 405, 340. — des poissons (sur la), 251. — pulmonaire chez les grands mammifères domestiques (sur la), 390. — (influence de l'acide carbonique sur la), 312. — (influence de la digitale sur la), 377. — (des phénomènes chimiques de la), 477. — sur la circulation artérielle (influence mécanique de la), 636. — des animaux aquatiques, 732.
 Respiratoires (corps étranger dans les voies), 684.
 Responsabilité criminelle des aliénés, 740.
 Responsabilité criminelle des animaux militaires de la), 188. — (d'écoulement de la), 552.
 Rétrécissement albuminurique, 458.
Rhumatisme. — articulaire sub-aigu avec production de tumeurs dans les tissus fibreux, 11. — et traumatisme, 17, 25, 57. — articulaire aigu (de l'aliénation mentale consecutive de), 32. — poly-articulaire (des injections locales sous-cutanées des la), 305. — (influence du traumatisme aigu sur la), 231. — articulaire aigu (mnie à la suite du), 378. — cérébral, 513. — chez les coelures opérés, 557, 580. — (foie dans la), 602. — (note rectificative des travaux de M. Desguis sur la), 710.
RIEDEL (H.). Emploi de pneumographe dans les lésions des muscles respiratoires, 158. — Recherches sur la sensibilité, 331, 330. — Sentiment comparé au mouvement, 703, 705.
RIEDEL. Observation d'hémorragie du corps étriqué, 435.
RIEDEL. Plaie pénétrante de l'abdomen, 724.
RIEDEL (A.). De l'écoulement des Français en Algérie, 159. — Fièvre larvée à forme hystérique, 342.
RIGAL (A.). Influence du traumatisme sur l'infection rhumatismale, 231.
RIGAUD. Mécanisme des luxations, 88.
RITTER (E.). Voyez FELTZ.
ROBIN (A.). Voyez PARROT.
ROCHARD (J.). Lésions traumatiques de l'urètre, 311.
ROERS (P.). Sur le mouvement de déassimilation chez le vieillard, 637.
ROGER (H.). De la fréquence du tzelé due à la co-ossomation de la viande crue, 457.
Rome (état sanitaire du), 431.
Rosalline (accidents dus à la), 232.

ROSKNACH (O.). Sur une nouvelle sorte d'expectoration verdâtre, 580.
ROSTANG (de). Propriétés antiseptiques de la racine de garance, 164.
ROSTANG (de). Résection de l'extrémité supérieure du fémur, 414.
ROUBAUD (P.). Traité de l'impulsion et de la stérilité, 821.
ROUDANOVSKY (R.). De la structure des racines des nerfs spinaux et du tissu nerveux des organes conaux, 734.
ROUDET. Appareil électrique de la torpille, 600.
ROUDET. Sur la persistance de l'intermaxillaire chez l'homme, 247.
ROUSSEL. Appareil à transfusion, 248, 414.
ROUX (A.). Observation d'un cas de cataplexie hystérique, 831.
ROUYER. Essai sur les doses toxiques et les contre-poisons de quelques composés arsenicaux, 45.
RUFZ ET LAVISON. De la lèvre, 216.
RUFF (G.-H.). Ses planches anatomiques, 785.

S

SACC. Mesures des crotales et irrégularité musculaire des lortnes de mer, 122. — Purification, États-Unis, 507.
 Sages-femmes (de l'instruction des), 218.
 Saignée (de l'abandon de la), 782.
SAINT-VEL. Voy. DEBARTY.
 Salamandre aquatique (non-régénération des membres bien extirpés de la), 320.
SALATRE (A.). Étude graphique des mouvements du cerveau, 411.
 Sallolytes salines, 679.
SALICILYTES (acides). Voyez Acide.
SALON. Cas de rage traité par les injections intra-veineuses de chloral, 509.
SANERSON (J.-B.). Sur la transmission des inflammations, 604.
Sang. — (sur la recherche médico-légale des taciens de), 90. — (rôle de l'acide carbonique dans la coagulation du), 123, 156. — (prostate salubre de), 140. — (sur la formation du sucre dans la), 245, 391, 410, 520, 539. — sur le volume des organes (influence de la circulation du), 246. — (appareil à transfusion de), 248. — (numération des globules blancs du), 347. — (transpirabilité du), 418, 605. — dans les anémies (du), 435, 455, 472. — (sur la transfusion du), 542. — et acémiolite (transfusion du), 580. — (de la quantité d'hémoglobine contenue dans le), 637. — par les tubes de petit calibre (écoulement du), 665. — des étoniques (sur le), 708, 717. — (rapports entre l'oxygène et le sucre du) 740. — (sur l'urée dans le), 700, 805. — (sur la coloration du), 812.
SANSON. Étude de la quantité d'acide carbonique expiré, faite au moyen d'un appareil nouveau, 75. — Sur la respiration pulmonaire chez les grands mammifères domestiques, 280. — Sur l'allumement des jeunes animaux, 743.
SAPPEY ET DUVAL. Trajet des cordons nerveux qui relient le cerveau à la moelle épinière, 55.
SARCOLE (du), 14.
SARCOLE (du), de l'épouge (sur un cas de), 185. — coïncidant avec l'emploi de l'huile de foie de morue (gros d'un), 477. — primitif du corps thyroïde, 478.
SATHERWAITE (E.). Des maladies qui prennent naissance par les germes, 740.
 Saturnine. — (cas d'intoxication), 45, 248. — (de l'intoxication), 385, 444. — (de la poils dans l'intoxication), 554.
 Saturnisme (fréquence de), 118.
SATRE. Traitement de la coxalgie, 715.
SCHLEGEL. Échanges d'ammoniacque entre les eaux naturelles et l'atmosphère, 216, 246.
SCHMIDT (A.). Des grossesses prolongées, 230.

SCHNEIZLER. Propriétés antiseptiques du borax, 155.
SCHNAGHER ET SPRINGLER. Empoisonnement par le nitro-benzol, 380.
SCHWABER. 57.
 Scrofle latérale amyotrophique, 235.
 Scrofle (anatomie et pathologie de la), 584.
 Secours en temps de guerre, 710.
 Secret professionnel (de), 402.
SÉILLON (C.). De la trépanation préventive dans les fractures de crâne, 608.
SÈRE (M.). Kyste purulent de la glande thyroïde ouverte dans la trachée, 711. — Ponctionnement des valves du cœur, 720.
 Seigne ergoté dans la fièvre typhoïde, 555.
 Sein (des tumeurs bénignes du), 400.
SEMAC-LAGRANGE. De l'action des eaux minérales sulfureuses, 315, 814.
SEMPER (H.). Des injections locales sous-cutanées de la rhumalite polycyclaire, 205.
 Sésécal (traité des maladies des Européens), 143.
 Sensation tactile (sur la durée de la), 376.
 Sensibilité. — générale chez les mélancoliques (troubles de la), 223. — (recherches sur la), 331. — chez les atactiques (létargies de la), 300. — dans la contracture hystérique des extrémités (troubles de la), 560.
 Sentiment comparé au mouvement (sur le), 703, 705.
 Serpents sur l'ichneumon (action du venin des), 242.
SERVAIS. Résection de l'extrémité supérieure du fémur, 444.
 Service de santé militaire, 351.
 Sorex. — modes de plein exercice de médecine et de pharmacie, 385.
SEYSTER. Voy. CHEVET.
SIBSON (F.). Nécrologie, 639.
Siphium. — crenaucum (sur le prétendu), 905. — (sur le), 618.
SIMON (J.). Cas douteux de fièvre puerpérale à forme métritique, 253. — Action de l'iodo sur la peau et albuminurie consecutive, 2015.
 Simulation de l'amourisme unilatérale (moyens de découvrir la), 388.
STRÉTY (de). Cas de stérilité sans atrophie des ovaires, 44. — Cas de glycosurie chez une nourrice, 380, 749. — Examen de l'ovaire d'une hystérique, 706.
SNÉTRY (de) ET MALASSÉ. Examen histologique de deux tumeurs kystiques de l'ovaire, 205.
Sinus. — maxillaire (tumeur osseuse du), 394. — maxilloïde des oiseaux (sur le contenu du), 509.
 Siphon appliqué à la thérapeutique chirurgicale, 317.
SMAGREY. Scieroderme généralisée, 557. — Esthémisme de la vuie, 557.
 Société protectrice des animaux de Londres, 314.
 Société des sciences médicales de Lyon, 97.
 Société. — de biologie. *Passim.* — de chirurgie. *Passim.* — médicale des hôpitaux. *Passim.* — de thérapeutique, 58, 75, 108, 140, 172, 303, 251, 283, 348, 396, 424, 492, 670, 703, 780, 827.
Sommeil (du), 317.
Sommeil (du), 317.
 Sommeil (du), 317.
 Sommes à demeure (de), 830.
SORBIEN (P.). Nouvel entozoaire du bœuf, 461.
 Souffle. — ombilical, 158. — puerpéral, 345, 301, 401, 412, 422, 440, 448, 457, 474. — placentaire (du), 623.
SOUZEL. De l'utilité du bromhydrate de quinine dans le traitement de la fièvre paludé, 101.
 Soudes-sulfates (enseignement de la parole sur), 101.
 Spécimen. — pour le rectum (nouveau), 300. — dilatateur universel, 314.
 Spermatorrhée (appareil pour guérir la), 241.

- Spinales postérieures chez les grenouilles (section des racines), 251.
- Spiritisme en Angleterre, 369, 373.
- Sphygmographie de Wölfer, 385, 392, 489, 490, 520, 521, 528, 530, 504, 510.
- Splénoptose, 457.
- SPRING (A.). Symptomologie, 120.
- STAEFELD (A.). Durée de la grossesse, 225.
- STANTHORPE. Éclampsie puerpérale traitée par les injections hypodermiques d'ergotine, 550.
- Staphylocoque postérieur (étiologie du), 745.
- Statistique. — du service médical de la marine anglaise (rapport), 95. — chirurgicale, 554.
- STÄHNEL. Sur l'inoculation de la varicelle, 305.
- Stérilité. — sans atrophie des ovaires (cas de), 44. — (traité de la), 831.
- STEVENS (J.). Préparation des coupes histologiques fraîches, 309.
- Strychnine dans la thérapeutique oculaire, 812.
- Sucré. — dans les végétaux (de la production du), 24. — dans les animaux (sur la formation du), 38, 54. — inverti (sur les éléments du), 88. — dans le sang (sur la formation du), 245, 291, 410, 530, 532. — en cellule (transformation du), 507. — du sang (rapports entre l'oxygène et la), 749.
- Sulfate de cuivre (du), 173.
- Sulfite de soude dans le placement des plaies (emploi du), 469.
- Sulfure de carbone (pigmentation cutanée dans l'empoisonnement de la), 303.
- Suppuration (sur un cas), 418.
- Suppression lactée, 10.
- Surdité, 602. — chez les enfants, 245.
- SURMAY. De l'occlusion des orifices auriculo-ventriculaires, 684.
- Suture. — saillante (modification de la), 523. — des tendons, 794, 795.
- Symétrie (des proportions du beau), 806.
- Symphylie (physiologie du grand), 732.
- Symphylie (anatomie de la), 407.
- Syphilis. — (aphasie et hémiplegie dans la), 51, 66, 90, 116, 214, 308. — (traité de la), 142. — (discussion sur la), 402. — héréditaire (de la), 450. — verrière (la), 513. — (traitement de la), 730, 750. — — maligne précoce (atrophie musculaire et paraplégie dans un cas de), 781. — — Voy. Vénéreuses, Virus.
- Syphilidiques des bourses sécrées (lésions), 558.
- T**
- TACHARD (E.). Application du siphon à la thérapeutique chirurgicale, 317.
- Tact (du), 373.
- Tactile (d'une variété de), 9. — dans l'armée (du), 41. — (de la fréquence du), 57, 106. — due à la consommation de la viande crue (de la fréquence du), 157. — (cas de), 170. — et à la viande crue, 178, 202. — à l'ille (le), 201. — (traitement du), 348. — (nœuds épithéliomateux causés par le), 442. — incrimé (sur la fréquence du), 450, 484, 409. — (cas de phéome du), 067, 749. — hétérocephale en Hollande (un), 702.
- Tonicités (étude sur les principaux), 450, 484, 409.
- Tonifieurs, 42, 57.
- TALBOT. Procédé pour remplacer la transfusion du sang dans les hémorragies post partum, 59.
- Talpa (section de l'ensemble du), 707.
- Tangui-pepela (le), 635.
- TANNET. Dangers de la brasse chimique, 512.
- Taxine, alcaloïde toxique de l'if (sur la), 380, 635.
- TAYLOR (C.). Opération de la cataracte chez les vieillards, 603.
- Tegme. — (du traitement de la), 441. — (Pluie de croton et la), 489. — Voy. Pelate.
- TEISSIER père. Des adresses vasculaires dans les lésions cérébro-spinales, 551.
- TERREUR. Le pouls dans l'empoisonnement saturnine, 554. — Du diabète phosphatique, 813.
- Température. — après les lésions de la moelle cervicale (état de la), 144. — (action des sels biliaires sur la), 165, 340. — centrale et des extrémités dans les lésions fébriles, 364. — (action de la digitale sur la), 577. — constante (instruments de la), 523.
- Tendons. — (suture des), 794, 795. — (sur les cellules fibreuses des), 800.
- Tension intra-thoracique dans les épanchements de la plèvre, 589.
- TERRIER. Retors des tendons, 705. — Voy. JAMAINE.
- TEUBELLES. De l'entors medio-laricenne et de son traitement, 525. — Relation des lésions traumatiques et de l'albuminurie, 537. — Psoasisme lingual dans ses rapports avec l'épithélioma de la langue, 700.
- TEURT (L.). De l'action topique de l'hydrate de chlorure sur la muqueuse de l'estomac, 789.
- Testicule chez un enfant (cancer du), 310.
- Tétanie. — (effet de l'électricité dans la), 171. — (épidémie de), 740, 785, 705.
- TÉTANUS. — par le cheval (traitement du), 170. — (modifications du cerveau et de la moelle dans le), 292. — traumatique traité par les injections intra-veineuses de chlorure, 345. — valement traité par le cheval (cas de), 358, 374, 404. — traumatique (le cheval dans le), 420. — artificiel (variations de l'état électrique des muscles pendant le), 356, 400.
- Tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique (de la), 707, 797.
- THAON. Traitement des rétrécissements du larynx de la trachée par la dilatation, 620.
- THEMARD (P.). De l'osone, 30. — De l'émulsion capillaire, 520.
- Thérapeutique (de l'état de la), 108.
- Thermo-caustic. — (sur un nouveau), 297. — (le), 344, 537.
- THILOZAN (J.-D.). La peste en 1878, 411.
- THOMPSON (H.). Thrombose de la veine cave inférieure par suite de la présence d'une aiguille, 295.
- Thromboembolie. — (de la mort subite pendant et après la), 9. — (de la mort subite ou rapide après la), 29. — (des accidents qui peuvent survenir après la), 81, 114. — (mort subite à la suite de la), 749.
- THONY. Des injections intra-veineuses de chlorure, 90.
- Thrombose de la veine cave inférieure (cas de), 295.
- Thyrotomie, 620.
- Thibia. — (luxation congénitale du), 107. — (fluro du), 232.
- Tic de la face à la suite d'un traumatisme du crâne, 139.
- TILHAUD. Cas d'ictère, 75. — Sur la torsion des artères, 219. — Suture des tendons, 704.
- TISSANDIER (G.). Corpuscules ferrugineux atmosphériques, 454.
- TISSERAND (E.). De l'action du froid sur la lait, 69.
- TISSOT (A.). Des paralysies larvées, 783.
- TIZZONI et FOGLIATA. Sur l'Anesthésie par injection intra-veineuse de chlorure, 429.
- TOLLET. Principes qui doivent présider à la construction des logements en commun, 124.
- Topographie cérébrale, 508.
- Torpille (appareil électrique de la), 666.
- Torsion des artères (sur la), 219, 233.
- Tortues de mer (irritabilité musculaire des), 152.
- Torticollis (du), 252.
- Touche recto-vésicale et vésico-vaginal (du), 206.
- TOUSSAINT. Enseignement médical en Lorraine, 05, 07.
- TOUSSAINT. Voy. MORAT.
- Trachée par la dilatation (traitement des rétrécissements de la), 620.
- Trachéotomie à Genève (la), 345.
- Transfuser, 537.
- Transfusion. — dans un cas d'empoisonnement par l'oxyde de carbone (opérations de la), 39. — du sang (appareil de), 249. — (appareil à), 413. — du sang (sur la), 542, 589.
- TRASTOUR. Endocardite chez le cheval, 89.
- TRASTOUR (E.) Sur l'abandon de la saignée, 782.
- Trasche. Nécrologie, 256.
- Traumatisme. — (les diathèses dans leurs rapports avec le), 47. — (phlébotomie sur le), 57. — et saturnisme, 118. — sur le rhumatisme (influence du), 221. — et grossesse, 331, 345, 362, 394, 422, 433, 448. — et albuminurie, 537.
- TRIEBLE (A.). L'expédition de Kaylie, 719.
- TRIÉLAT. Fibro-myxome du noie sciatique, 336. — Psoasisme et épithélioma de la langue, 693. — Epanchement sanguin articulaire, 704.
- Trépanation. — du crâne (cas de), 174. — des os dans l'ostéomyélite, 539. — préventive dans les fractures du crâne, 603.
- Trichophyite (traitement de la), 379.
- TRIPPEY. Tumeurs multiples offrant les caractères du sarcome, guérison compléte avec l'emploi de l'huile de foie de morue, 477. — Des accidents dus à l'anesthésie par l'éther chez les jeunes sujets, 582. — Différence d'action des deux nœuds pneumogastriques, 706.
- Trophiques dans la paralysie générale (troubles), 489.
- TRONK (J.-D.). Injection de teinture d'iode dans la cavité utérine contre les hémorragies puerpérales, 529.
- Trou de Béal chez les animaux domestiques, 701.
- Tubercules. — cérébral avec paralysie limitée au bras (cas du), 251. — du pharynx, 441.
- Tubercules. — miliaire de la gorge (cas de), 345. — aiguë (cas de), 402. — miliaire ulcérée de la voûte et du voile du palais, 007. — (non-inoculabilité de la), 747.
- Tumeurs (pathologie des), 284.
- TURNER. Les planches anatomiques de J. Dryander et de G.-H. Ruyf, 858, 817.
- Tympaan (échange des gaz dans la caisse du), 759.
- U**
- Ulcères. — diabétiques (eaux alcalines dans le traitement des), 570. — tuberculeux des genévives et des lèvres, 570.
- Unipolaires des nerfs (de l'excitation), 24.
- Universités. — libres, 508. — de Baltimore, 349. — de Pavia, 450. — allemandes (des l'enseignement dans les), 479. — de Genève (l'), 511. — de Montpellier et de Toulouse, 675.
- URDAN (V.). Voy. MATHIEU (E.).
- Urée. — (sur le ferment de l'), 88. — (rapports entre le travail musculaire, la chaleur et la production d'), 609. — dans les maladies du foie, 050. — dans le sang (sur la), 700. — (dosage de l'), 701. — (dosage du sang (dosage de l'), 705. — du sang (recherches sur l'), 805.
- Urètre chez l'homme (cathétérisme de l'), 417.
- Urétrite. — chez la femme et de son traitement par l'électrolyse (du rétrécissement de l'), 26. — (traitement des rétrécissements du l'), 706. — lésions traumatiques de l'), 819. — d'une femme chloroformisée (d'attraction d'une pierre (dilatation brusque du l'), 828.
- Urines. — icériques (violot de Paris, réactif de), 9. — normale des nouveaux-nés, 25. — (du dosage de la glycose dans l'), 27, 154. — (d'une cause d'erreur dans l'emploi des aréomètres pour déterminer la densité d'une), 108. — dans l'hémorragie cérébrale (altérations de l'), 221. — (sur un prétendu réactif nouveau de la bile dans l'), 332. — (effet de la fusine sur l'albumine dans les), 390. — ammoniacales (du ferment des), 417, 410. — (influence des forces physico-chimiques sur la formation de l'), 456. — (fermentation de l'), 472, 507, 524, 556. — dans l'athéropisie (altération des), 540. — (dosage des alcaloïdes dissimulés par l'), 708, 717. — (dissimination des phosphates par les), 815.
- Urque (acide). Voy. Acide.
- Urologie (traité de), 143.
- Urosthélisme (calculs d'), 805.
- Urticaire. — considérée comme complication des kystes hydatiques du foie (de l'), 244. — consécutive à des kystes hydatiques du foie traités par la ponction capsulaire, 222.
- Utrius. — multiple (anéurysmes de l'), 237. — (traitement de l'inversion de l'), 552. — (traité des maladies de l'), 575. — (influence de la position dans le traitement des maladies de l'), 598. — résultat de l'emploi des caustiques (atésie de l'), 586. — (épithélioma de l'), 587. — (traitement des hypertrophies du l'), 697. — (traitement des névroses irradiables de l'), 701. — (traitement des anéurysmes fibroïdes du l'), 730. — double, 925.
- V**
- Vaccin (expériences sur le), 10.
- Vaccinales chez le cheval (pustules), 301.
- Vaccines (anatomie des), 206, 229.
- Vaccino (cas extraordinaire de développement successif de pustules de), 205.
- Vagina. — artificiel (création d'un), 400. — double, 228.
- VAILLARD (L.). De l'aliénation mentale consécutive au rhumatisme urticaire aigu, 35, 002.
- VALLARON. — et de leur inscription (des mouvements des), 06. — (nouvelle méthode pour enregistrer les mouvements des), 702.
- VALLIN. Influence du mode de cuisson des viandes sur la propagation du tannin. 106. — Tubercules du pharynx, 441. — Température des viandes rôties, 471. — De l'andémie pernicieuse progressive, 406. — De la mensuration du thorax et du poids du corps chez François de Virg et un cas, 718. — La fibre typhoïde et la sappe d'eau souterraine de Paris, 755.
- Valvules. — sigmoïdes chez certains oncolaux (disposition des), 220. — Auriculo-ventriculaires (fonctionnement des), 681, 720. — mitrales (rétrécissement du l'), 820.
- VANLAEM et MARIUS. Symptomologie ou traité des accidents syphilitiques, 120.
- Varicelle (sur l'inoculation de la), 306.
- Varices dans leurs rapports avec l'embolie (le), 314.
- Variole. — (deux cas de), 206. — et homopœthique à Oran, 207.
- Vasculaires (anatomie), 328.
- Vasculo-moteurs. — dans un cas de lument cérébrale (phénomène), 718. — Voy. Nerfs.
- VAUSSEY (P.). Des phlegmons sous-préloriaux de la paroi abdominale, 230.
- Veines. — cave inférieure (cas de thrombose de la), 306. — porie par injection d'air dans les veines (oblation de la), 320. — (sur l'unité de l'air dans les),

